

3
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ELEMENTOS PSICOSOCIALES EN LAS ACTITUDES
HACIA EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGIA SOCIAL

P R E S E N T A :

MARTHA EUGENIA RIOS LOPEZ

**TESIS CON
FALLA DE CR.GEN**

Noviembre del 91



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 está 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.

I N D I C E

PARTE 1

	Pag.
Introducción.....	1
CAPITULO 1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida..	1
Supuestos sobre el origen del SIDA.....	3
Población afectada.....	4
Factores de riesgo.....	7
Las estadísticas.....	8
Consecuencias psicosociales.....	12
Comentarios finales.....	16
CAPITULO 2. La Sexualidad Humana.....	20
Alcances del capítulo.....	20
Límites.....	21
El punto de partida.....	22
LA HISTORIA	
La sexualidad en el Período Clásico y en e Cris..	
tianismo.....	23
El Período Clásico y el Cristianismo: sus dife..	
rencias.....	25
La sexualidad en el Mundo Novohispano.....	26
SCIENTIA SEXUALIS.....	27
La acción oculta del sexo.....	28
Más allá de la función reproductora.....	30
ACERCA DE LA HOMOSEXUALIDAD	
Definiendo el concepto.....	30
La homosexualidad en la historia.....	30
En el Período Clásico.....	31
En la Era Cristiana.....	33
El homosexual novohispano.....	33
La imagen del homosexual.....	34
CAPITULO 3. Propuesta para estudiar el SIDA	37
CAPITULO 4. Cultura y desarrollo humano: las premi..	
sas Historicosocioculturales (PHSCs)	44
Las premisas.....	51

CAPITULO 5. Desarrollo y significado de las actitudes	
Historia.....	59
El concepto de actitud: su significado.....	62
Componentes de la actitud.....	64
Formación de las actitudes.....	66

CAPITULO 6. Diseño del trabajo de campo.	
Planteamiento del problema.....	69
Sistema de hipótesis.....	71
Identificación y definición de variables.....	71
METODO	
Sujetos.....	75
Instrumentos de evaluación.....	76
Diseño.....	80
Muestreo.....	80
Procedimiento.....	81
Análisis estadísticos.....	82

PARTE 2

CAPITULO 7. Resultados	
Cuestionario de la Familia Mexicana.....	87
El Diferencial Semántico. Agentes Sociales.....	97
Comparación del cuestionario de la Familia Mexicana y los diferenciales semánticos de los conceptos que conforman la variable Agentes Sociales.....	117
Comparación de estructuras factoriales del cuestionario de la Familia Mexicana aplicado a la muestra bajo estudio y, la establecida por Rogelio Diaz-Guerrero.....	118
Sexualidad.....	125
Tabla de actitudes hacia la sexualidad.....	158
Salud-Enfermedad.....	159
Tabla de actitudes hacia la salud-enfermedad.....	197
Comparación entre los resultados de SIDA y los resultados de otros conceptos relacionados al mismo.....	204

PARTE 3

CAPITULO 8. Conclusiones (... de los resultados)...	304
Las preguntas de investigación	306
Las hipótesis.....	312
El marco teórico.....	316
Marco teórico y preguntas de investigación..	316
Marco teórico e hipótesis.....	327
CAPITULO 9. Reflexiones en torno al SIDA.....	330
El submundo de las actitudes.....	333
La dialéctica cultura-contracultura.....	339
Desde la psicología del mexicano.....	349
CAPITULO 10. La praxis del psicologo social: ensayo.	355
Petición de principios.....	357
El punto de partida.....	359
La argumentación.....	361
BIBLIOGRAFIA.....	375
APENDICE.....	386

INTRODUCCION

El presente trabajo constituye un Informe de Investigación, cuyo objetivo principal son las Actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En el proceso de conocimiento del tema encontramos que, al conceptualizar al síndrome desde una perspectiva psicosocial teníamos que ampliar el número de dimensiones analizables.

En primer término asumimos la idea de que la relación entre un fenómeno interno (actitudes) con un fenómeno externo (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) adquiere características cualitativamente diferentes, al ser éste último conceptualizado en sus aspectos social y psicológico.

Esta diferenciación encuentra su sede en el plano de la subjetividad humana. En primer lugar porque la actitud tal y como la define la psicología social, en su expresión sintetiza los valores, normas, ritos, costumbres, creencias, comportamientos, expectativas de vida, etc., que de su cultura el sujeto humano ha internalizado. Y en segundo lugar porque la dolencia física conocida con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se convierte en un fenómeno con connotación claramente simbólica al conocerse todos los elementos a él asociados y que, por sí mismos, tienen un peso simbólico.

En segundo lugar concluimos que las dimensiones en que el síndrome enraiza son tres: La Cultura; la Sexualidad y

el Proceso Salud-Enfermedad. Por tanto decidimos explorarlas.

Para abordar la Cultura, decidimos hacerlo desde dos direcciones:

a. A partir de los postulados teórico prácticos del Doctor Rogelio Díaz-Guerrero; utilizando para la evaluación el Cuestionario de la Familia Mexicana; éste nos permite detectar el grado de tradicionalidad en la cultura.

b. Mediante la selección de categorías teóricas relacionadas, algunas con aspectos de la cultura y otras, con los agentes de socialización. La técnica utilizada para evaluarlas fue la del Diferencial Semántico, propuesta por el Doctor Charles E. Osgood y, estandarizada y perfeccionada para México por el Doctor Rogelio Díaz-Guerrero. Esta técnica nos permite la medición de las actitudes hacia un objeto-estímulo previamente seleccionado y sintetizado a partir de la enunciación de una categoría teórica.

Para evaluar las actitudes hacia la Sexualidad también elegimos categorías teóricas, todas ellas referentes a fenómenos propios a la concepción y ejercicio de la sexualidad e, íntimamente relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Y para evaluar las actitudes hacia el Proceso Salud-Enfermedad, las categorías elegidas e instrumentadas a través del diferencial semántico, se encuentran en estrecha relación con el SIDA.

Toda la selección de categorías teóricas estuvo atravesada por los elementos teóricos manejados en las dimensiones -detectadas- que forman parte del fenómeno Sida.

Y en tercer lugar, decidimos que la muestra a seleccionar estaría entre la población adolescente. Las razones son:

10. Es el grupo etario mas numeroso de México.
20. Es la generación que empieza a ejercer o, que ejercerá de manera activa la sexualidad en un futuro próximo.
30. Se ha establecido que el síndrome no es exclusividad de ningún grupo poblacional.
40. Que en los últimos años la tasa de morbi-mortalidad es mas alta en los grupos llamados "heterosexuales".
50. Que este grupo considera que el síndrome es propiedad exclusiva del grupo llamado "homosexual" y otros que han sido etiquetados como "desviantes".
60. La necesidad de mas información y, de mayor calidad que permita la estructuración e instrumentación de programas educativos, tendientes a la prevención de la pandemia.

Método de Exposición del Informe de Investigación

Por razones de extensión se dividió en tres partes. La Parte 1 contiene el Marco Teórico y el Diseño de la Investigación de Campo. Este quedó integrado por cinco capítulos que abordan los siguientes temas:

Capítulo 1. Proporciona un panorama del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en sus aspectos biológico y psicosocial.

Capítulo 2. Aborda el tema de la sexualidad, enfatizando en los discursos que se han elaborado en torno a ella y que atañen directamente a la conceptualización del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y la actitud hacia el mismo.

Capítulo 3. A partir de los elementos teóricos proporcionados en los dos capítulos anteriores, éste presenta una propuesta para estudiar el SIDA.

Capítulo 4. Contiene las propuestas teóricas sobre la cultura, mismas que fundamentarán importantemente la investigación.

Capítulo 5. Aborda los conceptos teórico-prácticos de las actitudes.

El Diseño de la Investigación quedó integrado por un solo capítulo que es el Capítulo 6, contiene: enunciación de la pregunta de investigación; hipótesis conceptual y operacionales; identificación y definición de las variables consideradas en el estudio; tipo de investigación; diseño; sujetos participantes; instrumentación del trabajo de campo; instrumentos de evaluación y, análisis estadísticos empleados.

La Parte 2 está compuesta por el Capítulo 7, que es la descripción de los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos de evaluación empleados.

La Parte 3 es de Conclusiones; Aporte al Estudio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y, Aporte a la Teoría. Está integrado por igual número de capítulos, la bibliografía y un apéndice.

Capítulo 8. Las conclusiones son a partir de la contrastación de los datos con tres ejes: pregunta de investigación; hipótesis y marco teórico.

Capítulo 9. Es la elaboración de un discurso que surge de la reflexión en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y los resultados de esta investigación. Se proponen vías de investigación.

Capítulo 10. Contiene una reflexión sobre los elementos teóricos y prácticos que la psicología social propone para el estudio de fenómenos psicosociales como el SIDA; enfatizando las potencialidades de aquellos utilizados; señalando los no utilizados y que son utilizables; y los alcances del enfoque psicosocial para el estudio de fenómenos complejos como es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Bibliografía. Enunciación de las fuentes consultadas.

Apéndice. Contiene copia de los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación.

P A R T E 1

M A R C O T E O R I C O

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad relacionada con el sistema inmunológico del ser humano. La inmunidad es la aptitud del organismo para reconocer y, eventualmente, destruir y eliminar las moléculas, células y tejidos que presenten una constitución diferente a la suya (Montagnier, Luc., 1989).

El déficit de inmunidad es provocado por un virus que se ha catalogado como LAV (Lympadenopathy Associated Virus); HTVIII (Human T Lymphotropic Virus III); ARV (Aid Related Virus); y, HIV (Human Inmunodeficiency Virus). Actualmente, se hace referencia a él, con éste último nombre.

En términos generales, un virus es una partícula pequeña que posee un programa genético integrado por una cadena ADN o ARN y una envoltura de proteínas, lo que lo hace relativamente resistente al ambiente externo y, permite su diseminación (Montagnier, L. 1989. p. 10). El virus del SIDA pertenece a la familia de los retrovirus. Estos tienen la propiedad de sintetizar ADN a partir de su ARN; por esta razón, logra incorporarse, permanentemente, al material genético de las células infectadas (SSA, 1990. p. 6).

El virus del SIDA penetra a los cromosomas de algunas células (T4) del cuerpo y, su acción puede ser inmediata o bien, permanecer en estado de latencia un largo período de tiempo. En éste, provoca la acción del sistema inmunológico, el cual puede presentar dos tipos de respuestas: a. La de los glóbulos blancos, cuya acción no es específica; y, b. La de los linfocitos, cuya acción es específica. Su función es destruir todo aquello que es extraño al organismo, para lo cual ejerce tres acciones: matar directamente; segregar sustancias tóxicas que actúen a distancia; o, aumentar la eficacia de los fagocitos.

Se ha encontrado que la propagación del virus es facilitada por algunas infecciones sufridas con anterioridad por quienes padecen el síndrome (Valdespino y Rico, 1988) o, por algunas características conductuales o psicosociales de los mismos (Martín y Vance, 1984; y, Ortiz Quesada, F., 1988).

El virus del SIDA fue aislado por primera vez en el Instituto Pasteur de París en 1982, cuando el Doctor Luc Montagnier y su equipo, lo detectaron en los linfocitos del ganglio de un paciente homosexual.

En Estados Unidos el virus fué aislado, en 1984, por el Doctor Robert Gallo del Instituto Nacional del Cáncer. Este virus era semejante o idéntico al descubierto en Francia. También se llegó a demostrar su asociación causal con el síndrome (Montagnier, L., 1986.).

SUPUESTOS SOBRE EL ORIGEN DEL SIDA

El SIDA como Castigo Divino. Recurriendo a algunos relatos bíblicos, específicamente los que narran la destrucción de las ciudades de Sodoma y Gomorra, como consecuencia del vicio y la relajación sexual, algunos sectores de la sociedad señalan que el síndrome es consecuencia de la llamada "Revolución Sexual", que inicia formalmente en la década de los sesentas. Uno de sus productos mas inmediatos fué una mayor permisividad en el tratamiento y ejercicio de la sexualidad (Del Río, E., 1988).

El Origen del Mono. Esta teoría surgió en Estados Unidos, al notar que algunos macacos de cría (cautiverio) presentaban síntomas similares a los del SIDA y morían de alguna enfermedad oportunista.

Siguiendo la investigación con monos africanos se encontró que, los monos verdes, en condiciones óptimas de salud, tenían en la sangre un virus similar al VIH y al virus que algunos nativos de Africa portaban. El Doctor Max Essex (citado por Del Río, 1988), concluyó que este virus (STVLIII) se puede transmitir al hombre a través de mordida o arañazo. En éste el virus sufriría un proceso de mutación, hasta convertirse en el HIV.

El Origen Africano del SIDA. Esta teoría sostiene la creencia que desde Africa se propagó al resto del mundo la epidemia. Algunos datos que la apoyan son: que en algunas ciudades importantes de Africa Central del 5% al 10% de la

población son portadores del virus. La cadena de transmisión sería: Africa-Caribe-Estados Unidos; o, Africa-Europa.

La Guerra Bacteriológica. En el periódico UnomasUno, se reprodujo una entrevista, hecha al Doctor Jacob Segal. En ella, el científico afirma poseer pruebas que demuestran que el virus del SIDA fué creado de manera artificial en un laboratorio de pruebas biológicas. El laboratorio ubicado en Fort Detrick, en el Estado de Maryland, E.U.A., está catalogado como tipo P4; es decir, de máxima seguridad.

En este tipo de laboratorios, a decir del Doctor Segal, se realizan manipulaciones genéticas en agentes patógenos, con la finalidad de contar con un arma biológica ante la que el ser humano no presente resistencia. El supuesto que subyace es muy simple: el organismo humano a lo largo de su historia va desarrollando defensas naturales contra diversos agentes patógenos que se encuentran en el ambiente, pero ante agentes nuevos se encuentra desprotegido.

Sin embargo con los datos de que se dispone en la actualidad, no es posible sostener de manera contundente, algunos de los supuestos mencionados. Esto significa que se sigue desconociendo el origen del SIDA.

POBLACION AFECTADA

A los grupos que se vieron primeramente afectados por el virus del SIDA por un tiempo se les conoció como "Grupos

de Alto Riesgo"; sin embargo, al poco tiempo, se concluyó que cualquiera puede ser portador del virus. Con la evidencia el nombre se modificó y ahora se les conoce con el nombre de "Practicantes sexuales de Alto Riesgo"; que hace referencia a la práctica sexual que ejercen. No obstante, la prensa hizo alarde de la marginalidad de los grupos afectados, lo que ha influido en la percepción social de la enfermedad, las actitudes, creencias y patrones de comportamiento hacia los miembros de los grupos, la enfermedad y los enfermos. Los grupos a los que hacemos referencia son los siguientes:

Homosexuales Varones. En su inicio, la mayoría de los casos reportados en diferentes países correspondieron a varones homosexuales. Hasta el momento, la hipótesis formulada por el Doctor Segal (Del Río, E.,1988.), es la única que nos señala el posible mecanismo de transmisión a este grupo.

Toxicómanos. Este es un grupo que rápidamente reporta casos de SIDA, particularmente entre aquellos que utilizan jeringuillas para administrarse la droga. En la Conferencia Mundial sobre el SIDA, celebrada en Estocolmo, Suecia, se anunció que de los últimos casos reportados a nivel mundial,

más del 50% corresponden a toxicómanos que consumen heroína.

Algunos especialistas sugieren que el virus apareció en este grupo, quizá porque muchos de ellos sostienen prácticas homosexuales o, porque algunos homosexuales varones consumen

este tipo de drogas. Así como por el intercambio de jeringuillas sin existir un proceso previo de esterilización.

Hemofílicos. "... La hemofilia es una enfermedad caracterizada por un defecto de producción, por parte del organismo, de algunos componentes sanguíneos que facilitan la coagulación necesaria para detener cualquier hemorragia. Los hemofílicos reciben para compensar esa carencia, elementos factores de coagulación, algunos de los cuales se preparan por concentración a partir de la sangre proveniente de varios miles de donantes. Un solo infectado podría contaminar una partida entera de productos y, consecuentemente, a un gran número de hemofílicos ..."
(Plot, P., 1986., p. 86).

Prostitutas. Este es considerado como un grupo potencialmente peligroso, dado el intercambio sexual frecuente (Stavenhagen, R., 1988). En la actualidad también es un grupo que ha presentado pocos casos, todo lo contrario a lo que se esperaba.

Bisexuales. En la Unión Americana recientemente se ha valorado el peligro que representan las personas que realizan prácticas sexuales con ambos sexos; pues se les considera como posible "puente" de transmisión entre los homosexuales varones y los heterosexuales (Gelman, D., y otros, 1987). En México no se ha valorado con veracidad el impacto de este grupo.

Niños. En la actualidad es frecuente encontrar en los diversos medios de comunicación que día con día es mayor el número de niños infectados con el virus del SIDA. Entre ellos encontramos hemofílicos; hijos de padres portadores; niños con algún tipo de práctica sexual; niños violados; niños con transfusiones, y otros (Stavenhagen, R., 1988.).

Heterosexuales. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que la seroprevalencia en este grupo, se ha incrementadoo aceleradamente particularmente, en áreas urbanas de los países industrializados y en algunas grandes ciudades de los países del Tercer Mundo. En su informe dice que, para junio de 1990 cerca del 60% de los casos registrados en todo el mundo son producto de las relaciones sexuales entre miembros de distinto sexo. Se espera que esta tendencia aumente entre 75% y 80% para el año 2000 (Periódico Excélsior, viernes 26 de octubre, 1990).

FACTORES DE RIESGO

Este concepto hace referencia a todas aquellas situaciones, eventos, acciones y otros que, por sus características, aumentan la probabilidad de adquisición y transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana. La SSA (1990), reporta los resultados de algunas de sus investigaciones realizadas en México con diferentes grupos poblacionales. Estos son los siguientes:

Donadores Remunerados. El estudio se realizó con donantes seropositivos y seronegativos. Los factores de

riesgo fueron: prácticas homo y bisexuales; recepción de transfusiones; y, drogadicción intravenosa. La frecuencia en ambos grupos fué similar.

Homosexuales Varones. Los factores de riesgo asociados a la seroprevalencia fueron: coito anal; uso de nitritos inhalados; relaciones sexuales con personas conocidas en bares; y, relaciones sexuales con extranjeros.

Hombres Bisexuales. La seroprevalencia en el grupo bajo estudio fue de 28% y, los factores asociados a ella fueron: coito anal receptivo; enemas rectales; antecedentes de una enfermedad de transmisión sexual; y, más de 10 parejas masculinas.

Hombres Heterosexuales. La seropositividad de este grupo fue de 7.8% y, los factores de riesgo asociados a ella fueron: donación remunerada; uso de jeringas no esterilizadas; y, ser pareja sexual de seropositivos. En el grupo de parejas heterosexuales, la seroprevalencia fue de 30% y se asoció con coito vaginal sin uso de condón.

LAS ESTADISTICAS

En el Mundo

Hablar de ellas es correr el riesgo de no ser actuales al día siguiente. Los casos de SIDA en el mundo y en nuestro país se multiplican de manera alarmante. Lo importante de retomarlas, es que sirven de claro señalamiento del aumento de la seroprevalencia y, por ende,

indican la necesidad de ejecutar acciones respecto a su prevención.

De entrada retomamos las declaraciones hechas por el Doctor James Curran, en el Congreso de 1988 celebrado en la ciudad de Estocolmo: "... El HIV contagia a un estadounidense cada 14 minutos. Se acaba de realizar un sondeo en Manhattan y San Francisco y, se calcula que para 1991 el total acumulativo ascenderá a 270 mil seropositivos. De ellos el 90% corresponderá a la categoría de los homosexuales, bisexuales, drogadictos y hemofílicos y, el 10% a personas normales ..." (Visión, Vol. 71, No. 2, p. 14). En tanto que a escala mundial, manifestó el Doctor Jonathan Mann a nombre de la OMS, que solo en los primeros meses de 1988 - hasta junio - se habían producido 150 mil nuevos casos en el mundo (Vision, Vol. 71 No. 2. p. 14).

Mencionamos Estados Unidos y el Mundo en general, porque es en este país donde se ha presentado el mayor número de casos en 1988. Para 1990 la epidemiología del SIDA ha variado; en ocasiones, en oposición a las predicciones realizadas en 1988.

En 1990 la Organización Mundial de la Salud estimó que a nivel mundial hay entre 6 y 8 millones de portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. De éstos aproximadamente dos terceras partes son varones y el restante mujeres. Su proyección para el año 2000 es de un total acumulativo de 15 a 20 millones.

A su vez declara que en 1990 cerca del 60% de casos corresponden a heterosexuales (en 1988 habían pronosticado tan solo un 10%). Y si bien, para 1985, aproximadamente el 50% de casos se registraron en países en desarrollo, actualmente, dos terceras partes corresponden a países desarrollados.

En países del Africa Central, por ejemplo, hasta el 20% de los jóvenes adultos se encuentran infectados, lo que se cree duplique o triplique la tasa de mortandad en adultos y en aproximadamente el 50% en niños. En la región Subsahariana se estima que de 50 adultos uno se encuentra infectado.

Después de Africa Estados Unidos presenta el más alto número de infectados. La OMS calcula que de cada 75 norteamericanos adultos uno es portador del VIH. En América del Sur, uno de cada 125; y, en Europa Oriental, uno de cada 200.

En este reporte la OMS habla del SIDA en las mujeres. Originalmente este era un grupo con pocos casos. Actualmente su incidencia es casi tan alta como en el grupo de varones. Se estima que una de 700 norteamericanas ha sido infectada; una de 500 sudamericanas; y, en Europa Oriental, una de cada 1400. En las regiones de Europa del Este, Asia y el Pacífico, quizá la relación sea de una por cada 20 mil (Periódico Excelsior, 26 de octubre de 1990)

En México

De acuerdo al reporte de la Situación del SIDA en México, realizado por la Secretaría de Salud para la Reunión Cumbre de la UNICEF, en Septiembre de 1990, la epidemiología del síndrome es la siguiente:

Oficialmente se considera el año de 1981 como el año de inicio de la epidemia en nuestro país. A partir de allí se estima que el incremento ha sido de entre 3% y 8% mensual. Para julio de 1990 se tiene noticia de 4 589 casos (para 1988 se habían registrado 1 141). México, por ahora, ocupa el doceavo lugar en el mundo y el tercero en América, en cuanto a casos de SIDA reportados.

Del total de casos, el 86% corresponden a hombres y el 13.9% a mujeres; aquí la relación es de 6 a 1. Del total de casos, el 66% se presentó en el grupo de 25 a 44 años; en ambos sexos, es el mas afectado. El 13.4% corresponde al grupo de 15 a 24 años y, el 13.8% al de 45 a 64 años. El grupo de mayor riesgo es el de los hombres de 25 a 44 años; siendo el de las mujeres 6.8 veces menor. Las poblaciones más afectadas son los estratos medios y altos en zonas urbanas.

De acuerdo a la tendencia de crecimiento, contra lo que se suponía para 1988, el grupo de varones homosexuales se ha ido estabilizando. En 1987 representaba el 47% del total de casos y, en junio de 1990 el 32.4%. El de los bisexuales, para 1987 representaba el 19%; para junio de 1990 presenta

el 19.8%. Los heterosexuales han pasado del 4% de 1987 al 14.3% en junio de 1990.

En el caso de las mujeres la tendencia ha sido más acelerada que en hombres. Para 1987 representaban el 5% del total de casos; mientras que para junio de 1990, representan el 13.9%.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES Y SOCIALES

De inicio especificamos la unicidad de cada una de las ciencias involucradas en el fenómeno del SIDA. Partimos del supuesto de que, para comprender el desarrollo psicológico del ser humano debemos comprender como se interrelacionan sus aspectos biológicos y sociales.

Los eventos biológicos permiten la adaptación del organismo a su medio ambiente físico y social. Ajuste biológico que consiste en interconducta limitada a la autoconservación y supervivencia y, que depende en gran parte de la composición morfológica del organismo.

El evento psicológico, por su parte, consiste en interconductas emitidas por parte del organismo, pero que no corresponden a acciones particulares de alguna estructura morfológica, aunque si le corresponde un evento biológico. El ajuste humano es a objetos estímulos que poseen funciones estimulantes determinadas por la cultura; es decir, ya no se enfrenta al estímulo en estado "puro", sino al estímulo con significado (Kantor, J., 1978).

Spencer (citado por Kantor, 1978.), formalizó las relaciones entre la biología y la psicología al declarar: "... la vida de un organismo es la adaptación continua de sus acciones internas y externas ..." (p. 226).

Bajo estos lineamientos consideramos al SIDA como un evento biológico. El VIH se introduce en el organismo, éste responde produciendo anticuerpos que le permitan restablecer el equilibrio o, adaptarse ante las nuevas circunstancias; al no lograrlo, el organismo muere.

El SIDA se convierte en un evento psicológico al ser representado y dinamizado, a partir de la incorporación individual, de un hecho biológico y social.

El SIDA se convierte en un evento psicológico y social. A nivel de interrelación individual cobra un significado que trasciende el evento biológico. Agnes Heller (1988) dice: "... el SIDA es una metáfora ..." (p. 9). Quiere decir que adquiere significado, connotación y valor cultural por todos los elementos que coadyuvan a su aparición y difusión.

En este contexto las reacciones más comunes han sido:

a. Las "normales", como miedo, angustia, ansiedad, depresión, etc.

b. Las "patológicas", que se reflejan en un aumento de la actividad sexual con varios compañeros sexuales en sujetos con seropositividad comprobada.

Respecto al primer punto, se ha encontrado que la sintomatología psiquiátrica del paciente con SIDA, que se desarrolla después que el diagnóstico se ha emitido, es

similar a la reportada en pacientes con cancer terminal (Weisman y Worden, 1977).

El SIDA también ha tenido efectos en los grupos que presentaron los primeros casos, particularmente, en aquellos miembros que no han contraído el virus. Morin, et. al. (1984); Jenike y Pato (1986); y, Green y Miller (1985), describen el ambiente de temor que prevalece en la comunidad de hombres homosexuales, como reacción ante la amenaza del SIDA. Entre ellos ha sido detectado un subgrupo que presenta síntomas que han sido etiquetados como SIDA Prodromal. Este síndrome se caracteriza por una virtual evidencia de inmunosupresión sin la presencia de alguna enfermedad oportunista amenazante, tal como neumonía causada por *Pneumocystis Carinii* o, raras formas de cancer (Martín y Vance, 1984.)

A nivel macrosocial encontramos tipos variados de reacciones; entre ellas, se encuentra la de rechazo y estigmatización a los grupos que presentaron los primeros casos. Para 1988 algunos grupos societales reaccionaron de manera virulenta (Proceso, No. 610, 1988); sin embargo, a nivel legislativo no existen acciones específicas que atenten contra la preferencia sexual (Taylor, J., 1985). En tanto que en la reforma a la Ley de Salud básicamente se legisló en torno a la obligatoriedad de reportar los casos descubiertos; mantener una estrecha vigilancia con los donadores remunerados; y, con la sangre que servirá para las transfusiones (Programa "Contrapunto", 1988.).

Para 1990 el problema se ha vuelto mas complejo y las acciones toman dos direcciones claramente diferenciables:

- a). Preventivas.
- b). Curativas.

En estos dos niveles la respuesta social ha sido amplia y variada. En el primero de ellos se han desplegado un sin número de acciones, enfocadas principalmente a la cuestión educativa. El propósito fundamental es influir en los patrones de conducta sexual de los diferentes grupos etarios.

Otro importante movimiento se enfoca a la protección de los derechos humanos. Las acciones internacionales y nacionales parten del supuesto de que es necesario reconsiderar la valoración social que se ha hecho de los grupos afectados; puesto que, de ella dependen los patrones de comportamiento concretos hacia ellos y, de manera importante, hacia la propia autoconservación (Galván, F. 1990).

Jonathan Mann (citado por Sepúlveda, J., 1990), dijo en la IV Conferencia Internacional sobre SIDA, celebrada en 1988 en Estocolmo: "... Al pensar en el SIDA algunos intentan oponer los derechos de la minoría que ya se encuentra infectada. Este es un falso dilema, pues la protección de la mayoría no infectada depende y, está inexorablemente ligada, precisamente, a la protección de los derechos y la dignidad de las personas ya infectadas ...".

En el mismo texto, el Doctor Jaime Sepúlveda señaló que existen tres razones fundamentales para la falta de consideración hacia los seropositivos: el miedo al contagio; escaso valor social que se concede a los mal llamados "grupos de alto riesgo"; y, el rechazo a todo aquello que nos recuerde nuestra vulnerabilidad.

También en el terreno de la prevención se realizan investigaciones en diversas líneas: prevalencia de factores de riesgo; detección de otras situaciones que coadyuvarían a la transmisión del virus; actitudes hacia el SIDA y factores asociados; evaluación de programas educativos; y búsqueda de medicamentos que impidan su transmisión o que neutralicen al virus ya existente.

En el terreno de lo curativo las acciones se enfocan a la atención médica y psicológica de los seropositivos y personas que sostienen algún tipo de relación con los mismos. Por ello surgen estrategias educativas y de intervención interpersonal, las que se empiezan a difundir en diferentes ámbitos.

COMENTARIOS FINALES

Hemos presentado un panorama general del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apuntando en tres direcciones: biológica, psicológica y social.

La primera nos señala la peligrosidad del virus una vez que se aloja en un cromosoma específico de los linfocitos T4,

células encargadas de producir los elementos necesarios para combatir la infección.

Las células al dejar de cumplir su función protectora, conduce al organismo a una importante inmunosupresión que permite la acción de otros agentes patógenos que, en circunstancias favorables, no afectarían de manera grave al paciente. Esto quiere decir que el afectado no muere de SIDA, sino de cualquier otra enfermedad (Ríos López, R., 1988).

El problema se magnifica ante tres hechos: 1). No se ha descubierto alguna medida terapéutica eficaz capaz de detener y prevenir la enfermedad; 2). Los efectos del virus en el organismo se manifiestan, generalmente, a largo plazo y, durante ese período el afectado puede sostener múltiples contactos sexuales favoreciendo con ello, la propagación del virus; y, 3). La presencia de la muerte (Stavenhagen, R., 1988.).

Entre las características y circunstancias que rodean al síndrome encontramos: los grupos afectados; lo poco que se sabe de él; que se carece de elementos precisos para su control; que la vía más frecuente de transmisión es el contacto sexual; y, el impacto en la colectividad.

Respecto al último podemos decir que se magnificó al hacerse pública la existencia de la enfermedad y su asociación con la sexualidad.

Sexualidad que puede ser concebida desde dos puntos de vista: como medio de reproducción de la especie y, como parte esencial del desarrollo psicosocial humano.

Durante las tres últimas décadas este campo ha sido objeto de estudio, con la finalidad de conocer sus múltiples aspectos y, ser ejercida más allá de su función reproductora.

La superación de tabús fue uno de los resultados específicos. Millones de gentes rompieron esquemas y se lanzaron a la búsqueda del placer sexual. En la década de los ochentas el SIDA surge como un elemento que cuestiona, por su naturaleza, la libertad otorgada a la expresión de la sexualidad.

Mas ahora el matiz es diferente; se sugiere un retraimiento en la práctica; se sugiere una sola pareja; se sugiere tomar precauciones antes y después de realizar el acto sexual. Se sugiere no experimentar prácticas no heterosexuales. Se sugiere la condena de la promiscuidad. Y se sugieren muchas otras cosas mas.

La aceptación de cualquier tipo de sugerencia en el ámbito de la sexualidad es un proceso que requiere tiempo y espacio. Se trata de un problema de salud-enfermedad individual y colectivo; por tanto, se hacen necesarias alternativas para el cambio.

Esto implica algo más que un cambio en el mero ejercicio de la sexualidad. Significa un cambio de relación con un objeto determinado. Relación permeada por múltiples

significados sociales. La permisividad otorgada a todo tipo de expresión humana causó impacto por su naturaleza. Para muchos significó un "crecimiento"; abandonar lo viejo para buscar nuevos caminos. Significó la conquista de espacios de expresión secularmente vedados. Significó la integración de estilos de vida y la modificación de otros.

El fenómeno del SIDA, su valoración social y las sugerencias hechas para la prevención, puede significar, sobre todo para grupos concebidos como marginales, un retroceso grave; una pérdida de espacios físicos y sociales; desequilibrios cognitivos y afectivos.

A raíz de la expansión del virus de la inmunodeficiencia humana se ha solicitado a la colectividad un cambio de patrones de comportamiento, específicamente, sexuales; sin tomar en cuenta los valores sociales asociados y las actitudes y creencias consecuentes.

Siendo la sexualidad uno de los puntos más importantes, dentro del fenómeno social que se ha construido en torno al SIDA, hablemos de ella en el siguiente capítulo, con la finalidad de descubrir sus componentes y su representación social en la colectividad.

LA SEXUALIDAD HUMANA

El concepto de sexualidad se convierte en la categoría central del estudio; será a través de la evolución de su significado como podremos aproximarnos a la estructura que subyace a las actitudes hacia el SIDA.

Partimos del supuesto de que al hacerse explícito su contenido sexual, las reacciones ante él estarán mediadas por la valoración social de la sexualidad.

ALCANCES DEL CAPITULO

Primero intentaremos demostrar que la concepción de la sexualidad como fenómeno biológico y social ha evolucionado a través de la historia, manifestándose en un conjunto de códigos, prácticas y significados, así como en una repercusión específica en los individuos, misma que variará de acuerdo al contexto histórico-social en que se ubique.

En segundo lugar demostraremos que esta evolución toma básicamente dos vertientes: una que habla de la sexualidad en términos biológicos y la otra que la presenta como un hecho social que implica relación entre los humanos, con la mediación de una atmósfera normativa.

En tercera instancia mostraremos como ese pensamiento, que surge básicamente en Europa, es impuesto y asimilado por

los mexicanos durante el proceso de aculturación, vivido en la época novohispánica.

Por último abordaremos la problemática de la homosexualidad. El objetivo es demostrar la presencia de un discurso que la descalifica como una opción de ejercicio de la sexualidad. Discurso que ha adquirido características generales y particulares de acuerdo al contexto sociohistórico. Discurso que ha dado lugar al surgimiento de códigos y significaciones sociales que, han regulado la representación social y la relación que se ha establecido entre los diversos agentes sociales.

LIMITES

Los principales son de extensión y profundidad. El siguiente es que, de momento, no abordaremos los procesos de internalización del sujeto, ni su desarrollo. Baste aclarar que nuestro punto de vista se apoya - entre otros - en los estudios realizados por Lev Vigotski (traducción castellana de 1988, a y b); Alexander Luria (1984); A. N. Leontiev (1984); Henri Wallon (1984 y 1985, a y b); y, Emilio Ribes Iñesta (1982, 1983 a y b y, 1984). Todos ellos destacan que, en la conformación del ser psíquico influye la actividad práctica del sujeto y un medio ambiente normativo que es el que va a otorgar un significado y funcionalidad psicológica a los eventos, a través de las prácticas lingüísticas que surjan en una sociedad determinada.

EL PUNTO DE PARTIDA

Actualmente se manejan dos hipótesis en torno a la sexualidad. Una que es conocida como la hipótesis de la represión, se sostiene que la historia de la sexualidad se ha caracterizado por una negación de cualquier tipo de discurso sobre ella. Y en la otra se sostiene que el discurso de la sexualidad se ha caracterizado por su proliferación. Se propone que nunca como ahora, se ha hablado tanto y tan variado sobre el sexo.

Para propósitos de nuestro estudio acordaremos, en cierta medida, con la segunda tesis (que es propuesta y argumentada por Michael Foucault y una pléyade de investigadores franceses y norteamericanos). Nos apoyamos en la existencia de un gran arsenal documental que habla del tema y en el supuesto de que esta tesis puede aplicarse a la realidad concreta de México. Las salvedades consideradas serían:

a. No afirmar de manera categórica que en México no ha existido algún tipo de represión para abordar el tema de la sexualidad. En principio habría que dilucidar qué, cuánto y cómo se ha hablado de ella.

b. Argumentar en que medida el discurso sexual dominante mediatiza la relación entre el sujeto y su sexualidad.

c. Evidenciar que de existir un discurso dominante, éste afectaría de manera diferenciada a los grupos sociales

y a cada uno de sus miembros (hablamos de efectos heterogéneos-homogéneos-heterogéneos).

d. Aceptar que el discurso sobre la sexualidad ha variado de acuerdo a la evolución de la sociedad mexicana.

e. Estudiar más a fondo la influencia religiosa que le subyace. Influencia que en primera instancia, hace gala de un maniqueísmo donde las partes nobles y buenas del ser humano están representadas por el espíritu y el culto a la espiritualidad; y, las partes malas e intrínsecamente pecaminosas, están representadas por lo material (en este caso lo corpóreo).

LA HISTORIA

La Sexualidad en el Periodo Clásico y en el Cristianismo
(Ars Sexualis Vs. Scientia Sexualis)

Michael Foucault (1987) señala que históricamente han existido dos grandes procedimientos para producir discursos en torno al sexo. Hace referencia a la cultura oriental y la occidental. La primera se caracterizaría por desarrollar un Ars Sexualis, donde la verdad debe ser buscada en la esencia de la relación corporal, en el placer. Un placer que ante todo, es considerado como una relación consigo mismo y, con efectos en el alma y en el cuerpo. El objetivo es recrear y transformar el acto sexual con la intención de magnificar sus efectos.

Mención aparte merece el pueblo de Israel. Consideró a la sexualidad como parte integrante del ser humano y, por ende, de la naturaleza y Dios. Nunca problematizó en torno

a ella dada la existencia de códigos normativos que regulaban su ejercicio. Consideraron que el acto sexual natural es el que se establece entre un hombre y una mujer; y que la función del mismo sería la reproducción. Este pensamiento lo encontraremos siglos después al encontrarse las culturas.

En los comienzos de la sociedad occidental se encuentra presente un *Ars Sexualis* a la usanza oriental. El tiempo y, principalmente las convulsiones socio-históricas le transformaría en una *Scientia Sexualis*.

En la Antigüedad Clásica se concibe una libertad en la relación del hombre con su sexo. Realzar su valor positivo significaba reconocerle otras funciones aparte de la procreación y, no circunscribir sus límites a la relación monogámica.

Solo algunos filósofos (Platón, Sócrates y otros) consideraron que para que el hombre ascendiera en el camino del conocimiento y búsqueda de la verdad, era necesaria una recia disciplina y una estricta norma de conducta, donde los placeres no tenían cabida por suponer su acción obstaculizante.

Este modelo fue retomado por los Padres de la Iglesia, principalmente por San Pedro, Santo Tomás y San Agustín. Ellos inspiraron la Teoría Moral de la Iglesia Católica Apostólica y Romana al fundamentar la teología cristiana, combinando la razón con la revelación divina. Sus conceptos dan origen a un sistema conceptual y social coherente y

armonioso, por lo que se convierte en la ortodoxia del clero.

A partir de eso el cristianismo a concebido a la sexualidad en torno a cuatro ejes fundamentales:

1. El valor del acto sexual. Lo asocia con el mal, el pecado, la caída y la muerte.

2. La delimitación del compañero. Se aceptaría el acto sexual entre individuos que estuvieran amparados por la institución del matrimonio y su finalidad sería la reproducción.

3. Alto valor otorgado a la abstinencia entre personas del mismo sexo (Foucault, M., 1987, p. 16).

En las primeras epístolas del Apostol San Pablo a los Corintios y a Timoteo (Biblia, revisión de 1960), se señala de manera clara, cuáles son los pecados capitales en que puede incurrir el ser humano, incluye los de la carne.

El Período Clásico y el Cristianismo: sus diferencias.

Los filósofos griegos no reprobaron la manifestación del acto sexual per se, sino por su influencia perturbadora en el desarrollo del intelecto. Esto no implica que no se tuviera preferencia sexual, deseo o enamoramiento. Francisco Gonzalez de la Maza (1984) aporta elementos que confirman lo dicho.

En contraste, la ideología cristiana si reproboó el acto sexual por sí mismo al darle connotaciones negativas. Erigió todo un cuerpo de códigos y preceptos morales que

servirían para regir la vida de los ciudadanos acogidos a la cristiandad.

Como se observa, una cosa es regular la práctica de la sexualidad como producto de una decisión individual o grupal, como ocurrió en las culturas griega y romana. Otra, es señalar pautas morales, conductuales y códigos que regirán, sin excepción a los individuos y a los grupos sociales. En ésta opera una imposición que parte del supuesto de que la ley natural propuesta por y para los cristianos es la verdad universal, en tanto que es otorgada por una divinidad supraterrana.

La Sexualidad en el Mundo Novohispano

La conquista de México y la imposición cultural correspondieron a todo un proceso de dominación ejercido por la Corona Española. En este proceso se impone a la población indígena y criolla todo un discurso teológico y eclesiástico, fundado en valores considerados como universales e indispensables para el buen vivir (Ortega Noriega, J., 1986).

Este proceso de aculturación no se dió en forma mecánica, los enviados católicos encontraron muchas dificultades. Fray Alonso de la Veracruz (Ibid.) intentó comprender la realidad autóctona, con la intención de encontrar la forma de inculcar los preceptos de su religión e irlos adaptando paulatinamente. Señaló, entre otras cosas, que las normas nativas "... estuvieron de acuerdo con

la ley natural ... solo hasta que se dió a conocer la ley del evangelio. En ese momento las normas antiguas debían ceder su lugar a las cristianas por ser éstas la expresión más perfecta de la ley natural..." (Ortega Noriega, J. 1986, p. 38).

Esto significa que los indígenas vivieron en el pecado de la carnalidad, concupiscencia y bestialidad solo por ignorancia. Al ser bautizados quedaron bajo las prebendas de la iglesia, debiendo olvidar el pasado y comportarse de manera digna y bondadosa, que son las expresiones del bien en la tierra.

La historia se ha encargado de mostrarnos que el triunfo de la imposición cultural tuvo grandes consecuencias, mismas que perduran siglos después.

SCIENTIA SEXUALIS (o cómo aproximarnos al objeto del deseo humano)

Existen dos tendencias que aproximan al objeto del deseo humano. La que hace referencia a la sexualidad y a su ejercicio como el móvil clandestino de la conducta humana (Foucault, M., 1987.). Otra, aquella que lo ha aceptado como una función inherente al desarrollo humano, la que va más allá de la función reproductora; reconociendo la capacidad erótico-orgásmica, así como el derecho - y responsabilidad - a la autosatisfacción y la satisfacción de la pareja (Masters, W. y Johnson, V., 1979 y, 1983; y Kaplan, H., 1982).

La Acción Oculta del Sexo

Michel Foucault (1987); Paul Veyné (1987); y otros, señalan que la historia de la sexualidad tal como la conocemos, tuvo un impulso en la Edad Media. Se afianzó durante la época victoriana y, se recienten sus efectos a finales del siglo XX.

A esta aproximación le subyace un discurso biológico y uno teológico y, requiere de la participación de dos actores y un método: el ciudadano común, el sacerdote (después el científico) y la confesión (posteriormente, el método científico).

Durante el renacer de la ciencia tienen auge las ciencias naturales. El modelo médico, con su enfoque dicotómico, influyó en los estudios sobre la sexualidad. En consecuencia hay sexo normal o sexo anormal; y, se le puede concebir de dos maneras: como un campo de acción patológica (Foucault, M., 1987) o, como una etiología específica que subyace a la conducta humana (Freud, S., 1979).

Las características que adquiere la nueva ciencia son las siguientes:

- Una codificación clínica del hacer hablar. Esto quiere decir que hay que traducir el discurso en términos entendibles y aceptables.

- Contiene un postulado de una causalidad general y difusa. Se habla de una etiología sexual de la conducta humana.

- Contiene un principio de "latencia intrínseca" de la sexualidad. Esta se encuentra "ahí", dentro del ser humano, en algún lugar, ejerciendo efectos clandestinos sobre el desarrollo de la personalidad.

- Contiene un patrón de interpretación. El sujeto al hablar dice su verdad del lado oculto de su existencia y, requiere de alguien que, desde afuera, le señale cuál es el contenido sexual latente en su discurso. Esta pasa a constituirse como la nueva verdad.

- Se caracteriza por la medicalización de los efectos de la confesión.

Cabe destacar la importancia de la internalización, porque permite llegar al punto donde se encuentran lo social y lo individual. Michel Foucault (1987) menciona que, lo que en principio fue norma impuesta, se convirtió en necesidad sentida por el sujeto, que se encuentra dispuesto a satisfacerla. Entonces, lo que era un deber se torna deseo, necesidad individual de sacar fuera "algo" de adentro que lucha por hacer pública aparición.

A este señalamiento del autor francés agregaríamos que, no solo se internaliza el deber-deseo de confesión, sino también el discurso científico que gira en torno a aquello que debe ser expresado. Discurso que casi en su totalidad hace referencia a los elementos mórbidos de la sexualidad.

Asimismo, se internaliza el "deber sentir culpa" ante la perspectiva del ejercicio sexual.

Más Allá de la Función Reproductora

Ante esta postura hacemos las siguientes reflexiones: se pretende dar un giro de 360 grados en la concepción y práctica de la sexualidad y, se inscribe en la tentativa de resolver la contradicción creada por ambos discursos. Por un lado siguen imperando valores, creencias y actitudes engendradas en el pasado y por otro, hace su aparición un discurso de mayor libertad.

ACERCA DE LA HOMOSEXUALIDAD

Definiendo el Concepto

El término homosexual deriva de la raíz griega "homo" que significa "mismo" o "igual", pero la palabra fue acuñada a finales del siglo XIX (Masters, W. y Johnson, V., 1982, p. 456). Puede ser utilizada como adjetivo que señala una conducta (acto homosexual); un lugar (bar homosexual); o bien, puede ser utilizado como concepto que hace referencia a los hombres y mujeres que sienten atracción afectiva y sexual por las personas de su mismo sexo. En este contexto hablaremos de homosexualidad femenina y masculina.

La Homosexualidad en la Historia

Los diferentes documentos históricos con que contamos, nos refieren que la homosexualidad y su ejercicio han

existido desde tiempos inmemoriales, así como también las convenciones que la regulan. En el Antiguo Testamento, Libro Sagrado de los judíos, nos encontramos dos claras referencias que nos hablan del rechazo hacia esa manifestación de la sexualidad. El primero es aquel pasaje del Génesis (Primer Libro) que nos relata los sucesos previos a la destrucción de Sodoma y Gomorra. La segunda la encontramos en el Levítico (Libro Quinto).

En el Nuevo Testamento encontramos otras referencias, concretamente en las Epístolas de San Pablo a los Corintios y a Timoteo, donde quedan claramente señalados cuales son los pecados de la carne.

En el Período Clásico

Las numerosas crónicas y algunas obras maestras de la Literatura Universal, nos muestran con claridad un clima de apoyo y de tolerancia ante la homosexualidad. Así, se han exaltado los amores de Sócrates por Alcibiades; Aquiles por Patroclo (Yourcenar, M., 1986); y Safo por Atis (Gonzalez de la Maza, F., 1984).

En Roma nos encontramos una situación similar: el acto homosexual no se consideró problema; se admitía o se condenaba, lo mismo que cualquier otra forma de ejercicio amoroso. Una historia de amor que nos legó la historia, es la del Emperador Adriano por el griego-abitinio Antinoos (Yourcenar, M., 1986; Veyné, P., 1987; y, Gonzalez de la Maza, F., 1984).

La sociedad romana era una sociedad eminentemente machista y su vida se regía por convenciones sociales. En consecuencia, la homofilia se regulaba de la siguiente manera:

- a. Sucederá entre un varón adulto y uno adolescente.
- b. El varón adulto ejercerá el papel activo y el otro el pasivo.
- c. Si fuese al revés o recíproca la sodomía, se dudará de la virilidad del adulto y en consecuencia, será estigmatizado y ridiculizado públicamente.

En cuanto a la homosexualidad femenina encontramos que estaba regulada por la ley y, que en el seno de las clases altas el matrimonio entre dos hombres y dos mujeres se aceptaba legal y socialmente (Boswell, J., 1980, citado por Masters, W. y Johnson, V., 1983,). En contraste, Paul Veyné (1987) dice que la homosexualidad femenina era rudamente reprimida en el Imperio Romano, puesto que se consideraba que alguna de ellas o las dos, tomarían el papel "activo", lo que significaba ocupar el lugar que le correspondía al varón; acto inaceptable al interior de una sociedad machista. No logramos ubicar a qué época se refieren los autores. Durante el período de los emperadores, era frecuente que de uno a otro se modificaran radicalmente las normas y códigos de conducta (Suetonio, 1987; Ramírez, J. L., 1989; Graves, R., 1984).

En la Era Cristiana

El pensamiento cristiano conjugó los conceptos hebreos y la filosofía griega. Reseñan los historiadores (Flandes, F. 1981), que en los inicios de esta era los códigos morales eran muy relajados. Recordemos que el cristianismo, como tal, se consolidó entre los siglos II y IV de nuestra era (Guingnebert, Ch., 1966). William Masters y Virginia Johnson (1983) citan un estudio titulado "Christianity, Social Tolerance and Homosexuality", del autor norteamericano John Boswell (1982), donde se presentan suficientes argumentos que apoyan la tesis de que, durante los primeros siglos de cristianismo, en la Europa Medieval no se mostró hostilidad contra los actos homosexuales (pp. 457-8). Fueron los escritos de los Padres de la Iglesia los que llevaron a nuevos códigos de conducta, estableciéndose, de manera abierta, un rechazo hacia la homosexualidad femenina y masculina (Ariés, P., 1982b).

El Homosexual Novohispano

En este período los homosexuales eran los únicos que pagaban con la muerte la manifestación de su predilección sexual (Gruzinski, S., 1986). Tres eran las acusaciones básicas que se les hacían: pervertir el orden de las cosas; corromper el orden social; y, corromper la ley del deseo.

Las actitudes hacia ellos fueron negativas y presentaban tres componentes: rechazo religioso, miedo político y desprecio hacia la persona. Serge Gruuzinski

(1986) dice que en los juicios contra homosexuales, tanto los magistrados como los clérigos resaltaban la parte "inmunda" del acto cometido.

Los objetos de rechazo de la sociedad novohispánica fueron también tres: el acto sexual o afectivo entre personas del mismo sexo; la persona, es decir, el autor del acto; y, el grupo de personas que ejercen de esta manera su sexualidad.

La Imagen del Homosexual

Por imagen entendemos la apariencia física y, por tanto el estereotipo o modelo dominante de los homosexuales femeninos y masculinos, la que ha servido de soporte a los juicios que se realizan acerca de ellos.

El varón homosexual. La imagen de los varones homosexuales ha sido cambiante a lo largo de la historia. Algunas coinciden en tiempo y espacio y, van de la apariencia viril al afeminamiento exagerado. Philippe Ariés (1982b) hace notar que en los siglos XVIII, XIX e inicios del XX prevalece el tipo afeminado, el travesti de voz aguda, que encuentra sus raíces en Grecia, Roma y el Mundo Musulmán. Es a partir de la década de los sesentas que se busca resaltar una imagen masculina y superviril. Un hombre que resulta atractivo tanto a hombres como a mujeres.

La Mujer Homosexual. William Acton (citado por Jones, R., 1984) declaró que cuando a la Reina Victoria se le sugirió que se incluyera en las leyes comunes inglesas a los

actos sexuales entre mujeres como crímenes contra natura, se aterrorizó al saber que existía alguien que creyera que las mujeres pudieran tan solo pensarlo (mucho menos desearlo).

Ante la carencia de información, Jones (1984) supone que las mujeres se han encontrado libres de sospecha con respecto a actos homosexuales (suposición apoyada por Rowse, A. L., 1981), tal y como ha llegado a pensarse que la mujer se ajusta más fácilmente a la idea del celibato.

Asimismo, supone que la mujer al reconocer su tendencia homosexual se sabe diferente, pero también sabe que es poco probable que se le etiquete como tal. De esta manera llega a convertirse en una criatura "camaleónica" (p. 113), pues sabe ocultar muy bien su preferencia sexual.

Ante la escasez de información documental, concurrimos a una conferencia pronunciada por Nancy Cárdenas, el día 7 de octubre de 1988. Dice que la imagen de la primera mujer

homosexual que se difundió en México, estuvo vinculada con un asesinato. En ella se mostraba a una mujer grande y de complexión robusta. La asociación fué inmediata: las mujeres homosexuales son grandes, atléticas y masculinizadas; además de asesinas y con hábitos que no son propios ni de hombres. La introducción del pantalón en el guardarropa femenino afianzó la opinión prevaleciente.

PROPUESTA PARA ESTUDIAR EL SIDA

Agnes Heller (1988) y Federico Ortiz Quesada (1988) señalan que al síndrome de inmunodeficiencia adquirida se le ha identificado con una connotación metafórica; esto es, que se le ha asignado un significado propio. Las consecuencias que se identifican son objetivas y subjetivas.

Las primeras hacen referencia a las acciones que se llevan a cabo para el tratamiento de la enfermedad, del enfermo y de los grupos afectados (en este contexto el concepto "grupo afectado" incluye a todos los elementos de grupos societales, presenten o no la enfermedad); mientras que las segundas corresponden a la imagen que la población percibe, interpreta e internaliza de la enfermedad, a partir de la conjunción del sistema de valores culturales, las actitudes de clase y de grupo y, los estereotipos o juicios tomados como verdaderos sin comprobación previa (Stavenhagen, R.,1988).

Como señalamos en el capítulo 1, las primeras víctimas conocidas en el mundo occidental fueron homosexuales masculinos, lo que permitió otorgarle un rostro y conocerla como una enfermedad relacionada con este grupo. De hecho se le conoció como GRID (Gay Related Immunodeficiency Disease).

Hecho que ha permitido a la gente no homosexual negar la posibilidad de adquirirla.

Aquí subyace un juicio ético y moral a sus víctimas. Juicio que ha sido reafirmado por la detección de las siguientes víctimas: prostitutas; drogadictos; bisexuales y, más recientemente, niños; heterosexuales y hemofílicos. El trasfondo que se percibe es el ejercicio de la sexualidad.

En el caso de los primeros cuatro grupos se trata de una sexualidad asociada con grupos que han sido identificados como anómicos, lo que los ubica al margen de las reglas implícitas o explícitas que rigen las relaciones de una sociedad determinada. Mientras que los niños han sido infectados por transmisión intrauterina, violaciones o, de otra forma no demostrada (prostitución).

Si la enfermedad surge y se extiende en estos grupos es, para los otros grupos sociales, lógico creer que es consecuencia de una conducta tradicionalmente considerada como desviada o anormal, lo cual contradice las leyes de la naturaleza y/o el dogma religioso.

Esto significa que al SIDA se le relaciona con estilos de vida específicos. En sentido estricto, nos encontramos ante una relación espúrea. Estas surgen cuando repetidamente aparecen asociados dos factores que no tienen ninguna relación causal (Lilinfield, A., y Lilinfield, D., 1980). Al respecto V. F. Glagóliev (1970) nos dice: "... la identificación de la secuencia de los fenómenos en el tiempo, con la relación causal da origen a un error lógico

que lleva a la denominación latina de post hoc ergo propter hoc (después de ésto, por consiguiente, a causa de ésto ..." (p. 211).

Apoyados en ésta premisa suponemos que la deducción que se realiza es que, algunas modalidades en el ejercicio de la sexualidad son la causa del SIDA y no el mecanismo más viable de transmisión del VIH, como ha sido reiteradamente demostrado por los científicos. De esta manera asistimos a una especie de enfrentamiento entre la opinión que emiten los especialistas de diversas áreas que se han abocado al estudio del problema y, la opinión que impera a nivel masivo.

A decir de los primeros el caso es fácil de resolver y podemos sintetizarlo de la siguiente manera: utilización de medidas preventivas (básicamente el condón y el cambio de algunos patrones de conducta sexual) para evitar que el virus se propague.

Esto nos indicaría que la respuesta está en el individuo (solo y en la colectividad). Los psicólogos han demostrado que es difícil mudar de actitudes y conductas aprendidas a lo largo de la vida, tanto individual como colectiva.

Rogelio Díaz-Guerrero (1984) a través de sus múltiples investigaciones sobre la psicología del mexicano ha dejado claro que, como nación compartimos un conjunto de premisas - que denominó - históricosocioculturales, que conforman la filosofía de vida que subyace a los estilos de

comportamiento y pensamiento que utilizamos para afrontar la vida cotidiana. Estas se manifiestan en forma de expresiones lingüísticas, como dichos, proverbios, refranes, etc., que se han ido conformando con la evolución de la sociedad. Sintetizan el sentido común de la cultura.

Marx Wartofsky (1986) dice que el sentido común maneja verdades por si solas obvias e incuestionables. Este saber práctico se refiere a indicaciones sobre cómo hacer las cosas; cómo comportarse en situaciones particulares; cómo reaccionar ante determinados problemas; etc. Y es común porque se espera que cualquiera lo posea: "... el contenido del sentido común ... se asimila de tal manera que pasa a formar parte del entendimiento tácito; sus verdades son obvias, se dan por sentadas y sobre ellas no se reflexiona ..." (p. 91).

Una de las características de este sentido común es que no es explícitamente sistemático, ni explícitamente crítico. Lo primero quiere decir, que no se encuentra organizado de tal manera que sea factible destacar la forma en que sus elementos se entrelazan o contradicen; y sin embargo, se encuentra en posesión para ser utilizado cuando se requiera.

En cuanto a su aspecto crítico, simplemente no lo contempla. No juzga ni cuestiona las verdades contenidas en sus actos ni en sus manifestaciones lingüísticas. Parece ser que la comprobación práctica cotidiana es la garantía de su infabilidad.

Podemos apreciar que a nivel social, es de inapreciable importancia la utilización del conocimiento de sentido común, pues pasando de generación en generación va normando las actividades básicas y corrientes de la vida cotidiana y, marca hitos en materia de acciones específicas.

Esto no quiere decir que se mantenga inamovible. Al formar parte de la cultura está sujeto a los cambios socio-históricos que enfrente. Rogelio Díaz-Guerrero (1983) señala que una de las características importantes de la cultura es su dinamismo interno, propiciado por la contradicción cultura-contracultura.

Por su parte Wartofsky (1986) nos dice que hay actitudes y creencias que cambian conforme al entorno social y al período histórico y, otras que subsisten. En éstas se pueden distinguir dos clases: las que subsisten bajo la misma estructura y, aquellas que anexan elementos nuevos a los que ya se tienen; dándole, de esta manera, una connotación mixta a los eventos.

No obstante este tipo de conocimiento ha pasado por un largo período de evolución. Se ha formado de manera lenta y cuidadosa (Wartofsky, M., 1986, p. 92) y han sido múltiples las influencias que ha recibido. Cada una de sus premisas, de sus reglas y, en general, de todos sus productos, han sido ensayados en los aspectos prácticos de la vida que le corresponden. De ahí procede el impacto que producen en la mentalidad de los individuos y la resistencia

para aceptar cosas que no han sido ensayadas con anterioridad.

Los mexicanos al juzgar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por necesidad, recurren a todos los elementos que le proporciona su sentido común. Los elementos desencadenantes son: la desviación social implícita en el ejercicio de la sexualidad y la muerte.

Aquí también participa otro elemento del sentido común: se proporciona la regla, más no se precisa el método para su aplicación, por lo que todos y cada uno de los involucrados acudirán a su buen juicio; al juicio de otros o, a su experiencia (Wartofsky, M., 1986, p. 93).

Esto implica que el sujeto va a tener que realizar alguna evaluación del fenómeno en cuestión. Es decir, en el juicio que emita siempre estará implícita esta carga evaluativa, que oscilará, dentro de un espectro de posibilidades, entre lo positivo y lo negativo; lo favorable y lo desfavorable. Suponemos que ésto influirá en su acción o en su no acción con respecto al objeto estímulo evaluado.

Los elementos mencionados intervienen en el juicio que se realiza sobre el SIDA, por lo que consideramos imperativo acercarnos al conocimiento de las actitudes que los mexicanos tienen hacia él y hacia fenómenos asociados. La elección de los que serán evaluados será de acuerdo a los lineamientos del marco teórico y serán explicitados en el capítulo correspondiente al diseño de investigación de campo.

Complementaremos nuestro estudio con la evaluación de algunas premisas históricosocioculturales concretas. Todas ellas relacionadas con la sexualidad, comportamientos femeninos y masculinos; y, con la relación padres-hijos. Todas ellas han sido sustentadas y confirmadas por Rogelio Díaz-Guerrero a través de diversas investigaciones.

CULTURA Y DESARROLLO HUMANO:
LAS PREMISAS HISTORICOSOCIOCULTURALES

"Buscad al hombre y le conocerás"

Pareciera ser que en una frase como la precedente se ha inspirado y sustentado la investigación en torno al ser humano y lo humano. Tarea compleja ésta de pasar a ser sujeto cognoscente y juzgante de nosotros mismos. Tarea enorme la de intentar desentrañar los misterios de la naturaleza humana. Tarea peligrosa la de querer buscar moldes que atrapen al siempre huidizo y versátil "homo sapiens". Tarea apasionante la de rastrear sus orígenes mediante el estudio de su filogenia y ontogenia.

No obstante su magnitud miles de hombres de todas las latitudes, con diversas ideología y, con las mas variadas formaciones, se han embarcado en la aventura de desentrañar el misterio de la dialéctica humana. En consecuencia surgen estudios sobre los diversos grupos humanos. Estudios uniculturales, biculturales, multiculturales o transculturales.

En México, igualmente, surgen diversas preguntas ¿ cómo es el mexicano ?; ¿ qué es lo típicamente mexicano ?; ¿ qué diferencias cualitativas y cuantitativas presenta con respecto a si mismo y al exterior ?.

Las respuestas no se han hecho esperar y, son de la mas variada indole: que el mexicano es abúlico y perezoso; que no le tiene miedo a la muerte, pero sí a su madre y a su padre. Que las razones están en la conquista, o en la revolución armada y la industrial. Pero en todos los casos le han subvertido el orden de su mundo natural.

Que el mexicano es macho y, para probarlo ahí están sus canciones o sus películas. La mujer junto a él, abnegada siempre, sumisa ancestral. Que es activo en y contra la familia y, pasivo al exterior. Que es cambiante, difícil de atrapar. Mentiroso a veces, siempre sentimental. Mientras sea amigo, será siempre leal; resolverá muchos problemas por vía de la amistad. Por un amigo es "entrón", agresivo y valiente; por una mujer, es capaz de rasgarse el corazón. Esta encantada y resuelto el problema de la vanidad, ante el perfume de las flores y los acordes de una canción abre sus brazos para la fecunda recepción del varón. La consecuencia irremediable: los mexicanos cumplen la ley universal de la procreación; será ella la encargada de amamantar. Cuidará de los hijos y hará que respeten a su papá. Su premio consistirá en que el 10 de mayo le rindan culto ancestral.

Estas son algunas características del mexicano y lo mexicano en que coinciden los investigadores. Difieren en cuanto a su manera de interpretar. Le interesa a la psicología, casi siempre al psicoanálisis; desde Samuel Ramos (1967), pasando por Santiago Ramirez (1984); hasta Francisco Gonzalez Pineda (1983). Al primero, le interesa

la filosofía; al segundo, la influencia de la historia en el desarrollo psicológico de la nación; y, al tercero, ubicar el paradigma del ello, yo y superyo, como diferentes entidades nacionales en interrelación.

El arte, la literatura en particular, también ha hecho su aportación. A su manera, combinada con investigación, Octavio Paz (1982) nos presenta, en su "Laberinto de la Soledad" al mexicano en búsqueda de su identidad. Mexicano cambiante, eterno, triste o melancólico, caminando por un laberinto que pareciera no tener final.

En esta línea está la aportación de Carlos Monsivais (1987). En su serie de crónicas nos revela el mundo de la marquesina. El espectáculo le obsesiona con su pudor y su liviandad. En él se desarrollan modelos que impactan a la sociedad. Sociedad que se resiste a dar el gran paso hacia la modernidad.

Por parte de las ciencias, tenemos los estudios de la sociología, antropología y psicología social. De la primera destaca Raúl Béjar Navarro (1979); para él, el mexicano forma parte de un sistema total. Sus manifestaciones de cultura y personalidad, no pueden verse al margen de la interrelación que establecen con otros elementos de la totalidad.

Por ello, el sistema total se convierte en categoría central para explicar el carácter nacional. Propone su estrecha interrelación: el hombre se construye y transforma en sociedad; pero a la vez la construye y la transforma. De

esta manera, su segunda categoría es la "cultura", la que se manifiesta como un subsistema complejo que genera tradiciones, costumbres y valores. Es su intención, pues, sentar las bases para un estudio científico del carácter nacional.

De manera diferente la aborda Roger Bartra (1988) desde la antropología cultural. Su ensayo es una crítica y una propuesta. Nos dice que estamos demasiado ensimismados buscando la verdadera personalidad del mexicano y, que nos hemos perdido en ello.

En su argumentación utiliza (a la manera de Borges o Cortázar) la metáfora para desarrollar su pensamiento. Para ello elige al axolote, un extraño anfibio que solo habita en algunos ríos, lagos y lagunas de México y, alrededor del cual se han tejido los mas diversos mitos y extrañas leyendas. El motivo: el axolote es un fenómeno de la naturaleza: es una larva no desarrollada. Este animal que, en términos evolutivos, en un momento determinado debe transformarse en salamandra ... no sucede, conserva su estado larvario.

Su conclusión es precisamente, esa: el mexicano no se ha manifestado con todas sus posibilidades. No ha desarrollado sus múltiples aptitudes y habilidades. Responde a modelos propuestos por el exterior. El punto álgido de su crítica es que los estudios acerca del mexicano y lo mexicano no han sabido abordarlo en toda su dimensión. La mayoría de los autores lo han encasillado dándole una

imagen que no corresponde a la realidad. La crítica adquiere toda su dimensión cuando el autor señala que esta imagen es difundida al pueblo e internalizada por él, llevándole a vivir en un mundo semejante a la irrealidad.

Aquí percibimos el doble aspecto que pueden tomar las cosas en un momento dado: realidad e irrealidad. El mundo del mexicano, descrito y explicado por algunos autores, es real, puesto que es tal como lo construyen y vivencian; y es irreal puesto que al difundirse, propicia su reproducción, coartando la posibilidad de explorar otro tipo de realidades. Luego entonces, pareciera ser que Bartra concibe a la realidad del mexicano como una realidad inventada (dialéctica realidad-irrealidad).

Sugiere que el mexicano sí le tiene miedo a la muerte. Que la superioridad del varón sobre la mujer, reproduce otros esquemas de dominación; y, de manera importante, sostiene que si queremos reconocer al mexicano, tendremos que empezar por considerar su heterogeneidad y, por romper moldes que inciden en la objetividad de todo investigador.

Como es posible observar, se consideran tan solo algunos de los aportes al estudio del mexicano. Su elección obedece al objeto abordado y al enfoque teórico-metodológico empleado por los autores. No olvidamos a Emilio Uranga; Alfonso Reyes; José Vasconcelos; Leopoldo Zea y otros, pero su trabajo puede ser considerado como el cuerpo filosófico, la esencia o el apoyo a los estudios posteriores sobre el mexicano.

En esta línea también podemos ubicar a Octavio Paz y a Samuel Ramos. Nadie negaría la riqueza poética y filosófica del autor de "El Laberinto de la Soledad", al reflexionar sobre el carácter del mexicano. Ni el riguroso análisis y profundidad interpretativa del Doctor Ramos. Ambos, entre todos, son considerados como los estudios pioneros en esta línea. En ellos encontramos la posición del filósofo y poeta que pretende, a su vez, hacer ciencia.

También resulta incuestionable la agudeza crítica y la capacidad de observación que destilan las obras de Carlos Monsivais. En sus crónicas resalta un intento por retratar a la sociedad actual.

Los proyectos de Bartra y Béjar resultan tan interesantes como ambiciosos. La postura es global. En sus exposiciones queda clara la problematización en torno al individuo y la sociedad. También queda expuesta con suficiente claridad y agudeza, la dificultad de resolver esa oposición. Dificultad que se manifiesta al momento de seleccionar, definir y operacionalizar las categorías centrales que guíen el estudio y, sobre todo, al momento de identificar aquellas categorías intermedias que vinculen y expliquen la relación dialéctica del individuo y la sociedad.

Des esta manera vamos destacando alternativas. Sea por su enfoque, su interpretación o dificultad inherente, para elegir aquella cuyo marco teórico-metodológico, sea adecuado para el problema que nos ocupa.

Para ésto requerimos de referentes inmediatos de la cultura. Referentes sensibles de cuantificación y que, con ello, nos hablen sobre la orientación de los grupos sociales de México. Por ello el análisis nos obliga a considerar como la opción más factible las propuestas de Rogelio Díaz-Guerrero sobre la psicología del mexicano.

Al igual que Béjar, este autor considera que subyacente del carácter nacional se encuentra la cultura. Coinciden también, en que ésta determina en gran medida las creencias, actitudes, valores y patrones de comportamiento. Y por último, coinciden en la dificultad que entraña la definición conceptual y operacional de la misma.

En este punto Díaz-Guerrero se desprende de Béjar, porque si bien, no define con claridad que es la cultura, si identifica algunas de sus dimensiones y, lo que es importante, identifica aquellas que inciden directamente en el desarrollo de la acción humana (que involucra patrones cognitivo-conductuales) y, los operacionaliza; haciendo posible su evaluación cuantitativa.

Reconocemos en el trabajo de Díaz-Guerrero mas desarrollo de herramientas metodológicas que teóricas. La riqueza de sus datos es incuestionable y en especial, sus instrumentos de evaluación, elaborados en el transcurso de varios e intensos años de investigación social.

De sus conceptos teóricos y metodológicos nos interesa enfocarnos específicamente, a uno de sus principales aportes: las premisas históricosocioculturales, pues son

precisamente ellas las que subrayan y fundamentan el pensar y actuar del mexicano.

LAS PREMISAS

Para que el análisis teórico resulte más claro, es necesario que nos detengamos un poco en otro concepto importante dentro de la estructura teórica de Díaz-Guerrero: el de "Estilos de Confrontación".

Este autor denomina de esta manera, al estilo psicodinámico que el ser humano utiliza en sus interrelaciones.

Las primeras suposiciones para el desarrollo de este concepto fueron:

- * Todos los seres humanos deben enfrentar, a lo largo de su vida, múltiples situaciones que le provocan estados de tensión; y,

- * Todos los hombres están interesados en el problema de como manejar el estrés (1970).

Estas suposiciones básicas, a su vez, parten de la concepción de que el proceso de internalización y aceptación de premisas vigentes, presupone cierto grado de reacción, positiva o negativa, de parte del sujeto.

Dadas las características de la teoría de las PHSCs, era de esperarse que, atrás de la forma en que se maneja el estrés, hubiera una premisa sociocultural. Para Díaz-Guerrero (1970), sería una de las siguientes:

* La mejor manera de manejar el estrés es enfrentarlo activamente.

* La mejor manera de manejar el estrés, es soportándolo.

En palabras del autor (1980): "... Dos estilos de confrontación prevalentes en la humanidad presente (Díaz-Guerrero, 1965; 1967 y 1973), son el estilo activo y el estilo pasivo. Se arrostra activamente un problema, cuando para resolverlo se modifica el medio ambiente físico y social. Se enfrenta pasivamente un problema cuando para resolverlo, el individuo se modifica activamente a si mismo ..." (p. 11).

De acuerdo con los resultados de diversas investigaciones del autor, se ha concluido que el mexicano arrostra sus problemas de una manera pasiva.

Para el autor (1970) la confrontación se define por:

* El uso apropiado de la lógica formal, cuando el individuo confronta.

* Cuando se utiliza una premisa válida, la conducta es confrontadora. Se puede juzgar la confrontación y la defensa únicamente en términos de las premisas que son válidas para el individuo y el grupo cultural al que pertenece.

* La ganancia, en términos de autodesarrollo.

* La no aparición de ningún mecanismo de defensa.

* El aprendizaje de estrategias para manejo de la situación y situaciones semejantes.

* La no distorsión del significado.

Asimismo, para Díaz-Guerrero (1980), el estilo de confrontación es determinado por las influencias que se reciben del entorno; remarcando, de manera especial, el papel de los grupos de referencia.

La premisa desde la cual parte este autor es la relación dialéctica que se establece entre el ser humano y su ecosistema. Esto nos indica que el objeto de estudio de la psicología es el hombre concreto. Segundo, que este hombre concreto se desenvuelve dentro de una sociedad que le facilita (u obstaculiza) el desarrollo de las habilidades y capacidades propias de su especie; por lo tanto, el hombre se vuelve social; y, tercero, que la sociedad particular en un momento determinado, es producto de su evolución histórica. El hombre concreto-social es también un hombre histórico.

Por otro lado, es la cultura la que influirá en los procesos psicodinámicos del ser humano, al transmitirle su filosofía; es decir, sus formas de pensar acerca de si mismo y de los demás, así como su forma de actuar de la mejor manera (p. 12). Esta cultura se manifiesta en forma de premisas, que Díaz-Guerrero ha denominado socioculturales.

"... La cultura tradicional mexicana es el ecosistema de los seres humanos. Esta se expresa y la medimos, preponderantemente, a través de afirmaciones que denominamos premisas históricosocioculturales (PHSCs) (1980, p. 11).

La cultura es una forma de vivir de la sociedad. Díaz-Guerrero para 1972 afirmaba que, es un conjunto de patrones explícitos e implícitos manifestados en la forma de vida, que son transmitidos mediante símbolos que constituyen los logros de los grupos humanos, materiales y espirituales.

El contexto de la cultura está constituido por las ideas que pueden ser históricamente seleccionadas y por los valores adquiridos. Dichos valores forman las premisas socioculturales, definiéndolas como una afirmación que puede ser compleja o sencilla y que provee las bases para la interrelación humana.

La sociocultura entonces, está compuesta por las premisas socioculturales, las cuales ejercen influencia en los sentimientos y en las ideas de las personas, así como en su interrelación. Señalan dónde, cuándo, con quién y cómo se debe desempeñar el rol de género.

Y si bien, estas premisas se conforman en tiempo y espacio, también sufren procesos de modificación. Por ello, un concepto central en el pensamiento del Doctor Díaz-Guerrero es el de "dinámica cultural". Sostiene que las sociedades están en posibilidad de modificar o transformar radicalmente las bases que le sustentan.

Este dinamismo en la teoría mexicana del desarrollo está dado por el concepto de "relación dialéctica cultura-contracultura". La contracultura, a decir del autor, constituye: "... la manera de reacción individual, o la

reacción biológica o psicológica hacia las PHSCs aceptadas..." (1980, p. 11).

Esto tiene implicaciones muy importantes. Sobresale el hecho de que las premisas históricosocioculturales, pueden variar de un grupo a otro, de una clase socioeconómica otra o, a lo interior de cada una de ellas. El Doctor Díaz-Guerrero (1984) cuando habla de la neurosis y de la estructura psicológica de la familia mexicana advierte que, la descripción corresponde "al patrón psico-sociocultural dominante" (p. 34).

Otra implicación es que tal "patrón dominante" puede ser modificado como resultado de la confrontación con "patrones menores" y, para que ésto suceda, es necesario el concurso de amplios sectores de la población, o bien, del poder ejercido por grupos minoritarios influyentes.

En la cultura mexicana existen dos categorías de premisas: las cardinales y las menores.

Cardinales

- * La supremacía indiscutible del padre.
- * El necesario y absoluto sacrificio de la madre.

Esto influye en la relación hombre-mujer, que se convierte en una relación dominador-dominado y, provoca una separación tajante entre los valores masculinos y femeninos, lo que lleva al Doctor Díaz-Guerrero a suponer que la mayoría de los conflictos que provocan neurosis en el

mexicano son internos; es decir, provocado por el choque de valores.

Esta suposición, que la cultura mexicana atiende como normal y natural, también trae consecuencias en las relaciones familiares, a la par de la inevitable educación de rol de género del que hablamos. A este respecto el autor nos dice que, en la familia mexicana se tienen muchas expectativas en los hijos, fundamentalmente en los varones, en tanto que el nacimiento de una mujer puede llegar a significar:

".. a). Económicamente ... mal negocio ...

b). Desgaste físico y preocupación moral de la familia que deberá cuidar su honor, que es el de la familia ... la pérdida de la virginidad de la mujer, fuera del matrimonio, hiere brutalmente la premisa esencial de feminidad y abnegación ...

c). A través del matrimonio, fuerza dentro de la familia a un intruso del sexo masculino ...

d). En caso de no casarse se convertirá en una cotorra, cuyas eternas quejas neuróticas, son una carga para la familia ..." (Ibid., p. 35).

Dentro de este marco el padre trabaja y provee todo lo necesario, sin enterarse de lo que sucede en el hogar, pero demandando obediencia de hijos y esposa. En tanto que la mujer se somete al esposo y deberá servirle a su satisfacción. Es ella la que da cariño, comprensión y

sentimiento a los hijos. Es fuente de energía y, en gran medida, es el sostén emocional del hogar.

El rol de género que fomentan para el varón, inicia al impedirle el contacto con juguetes destinados para niñas; debe hacerlo con aquellos que han sido, especialmente, confeccionados para él. Se le refuerza el grito, la provocación de sustos; y, a la vez, fungir como el salvaguarda de las niñas. No deberán manifestar ningún tipo de interés considerado femenino. Son duros y agresivos a fin de mostrar y probar su virilidad.

Las niñas, por su parte, deben ser femeninas, hogareñas y maternales. Sin embargo, tanto el hombre como la mujer, deben ser obedientes en el hogar; puesto que, la madre es el ser mas querido que existe y, por ello, se le debe respetar; mientras que al padre se le respeta, ante todo, por temor a que ejerza su fuerza.

Menores

Se derivan directamente de las cardinales. Algunos ejemplos serían: "la maternidad tiene un alto prestigio"; "los niños deben obedecer siempre a sus padres"; "los niños deben honrar a su madre"; entre otras.

Otra característica del mexicano dice Díaz-Guerrero, es un sentimiento de culpa, el cual se presenta por la separación de los géneros y roles a desempeñar. En el niño surge este sentimiento respecto a desviaciones del patrón de valores femeninos, puesto que para estar de acuerdo con el

patrón de valores masculinos deberá romper con el femenino. En la medida que lo haga será considerado como "más hombre".

Uno de los papeles mas importantes que cubren las premisas en la sociedad, es que permiten una fácil interacción entre las personas porque no existe una comunicación a menos que, de antemano, estén de acuerdo en lo comunicado; es decir, que los roles sociales y sexuales están predeterminados. De esta manera no habrá necesidad de aclarar ese tipo de posiciones, cada que se produce un episodio de interrelación. Por ello las PHSCs son la base de la vida en la sociedad y la base para propiciar una comunicacion comprensible.

DESARROLLO Y SIGNIFICADO DE LAS ACTITUDES**HISTORIA**

Desde finales del siglo pasado la psicología utilizó conceptos afines al de actitud. Todos se referían a la "preparación del organismo a la acción" (Germani, G., 1977, p. 11). Este autor refiere que Kulpe y sus colaboradores, de la Escuela de Wurzburg, estudiaron los procesos implícitos en la acción voluntaria (p. 11). Con estos estudios pioneros se ponía de relieve una especie de preparación del individuo, previa a la manifestación conductual.

El sociólogo A. Maxweiller (citado por Germani, G., 1977) desarrolló un concepto que tiene gran similitud con la connotación de actitud. Se refiere a la noción de "aptitud": "... esta designación se aplicará tanto a las disposiciones psíquicas como a las percepciones nacidas de impresiones interindividuales ... toda reacción individual que no se exterioriza será llamada una "aptitud social", ya sea real la reacción o permanezca almacenada en el cerebro bajo forma de representación..." (p. 15).

Para Gino Germani (1977) la aptitud social es referida a cierto tipo de trabajo cognitivo que lleva a cabo el individuo y que se evidencia a través de la manifestación de la conducta.

En 1918 W. I. Thomas y F. Znaniecki introdujeron el concepto de actitud a la sociología norteamericana, a través de su investigación sobre "El campesino polaco en Europa y América". Fue tal el impacto, que los mismos autores llegaron a declarar que la psicología social se definía como el estudio científico de las actitudes (Rodríguez, A., 1984, p. 333).

Dicen Thomas y Znaniecki: "... por actitud entendemos un proceso de la conciencia individual que determina una actividad real o posible, por parte del individuo en el mundo social ..." (Germani, G., 1977, p. 17).

Con ello empieza a delimitarse el objeto-estímulo de una actitud que en este caso, es un valor social que está dado en función de los demás, de manera tal, que la actitud pueda considerarse la contrapartida individual de la representación colectiva (Germani, G., 1977, p. 19).

Esto presupone la sociogénesis de las actitudes y un proceso cognitivo de recepción, procesamiento y creación de información.

Wiese por su parte desarrolló las nociones de deseo, actitud y situación. Para este autor, la actitud es uno de los factores importantes de los procesos sociales; con ello, la dinámica social puede ser de dos tipos: de alejamiento y de acercamiento: "... toda interacción humana consiste, en definitiva, en modificaciones de distancia social (Germani, G., 1977, p. 21).

Nos dice Germani (1977) que la noción de actitud implica relación y que, todo pensamiento relacional tiende a encuadrarse en categorías de índole espacial. Esto es posible constatarlo en la definición misma del concepto que, implica una posición favorable o contraria a algo. Involucra pues, distancia y espacio social, considerando que el objeto es un valor social.

Esta cualidad de espacialidad - dice el autor -, es la que explica, en gran medida, la tendencia cuantitativa de la mayoría de las investigaciones sobre actitudes.

Gino Germani (1977) considera que el valor metodológico de la actitud es inestimable, al permitirnos estudiar la relación individuo-sociedad, pues delimita hechos que pueden ser empíricamente tratados, ya sea en función de variables sociales o individuales (por ejemplo, se relaciona la actitud hacia algo, con variables como clase social, características demográficas; o bien, con sexo, edad, experiencia, educación, y otros).

Newcomb (Salazar, M., 1984 y, Rodrigues A., 1984) consideró a la actitud como una variable interviniente. En este sentido representaría el proceso cognitivo individual a través del cual se manejan influencias sociales, culturales y biológicas, que se traducirán en conducta manifiesta.

Sheriff y Cantril (Insko y Shopler, 1981), se ubican dentro de la misma tendencia al opinar que el concepto de actitud define una preparación a la acción, lo que supone una relación "mas o menos directa y estable" entre el sujeto

y el objeto (Germani, G., 1977, p. 29). Lo que se apoya en la consideración de que la actitud es adquirida y, por tanto, requiere que el sujeto entre en contacto con un objeto y en una situación de percepción.

EL CONCEPTO DE ACTITUD: SU SIGNIFICADO

Kimball Young (1967) considera que el concepto de actitud tiene dos significados: uno amplio y otro estrecho. En su acepción limitada - dice -, se le ha utilizado para señalar una disposición motriz y mental a la acción; mientras que en su connotación de largo alcance se le empleó para hacer indicaciones respecto a tendencias reactivas, que influyen en la interpretación de situaciones sociales y las respuestas posibles frente a estas.

El segundo significado es que: "... una actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa..." (pp. 7-8).

Young (1967) aclara que las actitudes no deben ser confundidas con imágenes, ideas o verbalizaciones. En segundo lugar, que la actitud siempre denotará una dirección y que las actitudes están vinculadas con sentimientos y emociones y, uno de sus objetivos mas importantes, es predecir conducta. Para resumir su postura nos dice: "...se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y

característico, por lo común, positiva o negativamente (a favor o en contra), o con referencia a un valor, idea, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas ..." (p. 9).

Por su parte Cook y Selltiz (1964), consideran que la actitud es una disposición fundamental que interviene, junto con otras influencias, en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, los cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación respecto a él.

Ross (1971) la define como una estructura mental que organiza y evalúa la información.

Para Thurstone (Rodrigues, A. 1984), el concepto de actitud se usará para denotar la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones; nociones preconcebidas, ideas, temores o convicciones acerca de un asunto tratado.

Insko y Shopler (1981) simplemente la definen como disposición para valorar favorable o desfavorablemente los objetos.

Aroldo Rodrigues (1985) las concibe como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

Entre éstas y otras definiciones Gene Summers (1976) encuentra cuatro coincidencias básicas.

- * Que una actitud es una predisposición a responder ante un objeto.

- * Que una actitud es persistente mas no inmutable.

- * Que una actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales.

- * La actitud tiene una cualidad direccional (posee una característica motivacional). Es acuerdo general que una actitud connota preferencias con respecto a resultados que involucran al objeto. La actitud denota afecto.

Este autor señala que las dos manifestaciones principales de la actitud son: expresión de sentimientos y verbalizaciones hacia el objeto.

COMPONENTES DE LA ACTITUD

Aroldo Rodrigues (1985) dice que para que exista una actitud relacionada a un objeto se hace necesario que el sujeto tenga alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Este es el componente cognoscitivo.

Este incluye las creencias que se tengan del objeto, como aceptación de la existencia de un objeto (Insko y Shopler, 1971). Las creencias evaluativas son las mas importantes para la actitud como concepto de disposición. También las creencias acerca de como debe tratarse al objeto, son elementos importantes de este componente.

Otro es el afectivo. Es conocido como el componente sentimental. Se refiere a las emociones o sentimientos ligados al objeto de actitud. Es importante que recordemos que cuando un individuo verbaliza, ésto no es solo un sentimiento, son cogniciones, pero diferentes a las anteriores ya que no se refieren al objeto, sino a quien conoce.

Para Fishbein y Ravel (citados por Insko y Shopler, 1971 y Rodríguez, A., 1985), el componente afectivo que se define como el sentimiento en favor o en contra de un determinado objeto social, es lo único realmente característico de las actitudes.

Aroldo Rodríguez (1985, p. 332) señala que es precisamente en el componente afectivo donde las actitudes van a encontrar el elemento diferenciador con respecto a las creencias y opiniones, aún y cuando se integren a ellas provocando un efecto positivo o negativo con respecto al objeto y, creando una preparación a la acción. Esta postura es apoyada por Germani (1977) quien escribe:

"... Una creencia es una organización durable de las percepciones y de los conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo, mientras que una actitud es, una organización durable de los procesos emocionales, motivacionales, perceptivos y cognoscitivos referentes a ciertos aspectos del mundo de un individuo. O sea, que toda actitud supone un elemento cognoscitivo, la creencia. En realidad la actitud es una creencia adicionada de carga

afectiva y volitiva, mientras la creencia es emocionalmente neutra ..." (p. 30).

La incorporación de la disposición conductual, nos habla del tercer componente de la actitud: la tendencia a la acción.

FORMACION DE LAS ACTITUDES

Leo Kanner (1967) señala cuatro aspectos que deben tenerse presentes al estudiar los factores determinantes de la actitud, a saber:

"... Todas las actitudes se expresan como relaciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones, y así es como las ve el observador ...

...El significado que tiene una situación para el individuo, depende menos de factores reales "objetivos" que, de la forma en que aparece ante él y, de la impresión que le produce, o sea, de la actitud que el individuo asume ante la situación ...

... Las actitudes se desarrollan. Unas veces el origen se ve claramente, pero otras, está incrustado tan profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo y mucha habilidad para comprender el "tema" total ...

Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente; éstas son, por consiguiente,

determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta ..." (pp. 36-37).

Esta cita está a propósito del título de esta sección; a través de los cuatro puntos señalados, podemos darnos cuenta que las actitudes se generan en la experiencia cotidiana.

Diversas posturas psicológicas aportan información, acerca de los elementos (motivacionales) individuales que propician la creación de una actitud; éstas son: la escuela funcionalista; la cognoscitiva y, la conductual.

La primera está representada - entre otros - por Kelman (1961) y Smith; y, Bruner y White (1956). Para el primero, las actitudes se conforman dado un proceso de influencia social, que se puede ejercer por:

- * La aceptación de la influencia que se recibe de otra persona o grupo con la finalidad de ser aceptado.

- * Un proceso de identificación, que ocurre cuando las conductas, actitudes, creencias y valores de otras personas, son asociadas, favorablemente, a las propias.

- * La internalización, que está presente, al ser aceptada la influencia, por ser congruente con nuestro sistema de valores (Rodrigues, A., 1985, p. 345-6).

Para Smith, Bruner y White, las actitudes se forman para atender las siguientes funciones:

- * Evaluación del objeto. Es el establecimiento de reacciones frente al objeto.

* Ajuste Social. Permite facilitar, concluir o conservar de manera armoniosa las relaciones sociales.

* Exteriorización. Permite manifestar de manera clara e indiscutible la posición personal (Rodrigues, A., 1985, p. 342-4).

Lo común de los autores de la escuela de la Congruencia Cognoscitiva, es que apoyan una posición que sostiene que hay una fuerza hacia la congruencia entre las actitudes y los componentes de las mismas. Por tanto, las actitudes que llevan a un estado de armonía se forman con mas facilidad (Rodrigues, A., 1985, p. 346-7).

Rosenberg por su parte, afirma que existe una estrecha vinculación entre un objeto y el afecto que se le da, de tal manera que cuando hay coherencia entre los componentes afectivo y cognoscitivo, las actitudes pueden formarse de manera estable y duradera (Rodrigues, A., 1985, pp. 348-9).

En la posición conductual destacan Hovland y Kelley (1953), quienes sostienen que si se proporciona un refuerzo inmediato, después de emitida la conducta, tiende a consolidarse; así como la actitud que le subyace (Rodrigues, A., 1985, pp. 350-1).

DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problematizar significa precisar el objeto de estudio, en cuanto al tipo de importancia de las relaciones posibles entre cierto número de fenómenos (Tecla, A., 1980). El planteamiento del problema significa el punto de enlace entre el marco teórico o concreto mental y el objeto de estudio o, concreto sensible.

En este sentido lo desarrollado hasta el momento nos permite hacer las siguientes consideraciones:

* Que es necesario contextualizar el problema del síndrome de inmunodeficiencia adquirida dentro de un proceso histórico-social particular, cuyas características pueden contener similitudes con las de otros contextos, pero que son únicas en su singularidad.

Esto quiere decir que la manifestación del SIDA en México, como enfermedad infecto-contagiosa no es azarosa, sino que es síntesis de múltiples determinantes que se concatenan en tiempo y espacio.

En segundo lugar, la connotación sexual que adquiere la enfermedad y, la calidad anómica de los grupos que inicialmente reportaron el mayor número de casos, ha dificultado el proceso cognitivo de aceptación de la capacidad indiscriminada de infección del SIDA. Por ello,

es posible suponer que las reflexiones, actitudes y comportamientos que la población mexicana tiene hacia el síndrome, están en gran medida condicionados por las creencias, valores y actitudes asociados a la sexualidad.

Este contexto lo sintetizamos en el concepto "cultura mexicana" desarrollado por el Doctor Rogelio Díaz-Guerrero. La entendemos como las premisas históricosocioculturales, que constituyen el marco normativo de las actitudes, valores, creencias y comportamientos, de quien se desarrolla en su interior.

Por tanto la problematización que desde aquí se plantea quedaría enunciada en las siguientes interrogantes:

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ?.

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad ?.

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia los agentes de socialización de su medio ?.

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia el proceso de la salud y la enfermedad ?.

* ¿Cuál es la orientación cultural de los adolescentes mexicanos ?.

La preposición ¿ cuál ? señala el ángulo de análisis de los problemas enunciados: estructural o de constatación.

SISTEMA DE HIPOTESIS

Hipótesis Conceptual

La cultura mexicana (PHSCs), a través del proceso de socialización (experiencias de aprendizaje), influye en la conformación de las creencias, valores, actitudes y patrones conductuales de los miembros de los grupos societarios. Por lo tanto, las actitudes hacia el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; la sexualidad; los agentes de socialización; la salud y la enfermedad, van a estar influidos por el tipo de orientación cultural que presenten los adolescentes mexicanos.

Hipótesis Operacionales

Ho: No existe relación espacial y temporal entre el grado de tradicionalidad cultural y las actitudes hacia el SIDA; los agentes de socialización y la salud-enfermedad, en un grupo de adolescentes mexicanos.

Hi: Si existe relación espacial y temporal entre el grado de tradicionalidad cultural y las actitudes hacia el SIDA; los agentes de socialización y, la salud-enfermedad, en un grupo de adolescentes mexicanos.

IDENTIFICACION Y DEFINICION DE VARIABLES

Definiciones Conceptuales

Cultura Mexicana. Conjunto de premisas históricosocioculturales, que conforman la filosofía del mexicano y que se manifiestan en forma de expresiones

lingüísticas como dichos, proverbios, refranes, etc., y que sintetizan el sentido común.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es una enfermedad resultado de una infección viral que daña al sistema inmunológico (Population Reports, 1987).

Sexualidad. Conjunto de características anatómicas, fisiológicas, psicológicas, sociales y culturales que caracterizan los sexos (hombres y mujeres).

Como la sexualidad es un fenómeno que ha sido estudiado en diversas dimensiones, para esta investigación, abordaremos su estudio utilizando los siguientes conceptos.

Masculinidad. Se aplica a las características que una cultura asocia al sexo masculino.

El sexo opuesto. Agrupa a los sujetos que no pertenecen al propio sexo.

Homosexualidad femenina. Orientación y ejercicio de la sexualidad de la mujer, hacia y con alguien del propio sexo.

Relaciones sexuales. Unión o contacto físico establecido entre dos o mas personas, utilizando para ello sus órganos genitales y sus caracteres sexuales secundarios.

Feminidad. Caracteres que culturalmente se asocian al sexo femenino.

Homosexualidad Masculina. Orientación y ejercicio de la sexualidad del hombre, hacia y con alguien del mismo sexo.

Heterosexualidad. Orientación y ejercicio de la sexualidad de un hombre o de una mujer, hacia y con alguien del sexo opuesto.

Promiscuidad sexual. Ejercicio de la sexualidad con múltiples compañeros sexuales, sea en grupo o de manera individual.

Yo como pareja. Autoevaluación del sujeto con respecto a su interrelación con el sexo opuesto o, con el mismo sexo.

Prostitución. Ejercicio de la sexualidad condicionado por un intercambio de tipo económico.

Agentes sociales. Conjunto de sujetos, eventos, objetos, etc., que transmiten la cultura a los diferentes miembros de la sociedad.

Para propósitos del estudio, distinguimos los siguientes:

Las tradiciones. Conjunto de normas, valores, actitudes, creencias y comportamientos que caracterizan a una cultura.

Yo como creyente de mi religión. Autovaloración del sujeto como miembro activo de un grupo con creencias religiosas.

Mi futuro. Expectativas del sujeto con respecto al curso de su vida.

Mi vida. Significado que para el sujeto tienen sus experiencias cotidianas.

Mi familia. Significación y valoración que el sujeto hace con respecto a su grupo de pertenencia primario.

 Yo como persona. Autoevaluación del sujeto.

 Mi grupo social. Significación y valoración que el sujeto realiza, respecto a su grupo de pertenencia secundario.

 Salud y Enfermedad. Proceso a través del cual, el sujeto, a lo largo de su vida, alterna episodios de equilibrio y desequilibrio físico y mental. Los conceptos utilizados son los siguientes:

 Salud física. Estado de equilibrio físico.

 Enfermedad física. Estado de desequilibrio físico.

 Salud mental. Estado de equilibrio mental.

 Enfermedad mental. Estado de desequilibrio mental.

 Cáncer. Tumor maligno formado por la multiplicación de células de un tejido o de un órgano.

 Drogadicción. Adicción a cualquier sustancia medicamentosa, natural o sintética, de efecto estimulante, depresivo o narcótico.

 Conducta normal. Comportamientos que están considerados dentro de los estándares de normatividad impuesta por una cultura.

Conducta desviada. Comportamientos que están considerados fuera de los estándares de normatividad dados en un cultura.

Vida. Conjunto de fenómenos que ocurren en pro del desarrollo y la conservación de los seres orgánicos.

Muerte. Terminación de todos los fenómenos que concurren en la conservación de los seres humanos.

Condón. Preservativo utilizado durante el acto sexual genital, para impedir el intercambio de líquido seminal o, de algún agente patógeno.

Preservativo. Objeto utilizado para prevenir el daño o peligro.

Definiciones Operacionales

Premisas Históricosocioculturales. Puntaje obtenido a través del cuestionario de la familia mexicana, desarrollado por el Doctor Rogelio Díaz-Guerrero.

De los conceptos. Puntaje obtenido a través de un diferencial semántico de 26 reactivos, con escalas dicotómicas.

METODO

Sujetos

158 adolescentes; entre 16 y 18 años de edad.
Divididos en dos grupos: mujeres y hombres.
Estudiantes de 1er. y 2do. año del Colegio de Ciencias y

Humanidades de la Universidad Juárez del Estado de Durango.
Pertencientes a un medio socioeconómico medio y medio bajo.

Instrumentos de Evaluación

* Cuestionario de la Familia Mexicana. Desarrollado por el Doctor Rogelio Díaz-Guerrero.

* Un Diferencial Semántico. Desarrollado a partir de los trabajos originales del Doctor Charles Osgood y, el Doctor Rogelio Díaz-Guerrero.

Contiene 30 conceptos, a evaluar por medio de 26 adjetivos dicotómicos.

Esta técnica fue creada por Osgood, Suci y Tannenbaum (citados por Díaz-Guerrero y Salas, 1975). Se desarrolló como una técnica de medición del significado connotativo de diversos estímulos, pero principalmente, de estímulos verbales.

Son tres las proposiciones que enmarcan la lógica del método propuesto:

* La primera, hace referencia a que, el resultado del proceso de calificación o juicio, puede ser concebido como el lugar que ocupa un concepto dentro de un continuo experiencial definido por dos términos polarizados.

* La segunda, dice que es posible instrumentar un método objetivo de medida del significado, puesto que supone la equivalencia de los continuos experienciales superficialmente diferentes y, por tanto, la posibilidad de representarlos por medio de dimensiones únicas.

* La tercera sostiene que un número limitado de los continuos puede ser utilizado para definir el espacio semántico dentro de cualquier concepto o estímulo. Esta afirmación, se fundamenta en la comprobación, por medio del análisis factorial, de la existencia de un número limitado de dimensiones o factores.

El marco teórico que sustenta esta técnica de medida es la hipótesis de la mediación, que se desarrolla a partir de las teorías de Hull (Díaz-Guerrero y Salas, 1975). Nos dice que el problema teórico del significado está centrado en la posibilidad de determinar las diferentes condiciones en las que un conjunto de estímulos puede convertirse o no, en signo. En este contexto el objeto-estímulo (E) es "cualquier conjunto de estímulos que produce reacciones de parte de un organismo" y el signo (S) es "cualquier conjunto de estímulos que no es E, pero que produce reacciones pertinentes a E, siendo las condiciones bajo las cuales esto acontece, el problema de la teorización en este campo". Signos y Objetos nunca son idénticos; entre las palabras y los objetos representados no hay identidad (Osgood, Ch., citado por Díaz-Guerrero y Salas, 1977).

En este sentido, el problema queda planteado de la siguiente manera:

"..Un patrón de estimulación que no es el objeto, es signo de éste si produce en el organismo una reacción mediadora, que: a). Es una parte o fracción del comportamiento total evocado por el objeto; y, b). Produce

autoestimulaciones distintivas que mediatizan respuestas, que no ocurrirían sin la asociación previa entre los patrones de estimulación del objeto y los del no objeto (signo) ..." (Osgood, Ch., 1952, p. 204; citado en Diaz-Guerrero y Salas, 1975).

De acuerdo con esta hipótesis, un signo de desarrollará de la siguiente manera: Un objeto-estímulo produce un patrón de comportamiento de complejidad variable. Algunos elementos de este comportamiento se condicionan a la palabra que representa el objeto. La repetición del signo sin la presencia del objeto reduce a una mínima intensidad el proceso de mediación, si bien, incluye algunas de las respuestas originalmente emitidas. Esta reacción produce a su vez un patrón de autoestimulación que puede dar origen a varios tipos de conductas. Una gran cantidad de signos utilizados en la comunicación están constituidos por "asignos", en la medida en que existe una asociación directa con los objetos que representan.

De lo anterior se deduce que los significados que diferentes personas tienen para los mismos signos o palabras son distintos en la medida en que varían: a). Sus conductas hacia los objetos que presentan; b). La frecuencia con que el objeto y el signo se asocian; y, c). La frecuencia de la asociación de un signo con otros signos.

Este instrumento de medición de significado, representa, a su vez, una técnica de medición de actitudes.

La dirección de la actitud (favorable o desfavorable), queda sencillamente indicada en términos bipolares.

Este método tiene la ventaja de poder ser aplicable a grupos relativamente grandes, con varios estímulos a la vez.

Características psicométricas

Objetividad. El diferencial semántico es una técnica objetiva, ya que cualquier investigador puede utilizar las escalas bipolares de siete intervalos y obtener resultados semejantes en los conceptos evaluados.

Confiabilidad. Para el diferencial semántico se distinguen tres aspectos de confiabilidad: a). Confiabilidad del reactivo; b). Confiabilidad del puntaje de factor; y, c). Confiabilidad del significado del concepto.

La confiabilidad del reactivo se refiere a la posibilidad de reproducir estas medidas básicas. La agrupación de estos puntajes en factores (evaluación, potencia y actividad); y la posibilidad de reproducirlos, es la confiabilidad del puntaje de factor. Los tres puntajes de factor obtenidos para un concepto, permiten ubicar a éste en un punto del espacio semántico, con el que se define el significado de concepto. La reproducción de la localización del concepto en el espacio semántico es la confiabilidad del significado del concepto.

La técnica que se ha utilizado para medir confiabilidad es el test-retest; siguiéndola Osgood, en 1957, encontró una variación de .85; mientras que Tannenbaum (1953); Solomon (1954); Wilson (1954); Luria (1957); Bopp (1957), encontraron una confiabilidad que varió entre .87 a .93 (citados por Díaz-Guerrero y Salas 1975).

Validez. La adecuación de un instrumento para medir un fenómeno se le conoce como validez de instrumento. En el caso específico del significado, es difícil encontrar criterios externos con los cuales se puedan comparar los resultados de un DS, por tanto se hace necesario aproximarse al problema de la validez utilizando la validez aparente, que consiste en comparar los resultados obtenidos por medio del instrumento con la forma en que la mayoría de las personas analizan el fenómeno. Generalmente la validez se obtiene comparando las agrupaciones de diferentes términos obtenidos por medio del diferencial semántico, con las agrupaciones que de los mismos términos hacen las personas en general. Entre mayor sea la semejanza de las agrupaciones, mayor es la validez del instrumento.

Diseño

Se trata de un diseño de investigación de campo; ex post facto; transversal y de dos muestras independientes.

Muestreo

Aleatorio no intencional.

Procedimiento

FASE I. Por medio de una carta oficial, firmada por la Doctora Isabel Reyes Lagunes, nos presentamos ante el Rector de la Universidad Juárez del Estado de Durango, llevándole el proyecto de investigación; para solicitarle su colaboración, a fin de facilitarnos el acceso a los planteles universitarios.

FASE II. Nos relacionamos con el Director del Colegio de Ciencias y Humanidades quien, a su vez, nos puso en contacto con la Coordinadora del Programa de Educación Sexual de la Institución. Ella fué la encargada de asignarnos los grupos, de acuerdo al horario disponible por los mismos.

FASE III. Contacto con los Alumnos. Originalmente fueron 250 los seleccionados. Esto lo constatamos al contar a los que se encontraban en cada grupo. No fue posible tener un control de la equitatividad entre hombres y mujeres, ya que en todo momento dependimos de la Coordinadora del Programa, quien, incluso, reclutó estudiantes que jugaban en las canchas.

De acuerdo con el Director del Plantel y con la Coordinadora del Programa, a los muchachos participantes se les indicó que era parte de la evaluación del programa de sexualidad en que estaban participando. Entre sus razones, destaca la suposición, de una mayor y mas abierta

participación, por ser algo en lo que estaban involucrados. No pusimos objeciones.

Se les dieron los dos cuestionarios, el de la Familia Mexicana y el cuadernillo correspondiente al Diferencial Semántico y, se les indicó que contestaran primero el de la Familia e inmediatamente después, el segundo. Se les dió instrucciones respecto a la manera de contestar cada uno de ellos; se retomaron los ejemplos que manejan, en su inicio, los dos instrumentos de evaluación.

No se les dió tiempo límite, pero, el tiempo medio de duración de la aplicación, fue de aproximadamente 1:30 horas.

ANALISIS ESTADISTICOS

Frecuencias

Se aplicó con la finalidad de describir las características de los grupos participantes. Los grupos de calificaciones obtenidas serán descritas por medio de dos medidas sumarias o de resumen:

* De Tendencia Central. Que se consideran como diferentes métodos para encontrar lo que conocemos con el nombre de promedio, que significa clarificar la calificación más característica o típica de un grupo de calificaciones (Young, J., p. 67). De este grupo de calificaciones, escogimos la media, que es a que, específicamente, representa al promedio.

* Medidas de Variabilidad. Representan una desviación con respecto a las calificaciones típicas. La desviación estándar representa la variabilidad promedio de una distribución (Levin, J., 1979, p. 68).

Estos dos tipos de statisticum que resumen nuestros datos, resultan adecuados para la toma de decisión consecuente, con respecto al grado de tradicionalidad en la cultura. Partimos de la media, más allá de una desviación estándar arriba, serán calificados como mas tradicionales y, más allá de una desviación estándar abajo, serán considerados como mas innovadores (Díaz-Guerrero, R., 1984).

También los utilizamos para la toma de decisión, con respecto al tipo de actitudes reportados por el Diferencial Semántico. En éste tenemos un punto medio, que está indicado por el número 4, conforme se alejen o se acerquen, las calificaciones grupales, idealmente una desviación estándar arriba o abajo de la media, las actitudes serán consideradas positivas o negativas, respectivamente.

Chi Cuadrada

Esta prueba estadística no paramétrica, se utiliza para hacer comparaciones entre dos o mas muestras. A diferencia de la prueba T y del ANOVA, Chi cuadrada, se utiliza para hacer comparaciones entre frecuencias. En este estadígrado, la hipótesis nula establece que las muestras no difieren con respecto a la frecuencia de ocurrencia de una característica

dada; mientras que, la hipótesis alterna, establece diferencias reales. Chi Cuadrada se enfoca a la distinción entre las frecuencias esperadas y las obtenidas. En términos de la H_0 , se espera que la proporción de ambas sea la misma, o similar, de un grupo a otro. Por su parte, las frecuencias obtenidas (f_o) se refieren a los resultados que obtenemos realmente: "... solo si la diferencia entre las frecuencias esperadas y las obtenidas es lo suficientemente grande, rechazamos la hipótesis nula (Levin, J., 1979, p. 171).

Para la toma de decisión, se tomó en consideración:

- * Si el valor de Chi Cuadrada calculado, iguala o excede el valor de tablas, la hipótesis nula es rechazada y,
- * Si el valor calculado es menor que el proporcionado por las tablas, la hipótesis nula es aceptada.

En el análisis de nuestros datos, buscamos diferencias en el grado de tradicionalidad cultural, entre hombres y mujeres. Los grados de libertad son cuatro; el nivel de significancia .01; por lo tanto, el valor de tablas es igual a 13.277.

Análisis Factorial

Por su elegancia y poder de comprobación de constructos. Por su apoyo en la búsqueda de los mismos; y, por su capacidad para explicarlos (Nunally, J., 1987), esta prueba puede ser considerada como la "Reina de los Métodos Analíticos " (Kerlinger, F., 1988, p. 648).

Kerlinger (1988) define un factor como un constructo hipotético; una variable latente que se supone, fundamenta las pruebas, escalas y reactivos.

El propósito de su aplicación en el análisis de los resultados del Cuestionario de la Familia Mexicana, es doble:

- * La búsqueda de los constructos que fundamentan los 26 reactivos de que se compone; y,

- * Compararlos con los constructos de Díaz-Guerrero, para determinar si su configuración (reactivos que los integran) e importancia (por la cantidad de varianza explicada) son similares.

En tanto que su aplicación en los datos obtenidos a través del diferencial semántico, nos permitió:

- a. Realizar una selección de reactivos. Nosotros elegimos 26 escalas dicotómicas; mas no sabíamos de su pertinencia -estadística- para la medición que nos proponíamos. La aplicación del factorial nos dió la razón.

- b. Agrupar los reactivos por factores que nos permitieron ver la estructuración de la prueba.

- c. Comparar la estructuración factorial de los diferentes conceptos; y,

- d. Elaborar hipótesis con respecto a su correlación.

P A R T E 2

R E S U L T A D O S

RESULTADOS

El método de exposición que seguimos es el siguiente: en primer término presentaremos los datos obtenidos a través del Cuestionario de la Familia Mexicana (PHSCs). Los análisis aplicados a este instrumento fueron tres: factorial; frecuencias; y, chi cuadrada. Los resultados, los presentaremos en ese orden, tanto por reactivo como por factor; determinando, a partir de ellos, el grado de tradicionalidad cultural de hombres y mujeres; por último, haremos una comparación de la estructura factorial resultante y, la encontrada, en estudios previos, por el autor de la prueba.

En segundo lugar, presentaremos resultados del diferencial semántico, por el momento, tan solo de aquellos conceptos referidos a algunos agentes sociales. A estos datos se les aplicó un análisis factorial y frecuencias. Acto seguido, realizaremos una comparación de los resultados de ambos instrumentos.

Los siguientes conceptos del diferencial semántico, los agrupamos en dos grandes rubros: sexualidad y salud-enfermedad; los analizaremos separadamente y posteriormente, haremos las comparaciones pertinentes entre cada conjunto de calificaciones que, en suma, quedan agrupadas en tres

variables complejas: tradicionalidad cultural; sexualidad; y, salud-enfermedad.

CUESTIONARIO DE LA FAMILIA MEXICANA

(Estructura Factorial)

Presentamos por factor dos tablas base. La primera agrupa los reactivos contenidos en cada factor, así como su carga factorial; la segunda, agrupará la media, la desviación estándar y la chi cuadrada, de cada uno de los reactivos; así como también las mismas calificaciones, pero del conjunto de reactivos. El número de la primera columna, en ambas tablas, corresponde al número de reactivo original del cuestionario.

FACTOR I: "VIRGINIDAD"

#	Reactivo	Carga Factorial
14	Ser virgen es de gran importancia para la - mujer soltera.	.81934
18	Una mujer debe ser virgen hasta que se case.	.78818
23	Las mujeres jóvenes no deben salir solas de noche con un hombre.	-.57311
6	A todo hombre le gustaría casarse con una mujer virgen.	.42609

CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviación	Chi Cuadrada
14	4.024	1.120	6.4426
18	3.667	1.221	2.9000
23	3.230	1.208	
6	4.242	.945	9.6125
GRUPAL	3.765	1.123	

En el primer reactivo los sujetos muestran acuerdo, con una ligera tendencia a muy de acuerdo. No existen diferencias entre hombres y mujeres.

En el segundo reactivo ni están de acuerdo ni en desacuerdo. Sin embargo, existe ligera tendencia al acuerdo. No hay diferencias entre hombres y mujeres.

En el tercer reactivo, no están en desacuerdo ni de acuerdo; muestran ligera tendencia al acuerdo. No hay diferencia entre hombres y mujeres.

Muestran acuerdo en el cuarto reactivo, con tendencia a muy de acuerdo. No hay diferencia entre hombres y mujeres.

En tanto que las calificaciones grupales, nos indican que en los reactivos contenidos en el factor "Virginidad", los sujetos se muestran cercanos al acuerdo. Esto, de acuerdo con nuestros criterios, los ubicaría dentro del rango de "tradicionalidad".

FACTOR II: "OBEDIENCIA AFILIATIVA VS. AUTOAFIRMACION ACTIVA"

#	Reactivos	Carga Factorial
25	Nunca se debe dudar de la palabra del padre.	-.81988
11	Nunca se debe dudar de la palabra de la madre	-.76430
8	Un hijo debe siempre obedecer a sus padres.	.54066
3	Una buena esposa debe ser siempre fiel a su esposo.	.32139

CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviacion	Chi Cuadrada
25	2.794	1.187	5.6550
11	2.350	1.180	2.6179
8	3.976	1.070	1.7836
3	4.394	.853	3.01
GRUPAL	3.333	4.160	

En el primer reactivo los sujetos están ligeramente en desacuerdo. No hay diferencias entre hombres y mujeres.

En el segundo están en desacuerdo. No hay diferencia entre los grupos.

En el tercero están de acuerdo. No hay diferencia.

En el cuarto están de acuerdo, con ligera tendencia hacia muy de acuerdo. No hay diferencia entre los grupos.

En tanto que, las calificaciones grupales nos indican que no se está de acuerdo ni en desacuerdo. Lo que, nos permite ubicarlos en el punto intermedio entre lo tradicional y lo innovador.

FACTOR III: "HONOR FAMILIAR"

#	Reactivo	Carga Factorial
13	Las deshonras solo pueden ser lavadas con sangre.	.63869
22	Mientras mas estrictos -- sean los padres mejor será el hijo.	.55791
21	Las mujeres dóciles son - las mejores.	.53455
17	La mujer que deshonra a - la familia debe ser castigada severamente.	.48219

TABLA DE CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviación	Chi Cuadrada
13	1.794	1.109	5.2985
22	3.230	1.208	1.3633
21	2.436	1.175	11.9193
17	2.473	1.166	9.2783
GRUPAL	2.508	1.164	

En el primer reactivo, los sujetos se muestran en desacuerdo, con una ligera tendencia a muy en desacuerdo. No hay diferencia entre hombres y mujeres.

Respecto al segundo reactivo, no están en desacuerdo ni de acuerdo, tiene tendencia al acuerdo. No hay diferencia entre los grupos.

En el tercero, no están de acuerdo; sin embargo, hay tendencia a la neutralidad. No hay diferencia entre los grupos.

En el cuarto reactivo, responden de manera similar al anterior.

De acuerdo a los resultados por grupo, encontramos una tendencia al desacuerdo; ésto, nos permite ubicarlos, con respecto al honor familiar, en un punto de transición hacia la innovación.

FACTOR IV: "ABNEGACION"

#	Reactivo	Carga Factorial
4	La vida es más dura para una mujer que para un -- hombre.	.76481
12	Las mujeres sufren más - en su vida que los hom-- bres.	.75655
1	La mayoría de las niñas - preferiría ser como su - madre.	.46302
15	Las mujeres sienten mu-- cho más que los hombres.	.45119

TABLA DE CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviación	Chi Cuadrada
4	3.697	1.139	9.9619
12	3.521	1.145	25.8144
1	3.618	.991	9.1888
15	3.346	1.231	7.5000
GRUPAL	3.545	1.126	

En todos los reactivos los sujetos califican entre, ni estar de acuerdo ni en desacuerdo; aunque, la tendencia es hacia el acuerdo.

Excepto en el reactivo 12, en los demás, no hay diferencia entre hombres y mujeres.

Respecto a la calificación grupal, existe cierta tendencia al acuerdo, lo que nos permite ubicar a los sujetos, en una tendencia hacia lo tradicional.

FACTOR V: "TEMOR A LA AUTORIDAD"

#	Reactivo	Carga Factorial
16	Muchos hijos temen a sus padres.	.87644
10	Muchas hijas temen a sus padres.	.82524

TABLA DE CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviación	Chi Cuadrada
16	3.624	1.032	3.9840
10	3.606	1.097	1.7838
GRUPAL	3.615	1.064	

En ambos reactivos, los adolescentes califican entre no estar de acuerdo ni en desacuerdo; aunque, tienen más tendencia al primero.

No existen diferencias entre los grupos de hombres y mujeres.

Grupalmente, también califican con tendencia al acuerdo, lo cual los acerca a la tradicionalidad cultural.

FACTOR VI: "MACHISMO"

#	Reactivo	Carga Factorial
24	Es mucho mejor ser un hombre que una mujer.	.82547
26	Los hombres son más inteligentes que las mujeres.	.80257

TABLA DE CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviación	Chi Cuadrada
24	2.867	1.395	35.08
26	2.145	1.280	50.15
GRUPAL	2.506	1.337	

Las calificaciones del primer reactivo se encuentran cerca del punto neutro; es decir, en el punto en que no están de acuerdo ni, en desacuerdo; sin embargo, hay una ligera tendencia al desacuerdo. Existe diferencia entre hombres y mujeres.

En el segundo reactivo se muestran en desacuerdo. También existen diferencias entre hombres y mujeres.

Grupalmente, los encontramos ubicados en el punto intermedio del desacuerdo y, la neutralidad. Esto nos permite ubicarlos con tendencia hacia la innovación.

FACTOR VII: "RESPECTO SOBRE AMOR"

#	Reactivo	Carga Factorial
9	Es más importante respetar al padre que amarlo.	.84500
2	Es más importante obedecer al padre que amarlo.	.83636

TABLA DE CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviación	Chi Cuadrada
9	2.800	1.185	5.8267
2	2.545	1.192	3.0130
GRUPAL	2.672	1.188	

El primer reactivo califica muy cercano al punto neutro, con tendencia hacia el desacuerdo. No existen diferencias entre hombres y mujeres.

El segundo reactivo, califica en el punto intermedio de, la neutralidad y el desacuerdo. No hay diferencia entre hombres y mujeres.

Grupalmente califican cerca del punto medio entre, el neutro y el desacuerdo; esto nos permite ubicarlos como un grupo con tendencia a la innovación.

FACTOR VIII: "RIGIDEZ CULTURAL"

#	Reactivo	Carga Factorial
20	Está bien que una mujer casada trabaje fuera del hogar.	.79517
5	No es aconsejable que una mujer casada trabaje fuera del hogar.	.76350

TABLA DE CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviación	Chi Cuadrada
20	3.497	1.130	14.1216
2	3.612	1.218	19.0139
GRUPAL	3.554	1.174	

El reativo 20, califica en un punto cercano al medio, entre la neutralidad y el acuerdo. Existen diferencias entre hombres y mujeres.

El reactivo 5, tiene una calificación ligeramente más alta que el punto medio entre la neutralidad y el acuerdo. Existen diferencias entre hombres y mujeres.

Grupalmente, califican dentro del punto medio entre la neutralidad y el acuerdo; ésto, culturalmente, nos permite ubicarlos cerca de la tradicionalidad.

FACTOR IX: "HONOR FAMILIAR"

#	Reactivo	Carga Factorial
19	La mayor deshonra para una familia es cometer un asesinato.	.78902

TABLA DE CALIFICACIONES

Reactivo	Media	Desviación	Chi Cuadrada
	3.188	1.295	.99549

Los adolescentes no están de acuerdo ni, en desacuerdo. No hay diferencias entre hombres y mujeres.

Podemos ubicarlos en el punto de transición entre lo tradicional y lo innovador.

TABLA RESUMEN
Factores y Tradicionalidad Cultural

Factor	Tradicionalidad Cultural
I Virgindad	Tradicional
II Obediencia Afiliativa Vs. Afirmación Activa	Neutro
III Honor Familiar	Tendencia a la innovación
IV Abnegación	Tendencia a la tradiciona lidad
V Temor a la autoridad	Tendencia a la tradiciona lidad
VI Machismo	Tendencia a la innovación
VII Respeto sobre amor	Tendencia a la innovación
VIII Rigidez cultural	Tendencia a la tradiciona lidad
IX Honor familiar	Neutro

De los nueve factores, el factor I (virgindad) es el que está mas cerca de la tradicionalidad (media= 3.765); los factores IV (abnegación), V (temor a la autoridad) y VIII (rigidez cultural), los encontramos con una tendencia a la tradicionalidad (medias= 3.545; 3.615; y, 3.554, respectivamente). Los factores III (honor familiar), VI (machismo) y VII (respeto sobre amor), presentan una tendencia a la innovación (medias = 2.508; 2.506; y, 2.672, respectivamente). Por último, los factores II (obediencia afiliativa) y IX (honor familiar) califican en el punto neutro (medias 0 3.333 y 3.188, respectivamente)

EL DIFERENCIAL SEMANTICO

AGENTES SOCIALES

Las Tradiciones. De las veintiseis escalas dicotómicas presentadas, el análisis factorial indica que solo quince de ellas se agrupan en tres principales factores y son los siguientes:

FACTORES DE INTEGRAN "LAS TRADICIONES"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	5.73246	22.0
2	2.00483	29.8
3	1.78262	36.6

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "LAS TRADICIONES"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Horrible-lindo	.71293
Insignificante-grandioso	.60886
Desagradable-agradable	.57709
No familiar-familiar	.55207
Placentero-doloroso	.55059
Pesimista-optimista	.49451
Moderno-tradicional	-.46318
FACTOR II	
Perfecto-imperfecto	.72220
Soportable-insoportable	.67565
Sano-enfermo	.60671
Malo-bueno	.52443
Maravilloso-espantoso	.49890
FACTOR III	
Conocido-desconocido	.59857
Chico-grande	.59561
Responsable-irresponsable	.50801

El primer factor agrupa 7 escalas; 5 de las cuales son de evaluación y 2 de familiaridad; la última de este tipo presenta una carga factorial negativa (moderno-tradicional, -.46318). Este factor explica un total del 22% de la varianza.

El segundo factor también es de evaluación. Explica el 7.7% de la varianza y está estructurado por 5 escalas.

El tercer factor agrupa 3 escalas, de las cuales una es de familiaridad; una de potencia y otra de evaluación. Explica el 6.9% de la varianza.

En el análisis de frecuencias encontramos lo siguiente:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE LAS "TRADICIONES"

Escala	Media	Desviacion
Horrible-lindo	5.1	1.583
Insignificante-grandioso	5.2	1.621
Desagradable-agradable	5.497	1.592
No familiar-familiar	5.661	1.823
Placentero-doloroso	5.345	1.488
Pesimista-optimista	4.502	1.913
Moderno-tradicional	3.200	2.125
Perfecto-imperfecto	4.800	1.597
Soportable-insoportable	5.242	1.535
Sano-enfermo	5.564	1.646
Malo-bueno	5.411	1.556
Maravilloso-espantoso	5.109	1.623
Conocido-desconocido	5.297	1.923
Chico-grande	5.965	1.833
Responsable-irresponsable	5.360	1.424
MEDIA GRUPAL	5.08	
DESVIACION GRUPAL		1.685

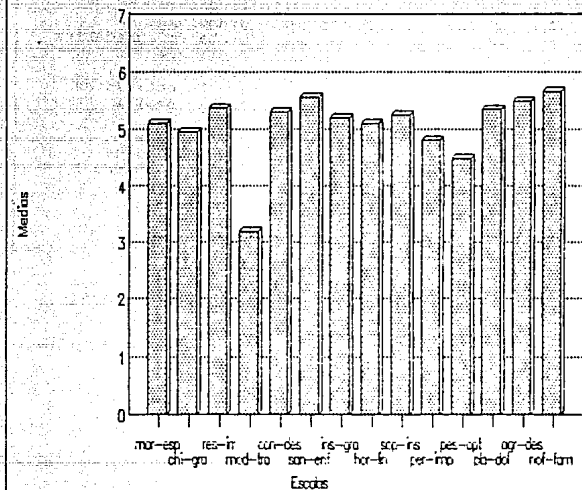
De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "LAS TRADICIONES"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente lindas
2	Ligeramente grandiosas
3	Ligeramente/bastante agradables
4	Ligeramente familiares
5	Ligeramente placenteras
6	Neutro/ligeramente optimistas
7	Ligeramente tradicionales
8	Ligeramente perfectas
9	Ligeramente soportables
10	Ligeramente/bastante sanas
11	Ligeramente/bastante buenas
12	Ligeramente maravillosas
13	Ligeramente conocidas
14	Ligeramente grandes
15	Ligeramente responsables

La media grupal (5.08) indica que la actitud hacia "Las tradiciones" es: **LIGERAMENTE POSITIVA.**

Las Tradiciones



GRAFICA 1. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Las Tradiciones".

Yo Como Creyente de mi Religión. De las veintiseis escalas sometidas a análisis factorial, solo dieciocho se agruparon en tres factores, que son los siguientes:

FACTORES QUE INTEGRAN "YO COMO CREYENTE DE MI RELIGION"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	7.49319	28.8
2	1.70105	35.4
3	1.60460	41.5

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "YO COMO CREYENTE DE MI RELIGION"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
No familiar-familiar	.69146
Horrible-lindo	.63276
Insignificante-grandioso	.62718
Desagradable-agradable	.59908
Malo-bueno	.56348
Amargo-dulce	.55365
Profundo-superficial	.51965
Alegre-triste	.48272
Perfecto-imperfecto	.43640
Escaso-abundante	.42967
Placentero-doloroso	.40696
FACTOR II	
Sano-enfermo	.66734
Conocido-desconocido	.66703
Responsable-irresponsable	.64952
Maravilloso-espantoso	.63084
FACTOR III	
Peligroso-seguro	.71980
Soportable-insoportable	.69968
Admirable-despreciable	.50025

El primer factor explica el 28.8% de la varianza y agrupa 11 escalas, de las cuales 8 son de evaluación, una de potencia, una de familiaridad y una de actividad. La carga factorial más alta está dada por la escala de familiaridad (no familiar-familiar, .69146).

El segundo factor está integrado por 4 escalas; 3 de ellas son de evaluación y la segunda (conocido-desconocido) es de familiaridad. Explica el 6.5% de varianza.

Al tercer factor lo componen 3 escalas evaluativas.

El análisis de frecuencia da los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "YO COMO CREYENTE DE MI RELIGION"

Escala	Media	Desviacion
No familiar-familiar	6.248	1.299
Horrible-lindo	5.691	1.529
Insignificante-grandioso	5.171	1.476
Desagradable-agradable	5.768	1.605
Malo-bueno	5.905	1.437
Amargo-dulce	5.709	1.393
Profundo-superficial	5.430	1.809
Alegre-triste	5.352	1.641
Perfecto-imperfecto	5.242	1.798
Escaso-abundante	5.902	1.484
Placentero-doloroso	5.436	1.503
Sano-enfermo	5.745	1.580
Conocido-desconocido	5.519	1.602
Responsable-irresponsable	5.679	1.469
Maravilloso-espantoso	5.826	1.392
Peligroso-seguro	5.794	1.496
Soportable-insoportable	5.818	1.483
MEDIA GRUPAL	5.66	
DESVIACION GRUPAL		1.529

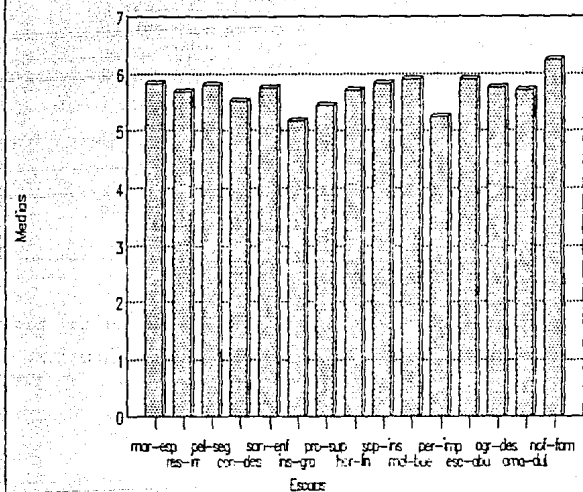
De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "YO COMO CREYENTE DE MI RELIGION"

Escalas	Evaluación
1	Bastante familiar
2	Bastante lindo
3	Ligeramente grandioso
4	Bastante agradable
5	Bastante bueno
6	Bastante dulce
7	Ligeramente profundo
8	Ligeramente alegre
9	Ligeramente perfecto
10	Bastante abundante
11	Ligeramente placentero
12	Bastante sano
13	Bastante conocido
14	Bastante responsable
15	Bastante maravilloso
16	Bastante seguro
17	Bastante soportable

La media grupal (5.66) indica que la actitud hacia "yo como creyente de mi religión" es: **BASTANTE POSITIVA.**

Yo Como Creyente de Mi Religion



GRAFICA 2. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Yo como creyente de mi religión".

MI futuro. De las veintiseis escalas dicotómicas presentadas a análisis factorial, solo dieciocho se agruparon en tres factores importantes; éstos son:

FACTORES QUE INTEGRAN "MI FUTURO"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	8.89871	34.2
2	1.56316	40.2
3	1.37593	45.5

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "MI FUTURO"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Malo-bueno	.74742
Horrible-lindo	.68193
Agradable-desagradable	.61632
Viejo-joven	.58121
Amargo-dulce	.57134
Soportable-insoportable	.52434
Pesimista-optimista	.49564
FACTOR II	
Alegre-triste	.69674
Perfecto-imperfecto	.69222
Responsable-irresponsable	.65018
Admirable-despreciable	.62505
Placentero-doloroso	.58912
Conocido-desconocido	.56373
Sano-enfermo	.54686
FACTOR III	
Moderno-tradicional	.66137
Profundo-superficial	.65256
Insignificante-grandioso	.57702
Escaso-abundante	.51069

El primer factor está integrado por 7 escalas; 6 de evaluación y una de actividad. Una de evaluación presenta la más alta carga factorial (malo-bueno, .74742); y la de actividad la intermedia (viejo-joven, .58121). Explica el 34.2% de varianza.

El segundo factor, que explica el 6.0% de varianza, contiene 7 escalas, 6 de evaluación y una de familiaridad; ésta presenta una de las más bajas cargas factoriales (conocido-desconocido, .56373).

El último factor se presenta heterogéneo al estar integrado por 4 escalas; una de familiaridad (moderno-tradicional), que presenta también la carga factorial más alta (.66137); una de potencia (profundo-superficial); una de evaluación (insignificante-grandioso); y, una de actividad (escaso-abundante) que presenta la carga factorial más baja (.51039). Explica el 5.3% de varianza.

En el análisis de frecuencias encontramos los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MI FUTURO"

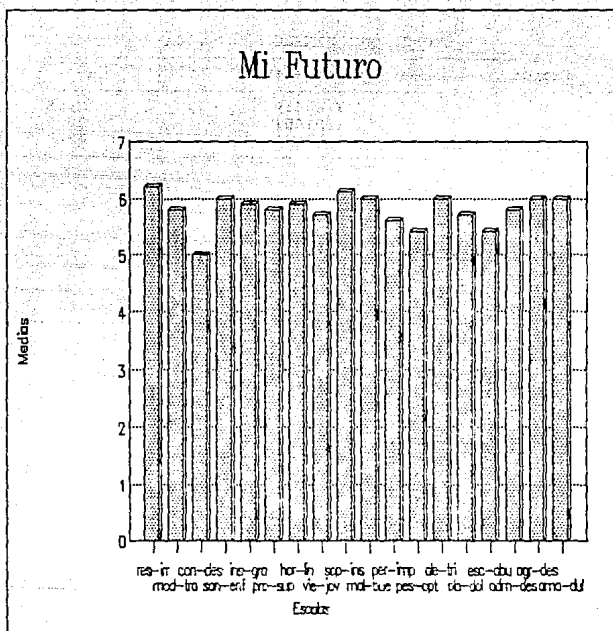
Escala	Media	Desviacion
Malo-bueno	6.000	1.370
Horrible-lindo	5.945	1.367
Agradable-desagradable	5.964	1.456
Viejo-joven	5.764	1.530
Amargo-dulce	6.006	1.327
Soportable-insoportable	6.127	1.164
Pesimista-optimista	5.436	1.795
Alegre-triste	6.036	1.325
Perfecto-imperfecto	5.394	1.414
Responsable-irresponsable	6.188	1.135
Admirable-despreciable	5.842	1.330
Placentero-doloroso	5.709	1.498
Conocido-desconocido	5.036	2.155
Sano-enfermo	6.055	1.275
Moderno-tradicional	5.842	1.481
Profundo-superficial	5.752	1.617
Insignificante-grandioso	5.867	1.512
Escaso-abundante	5.35	1.622
MEDIA GRUPAL	5.806	
DESVIACION GRUPAL		1.465

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MI FUTURO"

Escalas	Evaluacion
1	Bastante bueno
2	Bastante lindo
3	Bastante agradable
4	Bastante joven
5	Bastante dulce
6	Bastante soportable
7	Ligeramente optimista
8	Bastante alegre
9	Bastante perfecto
10	Bastante responsable
11	Bastante admirable
12	Bastante placentero
13	Ligeramente conocido
14	Bastante sano
15	Bastante moderno
16	Bastante profundo
17	Bastante grandioso
18	Ligeramente abundante

La media grupal (5.806) indica que la actitud hacia "mi futuro" es: BASTANTE POSITIVA.



GRAFICA 3. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Mi futuro".

MI Vida. De las veintiseis escalas dicotómicas sometidas al análisis factorial, solo quince se agruparon en tres factores; éstos son:

FACTORES QUE INTEGRAN "MI VIDA"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	7.66619	29.5
2	1.91601	36.9
3	1.56061	42.9

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "MI VIDA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Débil-fuerte	.68870
Sano-enfermo	.60236
Soportable-insoportable	.59989
Conocido-desconocido	.58064
Escaso-abundante	.52240
Insignificante-grandioso	.47752
Perfecto-imperfecto	.43871
FACTOR II	
Amargo-dulce	.75763
No familiar-familiar	.68905
Malo-bueno	.65322
Admirable-despreciable	.52959
Horrible-lindo	.47035
FACTOR III	
Alegre-triste	.74749
Placentero-doloroso	.69242
Desagradable-gradable	.51391

El primer factor agrupa siete escalas; cuatro de evaluación, una de actividad, una de familiaridad y, una de potencia; ésta es la que presenta la carga factorial más alta (débil-fuerte, .68870). Explica el 29.5% de varianza.

El segundo factor está compuesto por 5 escalas; 4 de evaluación y 1 de familiaridad; ésta presenta la segunda carga factorial más alta (no familiar-familiar, .75763). Explica el 7.4% de varianza.

El tercer factor contiene tres escalas de evaluación. Explica el 6.0% de varianza.

En el análisis de frecuencias encontramos los siguientes resultados:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MI VIDA"

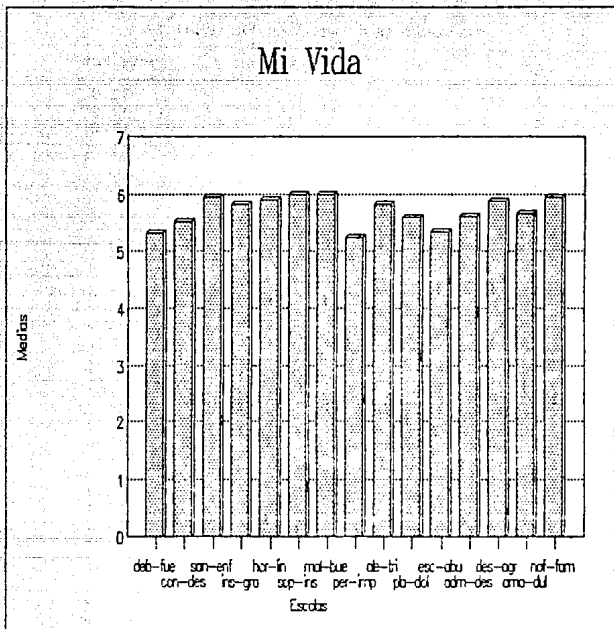
Escala	Media	Desviación
Débil-fuerte	5.365	1.678
Sano-enfermo	5.945	1.345
Soportable-insoportable	6.000	1.302
Conocido-desconocido	5.503	1.644
Escaso-abundante	5.345	1.529
Insignificante-grandioso	5.830	1.328
Perfecto-imperfecto	5.242	1.543
Amargo-dulce	5.667	1.335
No familiar-familiar	5.958	1.526
Malo-bueno	6.006	1.304
Admirable-despreciable	5.612	1.488
Horrible-lindo	5.903	1.289
Alegre-triste	5.812	1.382
Placentero-doloroso	5.582	1.474
Desagradable-agradable	5.867	1.350
MEDIA GRUPAL	5.709	
DESVIACION GRUPAL		1.437

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MI VIDA"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente fuerte
2	Bastante sana
3	Bastante soportable
4	Bastante conocida
5	Ligeramente abundante
6	Bastante grandiosa
7	Ligeramente perfecta
8	Bastante dulce
9	Bastante familiar
10	Bastante buena
11	Bastante admirable
12	Bastante linda
13	Bastante alegre
14	Bastante placentera
15	Bastante agradable

La media grupal (5.709) indica que la actitud hacia "Mi Vida" es: BASTANTE POSITIVA.



GRAFICA 4. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Mi Vida".

MI Familia. De veintiseis escalas dicotómicas sometidas al análisis factorial, solo dieciocho se agrupan en tres factores y, son los siguientes:

FACTORES QUE INTEGRAN "MI FAMILIA"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	8.31018	32.0
2	1.79688	38.9
3	1.58059	45.0

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "MI FAMILIA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Desagradable-agradable	.78020
Soportable-insoportable	.75097
Malo-bueno	.74129
Horrible-lindo	.71884
Amargo-dulce	.70952
Alegre-triste	.70010
Placentero-doloroso	.67939
Admirable-despreciable	.64558
Sano-enfermo	.63986
Insignificante-grandioso	.62627
Peligroso-seguro	.61164
No familiar-familiar	.48924
Pesimista-optimista	.45274
Perfecto-imperfecto	.40156
FACTOR II	
Responsable-irresponsable	.77934
Maravilloso-espantoso	.74028
FACTOR III	
Chico-grande	.69979
Pasivo-activo	.56872
Débil-fuerte	.54044

El primer factor explica el 32.0% de la varianza; y agrupa catorce escalas. Trece de ellas son de evaluación y una de familiaridad (no familiar-familiar).

El segundo factor explica el 6.9% de varianza, contiene dos escalas evaluativas cuya carga factorial es superior a .7.

El tercer factor contiene tres escalas; dos de potencia y una de actividad. Las primeras presentan la más alta y la más baja carga factorial (chico-grande, .69779; y, débil-fuerte, .54044). Explica el 6.1% de varianza.

El análisis de frecuencias proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MI FAMILIA"

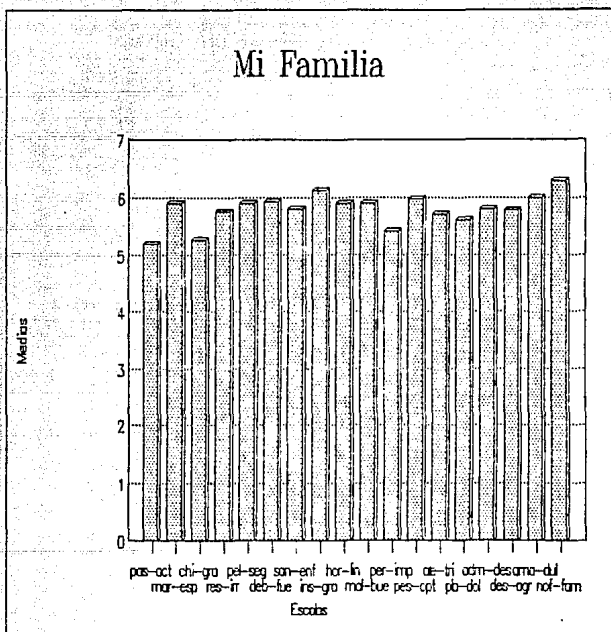
Escala	Media	Desviación
Desagradable-agradable	5.770	1.684
Malo-bueno	5.9	1.496
Horrible-lindo	5.9	1.486
Amargo-dulce	6.0	1.409
Alegre-triste	5.7	1.522
Placentero-doloroso	5.6	1.485
Admirable-despreciable	5.8	1.346
Sano-enfermo	5.8	1.590
Insignificante-grandioso	6.1	1.278
Peligroso-seguro	5.907	1.463
No familiar-familiar	6.279	1.291
Pesimista-optimista	5.576	1.650
Perfecto-imperfecto	5.4	1.654
Responsable-irresponsable	5.745	1.681
Maravilloso-espantoso	5.897	1.651
Chico-grande	5.260	1.973
Pasivo-activo	5.2	2.116
Débil-fuerte	5.924	1.374
MEDIA GRUPAL	5.764	
DESVIACION GRUPAL		1.563

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MI FAMILIA"

Escalas	Evaluación
1	Bastante agradable
2	Bastante buena
3	Bastante linda
4	Bastante dulce
5	Bastante alegre
6	Bastante placentera
7	Bastante admirable
8	Bastante sana
9	Bastante grandiosa
10	Bastante segura
11	Bastante familiar
12	Bastante optimista
13	Ligeramente perfecta
14	Bastante responsable
15	Bastante maravillosa
16	Ligeramente grande
17	Ligeramente activa
18	Bastante fuerte

La media grupal (5.764) indica que la actitud hacia "Mi Familia" es: **BASTANTE POSITIVA.**



GRAFICA 5. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Mi Familia".

MI GRUPO SOCIAL. De las veintiseis escalas dicotómicas sometidas al análisis factorial, diecinueve se agruparon en los siguientes factores.

FACTORES QUE INTEGRAN "MI GRUPO SOCIAL"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	9.01269	34.7
2	1.75591	41.4
3	1.52279	47.3

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "MI GRUPO SOCIAL"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Horrible-lindo	.72826
Desagradable-gradable	.68500
Admirable-despreciable	.67564
Placentero-doloroso	.66833
Alegre-triste	.63802
Amargo-dulce	.63497
Malo-bueno	.62778
No familiar-familiar	.62257
Soportable-insoportable	.58566
Responsable-irresponsable	.58287
Sano-enfermo	.55050
Insignificante-grandioso	.53979
Maravilloso-espantoso	.50818
Conocido-desconocido	.45318
Peligroso-seguro	.42366
FACTOR II	
Profundo-superficial	.77252
Moderno-tradicional	.67809
Viejo-joven	.51829
FACTOR III	
Lento-rápido	.72412
Horrible-lindo	.70872

El primer factor explica el 24.7% de varianza y, está compuesto por quince escalas. De ellas trece son de evaluación y dos de familiaridad. La escala que presenta la más alta carga factorial es la de horrible-lindo (.72826); seguida por agradable-desagradable (.68500); y admirable-despreciable (.67564). La de familiaridad (familiar-no familiar) ocupa el octavo sitio (.62257); y la otra (conocido-desconocido) el sitio catorce. Peligroso-seguro, tiene la carga factorial más baja (.42366).

El segundo factor explica el 6.8% de la varianza. Está compuesto por dos escalas de actividad y una de potencia. Esta es la que presenta la carga factorial más alta (.77252).

El tercer factor explica el 5.9% de varianza. Lo componen dos escalas de evaluación.

El análisis de frecuencias nos proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MI GRUPO SOCIAL"

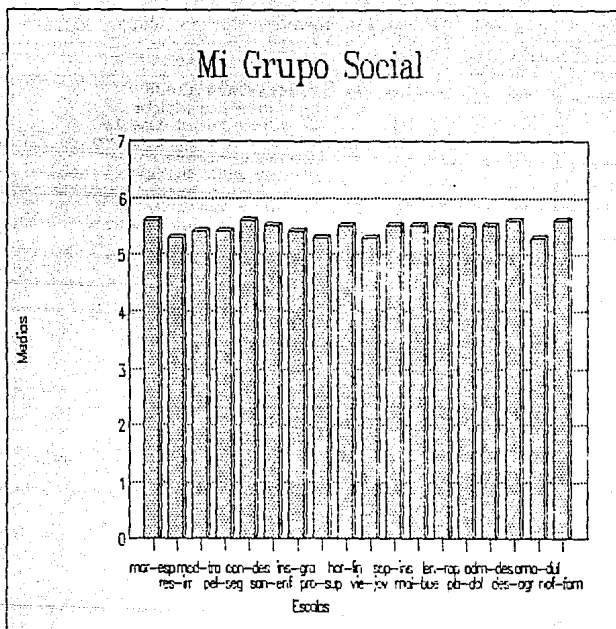
Escala	Media	Desviación
Horrible-lindo	5.5	1.694
Desagradable-gradable	5.6	1.645
Admirable-despreciable	5.5	1.567
Placentero-doloroso	5.5	1.487
Alegre-triste	5.6	1.703
Amargo-dulce	5.3	1.765
Malo-bueno	5.5	1.645
No familiar-familiar	5.6	1.738
Soportable-insoportable	5.5	1.720
Responsable-irresponsable	5.3	1.754
Sano-enfermo	5.5	1.694
Insignificante-grandioso	5.4	1.684
Maravilloso-espantoso	5.6	1.573
Conocido-desconocido	5.6	1.447
Peligroso-seguro	5.4	1.750
Profundo-superficial	5.3	1.785
Moderno-tradicional	5.4	1.747
Viejo-joven	5.3	1.697
Lento-rápido	5.5	1.694
MEDIA GRUPAL	5.497	
DESVIACION GRUPAL		1.683

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda asentada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MI GRUPO SOCIAL"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente lindo
2	Bastante agradable
3	Ligeramente admirable
4	Ligeramente placentero
5	Bastante alegre
6	Ligeramente dulce
7	Ligeramente bueno
8	Bastante familiar
9	Ligeramente soportable
10	Ligeramente responsable
11	Ligeramente sano
12	Ligeramente grandioso
13	Bastante maravilloso
14	Bastante conocido
15	Ligeramente seguro
16	Ligeramente profundo
17	Ligeramente moderno
18	Ligeramente joven
19	Ligeramente rápido

La media grupal (5.468) indica que la actitud hacia "Mi Grupo Social" es: **LIGERAMENTE POSITIVA**



GRAFICA 6. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Mi grupo social".

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE LA FAMILIA MEXICANA (PHSCs) Y LOS DIFERENCIALES SEMANTICOS DE LOS CONCEPTOS QUE CONFORMAN LA VARIABLE AGENTES SOCIALES

GRADO DE TRADICIONALIDAD

Factor	Grado de tradicionalidad
I Virgindad	Tradicional
IV Abnegación	Tendencia a lo tradicional
V Temor a la Autoridad	Tendencia a lo tradicional
VIII Rigidez Cultural	Tendencia a lo tradicional
II Obediencia Afiliativa Vs. Autoafirmación Activa	Neutro
IX Honor Familiar	Neutro
III Honor Familiar	Tendencia a la innovación
VI Machismo	Tendencia a la innovación
VII Respeto sobre amor	Tendencia a la innovación

AGENTES SOCIALES

Conceptos	Actitud
Las Tradiciones	Ligeramente positiva
Yo Como Creyente de mi Religión	Bastante positiva
Mi Futuro	Bastante positiva
Mi Vida	Bastante positiva
Mi Familia	Bastante positiva
Mi Grupo Social	Bastante positiva

COMPARACION DE LAS ESTRUCTURAS FACTORIALES DEL CUESTIONARIO DE LA FAMILIA MEXICANA (PHSCs) APLICADO A LA MUESTRA BAJO ESTUDIO Y, LA ESTABLECIDA ORIGINALMENTE POR ROGELIO DIAZ-GUERRERO.

Esta comparación tiene como finalidad sondear cambios en las premisas de los mexicanos. Partimos del supuesto de que de la fecha en que se estableció la primera estructura factorial (década de los 60's), comprobada por múltiples investigaciones, a la fecha, han sucedido importantes cambios en materia económica, política y social; que han repercutido de manera importante en el pensar, sentir y actuar de los mexicanos.

Por otro lado interesa compararla porque son pocos los estudios realizados en la Región Norte del país. Es bien sabido que las manifestaciones de cultura, estilos de vida y patrones de conducta, son manifiestamente diferenciados entre los habitantes de las distintas zonas de México.

Es importante notar que en la muestra observada, la estructura factorial del Cuestionario de la Familia Mexicana muestra algunas variaciones con respecto a la encontrada en diversos estudios por el Doctor Rogelio Díaz-Guerrero y colaboradores.

La primera diferencia que resalta es en el orden de algunos factores; la segunda en su estructuración, pues si bien no comparten el mismo sitio, algunos de los reactivos siguen agrupandose, aunque con frecuencia se agregan uno o dos más; y la tercera es cuando ya no existe coincidencia, ni en el número de factor asignado. Este es el caso más

infrecuente. Por último nos encontramos con reactivos que comparten cargas factoriales similares con uno u otro factor. Una tabla que compare ambas estructuras resulta más ilustrativa, procedamos.

**FACTORES DEL CUESTIONARIO
DE LA FAMILIA MEXICANA (PHSCs)**

VIRGINIDAD

Estructura en el estudio	Estructura original
Ser virgen es de gran importancia para la mujer soltera.	Ser virgen es de gran importancia para la mujer soltera.
Una mujer debe ser virgen hasta que se case.	Una mujer debe ser virgen hasta que se case.
Las mujeres jóvenes no deben salir solas de noche.	A todo hombre le gustaría casarse con una mujer virgen.
A todo hombre le gustaría casarse con una mujer virgen.	

El factor virginidad aparece como el Factor I en nuestro estudio. En el estudio de Díaz-Guerrero aparece como el Factor III.

OBEDIENCIA AFILIATIVA VS. AUTOAFIRMACION ACTIVA

Estructura en el estudio	Estructura original
Nunca se debe dudar de la palabra del padre	Un hijo debe obedecer siempre a sus padres
Nunca se debe dudar de la palabra de la madre	Nunca se debe dudar de la palabra de una madre
Un hijo debe obedecer siempre a sus padres	Nunca se debe dudar de la palabra de un padre
Una buena esposa debe ser siempre fiel a su esposo	

Excepto el reactivo cuarto del estudio, los restantes reactivos para ambos factores son semejantes. En ambas estructuras factoriales se presentan como el Factor II.

HONOR FAMILIAR

Estructura en el estudio	Estructura original
Las deshonras solo pueden ser lavadas con sangre	Las deshonras solo deben ser lavadas con sangre
Mientras más estrictos sean los padres mejor será el hijo	Una mujer casada no debe bailar con otro hombre - que no sea su esposo
Las mujeres dóciles son las mejores	La mujer que deshonra a su familia debe ser castigada severamente
La mujer que deshonra a su familia debe ser castigada - severamente	La mayor deshonra para - una familia es cometer - un asesinato

En la estructura del estudio "Honor Familiar" aparece como el Factor III, mientras que en la estructura original aparece como el Factor VIII. Como puede apreciarse solo coinciden en dos reactivos.

ABNEGACION

Estructura en el estudio	Estructura original
La vida es más dura para una mujer que para un hombre	La vida es más dura para una mujer que para un hombre
Las mujeres sufren más en su vida que los hombres	Las mujeres sufren más en su vida que los hombres
Las mujeres sienten mucho -- más que los hombres	
Todas las niñas quisieran ser como su madre	

"Abnegación" en ambas estructuras factoriales aparece como el Factor IV. En el estudio se agregan los reactivos que manifiestan un mayor sentir de las mujeres en comparación con los hombres y, el deseo de las hijas de ser como sus madres.

TEMOR A LA AUTORIDAD

Estructura en el estudio	Estructura original
Muchos hijos temen a sus padres	Muchos hijos temen a sus padres
Muchas hijas temen a sus padres	Muchas hijas temen a sus padres

Ambas estructuras factoriales son coincidentes. Aparecen como el Factor V en ambos estudios.

MACHISMO

Estructura en el estudio	Estructura original
Es mucho mejor ser un hombre que una mujer	Es mucho mejor ser un hombre que una mujer
Los hombres son más inteligentes que las mujeres	Los hombres son más inteligentes que las mujeres
	Las mujeres dóciles son las mejores

Es importante notar la diferencia de ubicación del factor; mientras que en la estructura original se ubica en primer sitio, lo que indica que explica la mayor cantidad de varianza, en nuestro estudio lo tenemos ubicado en el sexto sitio. El reactivo "las mujeres dóciles son las mejores" en nuestro estudio forma parte de la conformación del Factor III.

RESPECTO SOBRE AMOR

Estructura en el estudio	Estructura original
Es más importante respetar al padre que amarlo	Es más importante respetar al padre que amarlo
Es más importante obedecer al padre que amarlo	Es más importante obedecer al padre que amarlo

En ambas estructuras aparecen como el Factor VIII. A ambos los conforman los mismos reactivos.

RIGIDEZ CULTURAL

Estructura en el estudio	Estructura original
Está bien que una mujer casada trabaje fuera del hogar	Esta bien que una mujer casada trabaje fuera del hogar
No es aconsejable que una mujer casada trabaje fuera del hogar	No es aconsejable que una mujer casada trabaje fuera del hogar
	Mientras más estrictos - sean los padres mejor será el hijo
	Las mujeres jóvenes no - deben salir solas en la noche con un hombre

En la estructura original este factor ocupa el noveno sitio. En nuestro estudio encontramos dos de sus reactivos formando parte del Factor VIII y, los otros dos en el Factor III y en el I, respectivamente.

En la comparación no aparece el Factor "Status Quo Familiar" que se encuentra formando parte de la estructura factorial original. Este es integrado por los siguientes reactivos:

- La mayoría de las niñas preferiría ser como su madre
- Una buena esposa debe ser siempre fiel a su esposo

En la nueva estructura los encontramos ubicados en el Factor IV (Abnegación) y II (Obediencia Afiliativa Vs. autoafirmación Activa), respectivamente.

También nos percatamos que la estructura factorial original del Cuestionario de la Familia Mexicana, sufre algunas modificaciones: factores movibles; reactivos que desaparecen de un factor y aparecen en otro; un factor que no aparece; y reactivos que comparten cargas factoriales similares con otros factores

SEXUALIDAD

Esta variable compleja está integrada por nueve conceptos, todos ellos relacionados con diferentes aspectos de la sexualidad y su ejercicio. A continuación exponemos los resultados de cada uno de ellos y al final, elaboramos un cuadro resumen que condense toda la información. El objetivo es tener una visión global de los resultados de esta variable.

Masculinidad. De las veintiseis escalas dicotómicas sometidas al análisis factorial, quince se agruparon en tres factores, son los siguientes:

FACTORES QUE INTEGRAN "MASCULINIDAD"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	5.78262	22.2
2	1.78480	29.1
3	1.73139	35.8

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "MASCULINIDAD"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Desagradable-agradable	.70557
Amargo-dulce	.68609
Admirable-despreciable	.56214
No familiar-familiar	.55676
Horrible-lindo	.51953
FACTOR II	
Soportable-insoportable	.69136
Maravilloso-espantoso	.68400
Responsable-irresponsable	.60781
Perfecto-imperfecto	.56319
Peligroso-seguro	.55683

FACTOR III

Insignificante-grandioso	.71387
Pesimista-optimista	.61348
Débil-fuerte	.58418
Malo-bueno	.56613
Sano-enfermo	.40232

El Factor I explica el 22.2% de la varianza; agrupa cinco escalas; cuatro de ellas son evaluativas y, una de familiaridad.

El Factor II es completamente evaluativo, agrupa cinco escalas y explica el 6.9% de varianza.

El Factor III está conformado por cuatro escalas de evaluación y una de potencia. Explica el 6.7% de varianza.

En el análisis de frecuencias encontramos la siguiente información:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MASCULINIDAD"

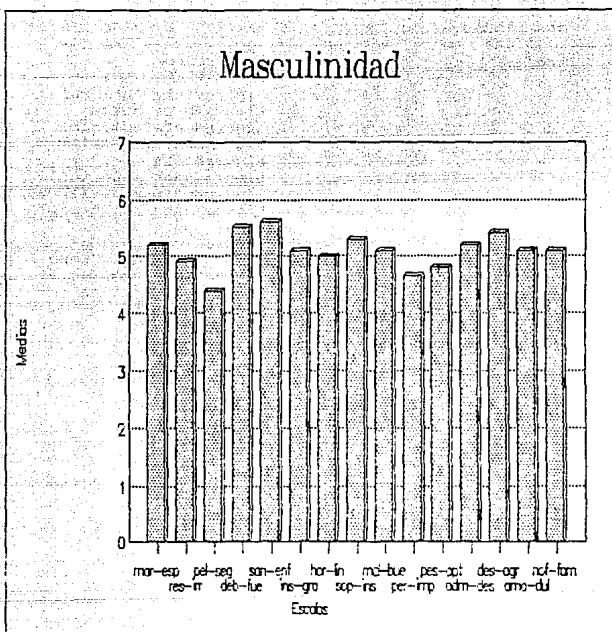
Escalas	Media	Desviación
Agradable-desagradable	5.4	1.602
Amargo-dulce	5.1	1.628
Admirable-despreciable	5.2	1.564
No familiar-familiar	5.01	1.901
Horrible-lindo	5.0	1.672
Soportable-insoportable	5.3	1.381
Maravilloso-espantoso	5.2	1.617
Responsable-irresponsable	4.195	1.892
Perfecto-imperfecto	4.661	1.579
Peligroso-seguro	4.4	2.068
Insignificante-grandioso	5.1	1.490
Pesimista-optimista	4.818	1.815
Débil-fuerte	5.250	1.766
Malo-bueno	5.1	1.620
Sano-enfermo	5.612	1.587
MEDIA GRUPAL	5.06	
DESVIACION GRUPAL		1.678

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MASCULINIDAD"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente agradable
2	Ligeramente dulce
3	Ligeramente admirable
4	Ligeramente familiar
5	Ligeramente linda
6	Ligeramente soportable
7	Ligeramente maravillosa
8	Ligeramente responsable
9	Ligeramente perfecta
10	Neutro
11	Ligeramente grandiosa
12	Ligeramente optimista
13	Ligeramente fuerte
14	Ligeramente buena
15	Bastante sana

La media grupal (5.06) indica que las actitudes hacia la masculinidad son: LIGERAMENTE POSITIVAS.



GRAFICA 7. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Masculinidad".

El Sexo Opuesto. De la veintiseis escalas dicotómicas, diecinueve se agruparon en tres factores; éstos son:

FACTORES QUE INTEGRAN "EL SEXO OPUESTO"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	6.47281	24.9
2	2.00488	32.6
3	1.55391	38.5

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "EL SEXO OPUESTO"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Admirable-despreciable	.70890
Insignificante-grandioso	.67742
Alegre-triste	.64332
Sano-enfermo	.61945
Placentero-doloroso	.60426
Amargo-dulce	.60303
Desagradable-agradable	.58993
Soportable-insoportable	.56855
Peligroso-seguro	.55119
Malo-bueno	.53943
Horrible-lindo	.50092
No familiar-familiar	.46598
Conocido-desconocido	.46169
FACTOR II	
Pesimista-optimista	.71133
Profundo-superficial	.58107
Responsable-irresponsable	.40382
FACTOR III	
Chico-grande	.76551
Pasivo-activo	.71611
Lento-rápido	.44498

El Factor I agrupa trece escalas, de ellas once son evaluativas y dos de familiaridad. Estas son las que presentan las cargas factoriales más bajas (no familiar-familiar, .46598 y conocido-desconocido, .461669). Explica el 24.9% de la varianza total.

El Factor II explica el 7.7% de la varianza y, está formado por tres escalas, dos de evaluación y una de potencia.

El Factor III quedó integrado por tres escalas, dos de actividad y una de potencia; ésta presenta la carga factorial más alta (chico-grande, .76551). Explica el 5.9% de la varianza.

Los siguientes datos nos los proporciona el análisis de frecuencias.

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "EL SEXO OPUESTO"

Escala	Media	Desviación
Admirable-desprezable	5.473	1.476
Insignificante-grandioso	5.279	1.666
Alegre-triste	5.624	1.598
Sano-enfermo	5.2	1.624
Placentero-doloroso	5.273	1.636
Amargo-dulce	5.315	1.703
Desagradable-agradable	5.600	1.630
Soportable-insoportable	5.382	1.621
Peligroso-seguro	4.564	1.901
Malo-bueno	5.382	1.606
Horrible-lindo	5.5	1.480
No familiar-familiar	4.8	1.990
Conocido-desconocido	5.248	1.741
Pesimista-optimista	4.970	1.751
Profundo-superficial	5.091	1.780
Responsable-irresponsable	5.0	1.671
Chico-grande	4.939	1.641
Pasivo-activo	5.012	2.084
Lento-rápido	4.758	1.683

MEDIA GRUPAL	5.17
DESVIACION GRUPAL	1.69

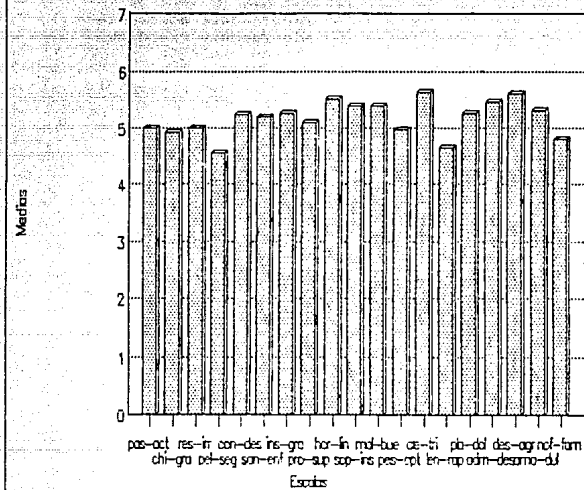
De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "EL SEXO OPUESTO"

Escala	Evaluación
1	Ligeramente admirable
2	Ligeramente grandioso
3	Bastante alegre
4	Bastante sano
5	Ligeramente placentero
6	Ligeramente dulce
7	Bastante agradable
8	Ligeramente soportable
9	Ligeramente seguro
10	Ligeramente bueno
11	Ligeramente lindo
12	Ligeramente familiar
13	Ligeramente conocido
14	Ligeramente optimista
15	Ligeramente profundo
16	Ligeramente responsable
17	Ligeramente grande
18	Ligeramente activo
19	Ligeramente rápido

La media grupal (5.17) indica que la actitud hacia "El Sexo Opuesto" es: LIGERAMENTE POSITIVA.

El Sexo Opuesto



GRAFICA 8. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "El sexo opuesto".

Homosexualidad Femenina. De las veintiseis escalas dicotómicas, diecinueve se agruparon en tres factores; que son los siguientes:

FACTORES QUE INTEGRAN "HOMOSEXUALIDAD FEMENINA"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	5.92557	23.7
2	1.96398	31.6
3	1.82710	38.9

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "HOMOSEXUALIDAD FEMENINA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Horrible-lindo	.73990
Admirable-despreciable	.73069
Alegre-triste	.71620
Desagradable-agradable	.71478
Perfecto-imperfecto	.69094
Amargo-dulce	.68961
Malo-bueno	.65958
Maravilloso-espantoso	.62083
Peligroso-seguro	.60595
Sano-enfermo	.58368
Soportable-insoportable	.57100
Responsable-irresponsable	.54763
Placentero-doloroso	.49808
Pesimista-optimista	.44296
FACTOR II	
Débil-fuerte	.77563
Profundo-superficial	.40100
FACTOR III	
Conocido-desconocido	.75502
Pasivo-activo	.74342
Insignificante-grandioso	.41821

El Factor I está integrado por catorce escalas, todas ellas de evaluación. Explica el 23.7% de la varianza.

El Factor II está compuesto de dos escalas, ambas de potencia. Explica el 7.9% de la varianza.

El Factor III está integrado por tres escalas; dos de actividad y una de evaluación. Explica el 7.3% de la varianza.

El análisis de frecuencias nos proporciona la siguiente información:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "HOMOSEXUALIDAD FEMENINA"

Escalas	Media	Desviación
Horrible-lindo	2.224	1.567
Admirable-despreciable	2.321	1.593
Alegre-triste	2.455	1.765
Agradable-desagradable	2.188	1.738
Perfecto-imperfecto	2.309	1.779
Amargo-dulce	2.418	1.635
Malo-bueno	2.333	1.812
Maravilloso-espantoso	2.588	1.994
Peligroso-seguro	2.600	1.886
Sano-enfermo	2.467	1.823
Soportable-insoportable	2.564	1.761
Responsable-irresponsable	2.682	1.869
Placentero-doloroso	3.139	1.941
Pesimista-optimista	2.782	1.913
Débil-fuerte	3.485	2.071
Profundo-superficial	4.061	2.068
Conocido-desconocido	4.758	2.093
Pasivo-activo	3.964	2.152
Insignificante-grandioso	3.182	1.907
MEDIA GRUPAL	2.860	
DESVIACION GRUPAL		1.863

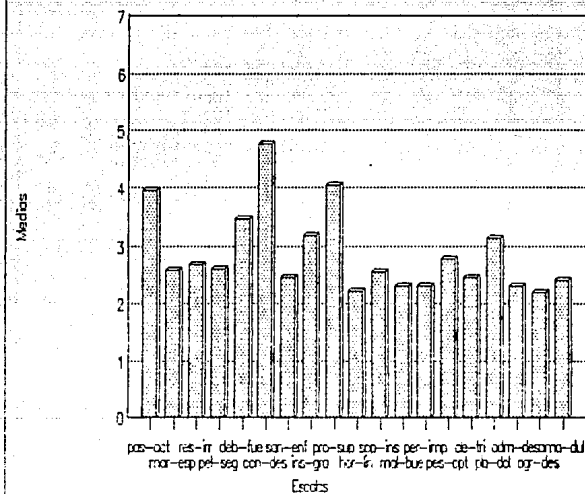
De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "HOMOSEXUALIDAD FEMENINA"

Escalas	Evaluación
1	Bastante horrible
2	Bastante despreciable
3	Bastante triste
4	Bastante desagradable
5	Bastante imperfecta
6	Bastante amarga
7	Bastante mala
8	Ligeramente espantosa
9	Ligeramente peligrosa
10	Bastante enferma
11	Ligeramente insoportable
12	Ligeramente irresponsable
13	Ligeramente dolorosa
14	Ligeramente pesimista
15	Ligeramente débil
16	Neutro
17	Ligeramente conocida
18	Neutro
19	Ligeramente insignificante

La media grupal (2.860) indica que la actitud hacia la "Homosexualidad Femenina" es: **LIGERAMENTE NEGATIVA** (con una tendencia hacia lo **BASTANTE NEGATIVO**).

Homosexualidad Femenina



GRAFICA 9. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Homosexualidad femenina".

Relaciones Sexuales. Dieciocho de veintiseis escalas resultaron relevantes, de acuerdo con el diferencial semántico, éstas se agrupan en los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "RELACIONES SEXUALES"

Factor	Eigen Value	Cum pct
1	7.52699	28.9
2	2.09711	37.0
3	1.74573	43.7

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "RELACIONES SEXUALES"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Placentero-doloroso	.71556
Admirable-despreciable	.71207
Maravilloso-espantoso	.70432
Responsable-irresponsable	.68230
Alegre-triste	.67198
Perfecto-imperfecto	.54994
Horrible-lindo	.48304
Desagradable-agradable	.45135
FACTOR II	
Peligroso-seguro	.67165
Insignificante-grandioso	.65441
Viejo-joven	.64723
Débil-fuerte	.58698
Malo-bueno	.57244
Sano-enfermo	.53881
FACTOR III	
Conocido-desconocido	.75882
Soportable-insoportable	.62364
Profundo-superficial	.57037
Amargo-dulce	.45768

Todas las escalas que integran el Factor I son del orden evaluativo. Explican el 28.9% de la varianza.

El Factor II explica el 8.1% de la varianza y está conformado por cuatro escalas de evaluación; una de actividad y una de potencia. La carga más alta la presenta la escala peligroso-seguro (.67165) y la más baja, la escala sano-enfermo (.53881).

El Factor III está integrado por dos escalas de evaluación, una de potencia y una de familiaridad; ésta presenta la más alta carga factorial. Explica el 6.7% de varianza.

El análisis de frecuencias nos proporciona la siguiente información:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "RELACIONES SEXUALES"

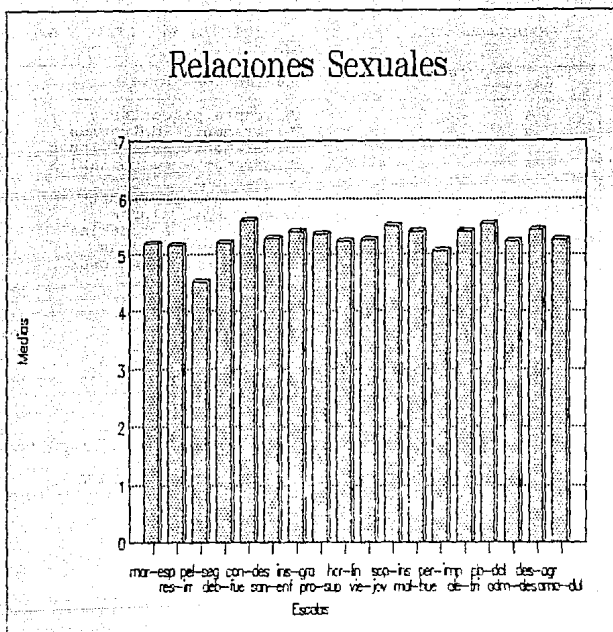
Escala	Media	Desviación
Placentero-doloroso	5.533	1.698
Admirable-despreciable	5.236	1.714
Maravilloso-espantoso	5.194	1.844
Responsable-irresponsable	5.182	1.872
Alegre-triste	5.412	1.704
Perfecto-imperfecto	5.067	1.771
Horrible-lindo	5.248	1.744
Desagradable-agradable	5.436	1.672
Peligroso-seguro	4.509	1.944
Insignificante-grandioso	5.412	1.550
Viejo-joven	5.273	1.624
Débil-fuerte	5.216	1.687
Malo-bueno	5.424	1.646
Sano-enfermo	5.285	1.780
Conocido-desconocido	5.612	1.681
Soportable-insoportable	5.509	1.673
Profundo-superficial	5.364	1.620
Amargo-dulce	5.273	1.778
MEDIA GRUPAL	5.28	
DESVIACION GRUPAL		1.72

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los datos queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "RELACIONES SEXUALES"

Escalas	Evaluación
1	Bastante placenteras
2	Ligeramente admirables
3	Ligeramente maravillosas
4	Ligeramente responsables
5	Ligeramente alegres
6	Ligeramente perfectas
7	Ligeramente lindas
8	Ligeramente agradables
9	Ligeramente seguras
10	Ligeramente grandiosas
11	Ligeramente jóvenes
12	Ligeramente fuertes
13	Ligeramente buenas
14	Ligeramente sanas
15	Bastante conocidas
16	Bastante soportables
17	Ligeramente profundas
18	Ligeramente dulces

La media grupal (5.28) indica que la actitud hacia las "Relaciones Sexuales" es: **LIGERAMENTE POSITIVA**



GRAFICA 10. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Relaciones Sexuales".

Feminidad. De veintiseis escalas dicotómicas sometidas al análisis factorial, diecisiete se agrupan en tres factores que son los siguientes:

FACTORES QUE INTEGRAN "FEMINIDAD"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	9.75243	37.5
2	1.63403	43.8
3	1.37524	49.1

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "FEMINIDAD"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Horrible-lindo	.79764
Malo-bueno	.78307
Alegre-triste	.75813
Amargo-dulce	.73242
Peligroso-seguro	.71231
Placentero-doloroso	.70660
Desagradable-agradable	.68362
Insignificante-grandioso	.67523
Admirable-despreciable	.66559
Sano-enfermo	.66077
Perfecto-imperfecto	.58343
Soportable-insoportable	.58139
Pesimista-optimista	.53033
No familiar-familiar	.50725
Contagioso-no contagioso	.43027
Viejo-joven	.42567
FACTOR II	
Conocido-desconocido	.77807
Responsable-irresponsable	.62803
Profundo-superficial	.42545
FACTOR III	
Pasivo-activo	.77024
Chico-grande	.67577
Escaso-abundante	.55399
Lento-rápido	.44712

El Factor I explica el 37.5% de la varianza; quince escalas son de evaluación, una de familiaridad y una de actividad.

El Factor II explica el 6.3% de la varianza y está conformado por una escala de familiaridad, una de evaluación y otra de potencia. En este orden jerárquico muestran sus cargas factoriales.

El Factor III contiene tres escalas de actividad por una de potencia; ésta obtuvo la segunda carga factorial más alta (chico-grande, .67577). Explica el 5.3% de la varianza.

El análisis de frecuencias nos proporciona:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "FEMINIDAD"

Escalas	Media	Desviacion
Horrible-lindo	5.4	1.779
Malo-bueno	5.1	2.017
Alegre-triste	5.4	1.823
Amargo-dulce	5.303	1.955
Peligroso-seguro	5.0	1.951
Placentero-doloroso	5.202	1.778
Desagradable-agradable	5.1	2.053
Insignificante-grandioso	5.321	1.753
Admirable-despreciable	5.388	1.783
Sano-enfermo	5.358	1.884
Perfecto-imperfecto	4.802	2.045
Soportable-insoportable	5.3	1.916
Pesimista-optimista	5.170	1.883
No familiar-familiar	5.362	1.896
Contagioso-no contagioso	4.824	1.985
Viejo-joven	5.1	1.947
Conocido-desconocido	5.606	1.648
Responsable-irresponsable	5.236	1.791
Profundo-superficial	5.0	1.970
Pasivo-activo	5.602	1.770
Chico-grande	5.5	1.636
Escaso-abundante	5.5	1.622
Lento-rápido	4.716	1.809

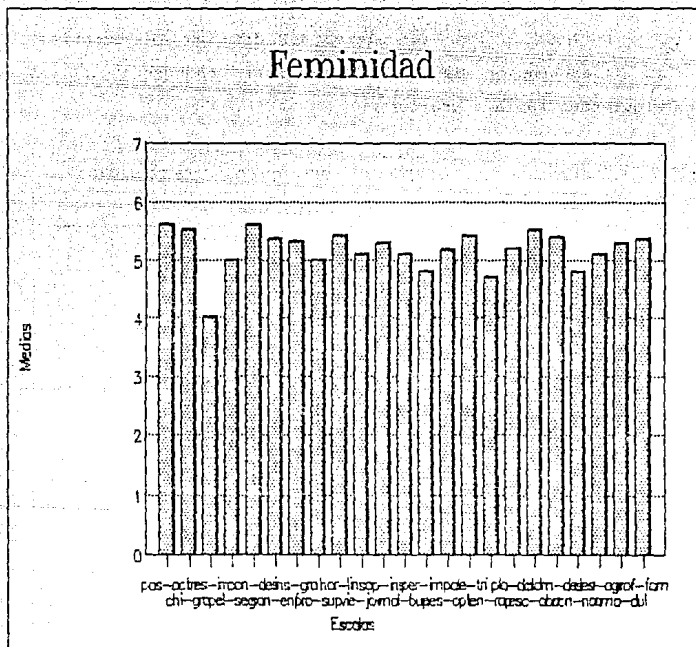
MEDIA GRUPAL	5.23
DESVIACION GRUPAL	1.856

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los datos queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "FEMINIDAD"

Escala	Evaluación
1	Ligeramente linda
2	Ligeramente buena
3	Ligeramente alegre
4	Ligeramente dulce
5	Ligeramente segura
6	Ligeramente placentera
7	Ligeramente agradable
8	Ligeramente grandiosa
9	Ligeramente admirable
10	Ligeramente sana
11	Ligeramente perfecta
12	Ligeramente soportable
13	Ligeramente optimista
14	Ligeramente familiar
15	Ligeramente no contagiosa
16	Ligeramente joven
17	Bastante conocida
18	Ligeramente responsable
19	Ligeramente profunda
20	Bastante activa
21	Bastante grande
22	Bastante abundante
23	Ligeramente rápida

La media grupal (5.23) indica que la actitud hacia la "Feminidad" es: LIGERAMENTE POSITIVA (Con una ligera tendencia hacia Bastante Positiva).



GRAPICA 11. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Feminidad".

Homosexualidad Masculina. De los veintiseis escalas sometidas a análisis factorial, solo catorce se agruparon en tres factores; éstos son:

FACTORES QUE INTEGRAN LA "HOMOSEXUALIDAD MASCULINA"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	6.53265	25.1
2	2.92059	36.4
3	1.58224	42.4

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "HOMOSEXUALIDAD MASCULINA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Sano-enfermo	.75183
Maravilloso-espantoso	.72139
Horrible-lindo	.63444
Admirable-despreciable	.62796
Responsable-irresponsable	.60726
Malo-bueno	.53265
FACTOR II	
Alegre-triste	.75848
Placentero-doloroso	.74727
Perfecto-imperfecto	.62984
No familiar-familiar	.56229
Desagradable-agradable	.53438
FACTOR III	
Pesimista-optimista	.76282
Amargo-dulce	.75090
Peligroso-seguro	.60277

El primer factor está conformado íntegramente por escalas de evaluación. Explica el 25.1% de varianza.

El segundo contiene una escala de potencia, 4 de evaluación y 1 de familiaridad. Explica el 11.2% de varianza.

El factor III, que explica el 6.1, contiene 3 escalas de evaluación.

El análisis de frecuencias nos proporciona la siguiente información:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "HOMOSEXUALIDAD MASCULINA"

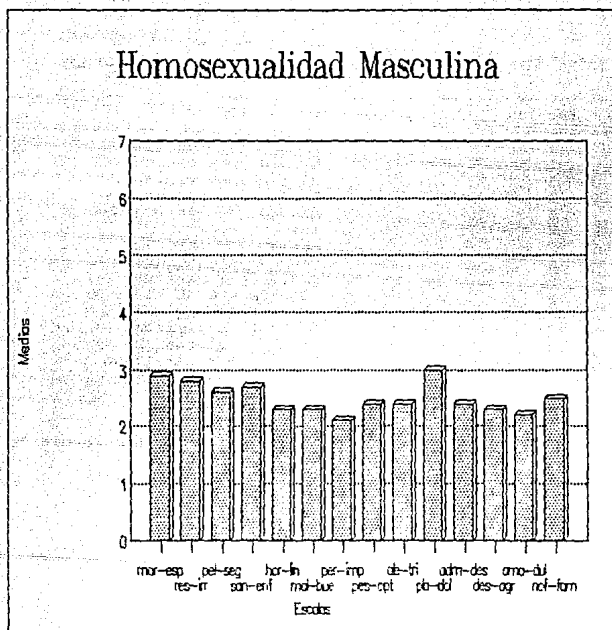
Escalas	Media	Desviación
Sano-enfermo	2.7	2.166
Maravilloso-espantoso	2.9	2.278
Horrible-lindo	2.3	1.830
Admirable-despreciable	2.4	1.937
Responsable-irresponsable	2.8	2.172
Malo-bueno	2.3	1.894
Alegre-triste	2.455	1.839
Placentero-doloroso	3.0	2.047
Perfecto-imperfecto	2.091	1.703
No familiar-familiar	2.5	2.066
Desagradable-agradable	2.3	1.892
Pesimista-optimista	2.4	1.839
Amargo-dulce	2.2	1.759
Peligroso-seguro	2.6	2.012
MEDIA GRUPAL	2.7	
DESVIACION GRUPAL		1.95

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los datos queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "HOMOSEXUALIDAD MASCULINA"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente enferma
2	Ligeramente espantosa
3	Bastante horrible
4	Bastante despreciable
5	Ligeramente irresponsable
6	Bastante mala
7	Bastante triste
8	Ligeramente dolorosa
9	Bastante imperfecta
10	Ligeramente no familiar
11	Bastante desagradable
12	Bastante pesimista
13	Bastante amarga
15	Ligeramente peligrosa

La media grupal (2.7) indica que la actitud hacia la "Homosexualidad Masculina" es: **LIGERAMENTE NEGATIVA.**



GRAFICA 12. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Homosexualidad -- Masculina".

Heterosexualidad. De veintiseis escalas que conforman el diferencial semántico veinticuatro quedaron distribuidas en los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN LA "HETEROSEXUALIDAD"

Factor	Eigen Value	Cum Pct
1	11.33224	43.6
2	1.84132	50.7
3	1.32680	55.8

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "HETEROSEXUALIDAD"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Malo-bueno	.83836
Horrible-lindo	.79508
Alegre-triste	.79142
Amargo-dulce	.78786
Admirable-despreciable	.78000
Desagradable-gradable	.76976
Placentero-doloroso	.75419
Sano-enfermo	.74921
Perfecto-imperfecto	.74625
Soportable-insoportable	.71898
Maravilloso-espantoso	.68923
Responsable-irresponsable	.67938
Pesimista-optimista	.59882
No familiar-familiar	.57882
Insignificante-grandioso	.55848
Viejo-joven	.51163
FACTOR II	
Contagioso-no contagioso	.73900
Profundo-superficial	.57897
Débil-fuerte	.55880
Lento-rápido	.52678
FACTOR III	
Pasivo-activo	.69553
Chico-grande	.66030
Escaso-abundante	.53530
Conocido-desconocido	.44093

El Factor I agrupa diecisiete de las veintiseis escalas utilizadas en la medición. De ellas quince son de evaluación y una de actividad; ésta presenta la más baja carga factorial (viejo-joven, .51163). Explica el 43.6% de la varianza.

El Factor II explica el 7.1% de varianza y, está compuesto por dos escalas de potencia, una de evaluación y una de actividad; siendo ésta la que presenta la más baja carga factorial (lento-rápido, .52678).

El Factor III presenta dos escalas de actividad, una de potencia y una de familiaridad. Esta presenta la carga factorial más baja (conocido-desconocido, .44093).

El análisis de frecuencias nos proporciona la siguiente información:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "HETEROSEXUALIDAD"

Escalas	Media	Desviación
Malo-bueno	4.0	2.382
Horrible-lindo	3.8	2.335
Alegre-triste	3.9	2.320
Amargo-dulce	4.1	2.310
Admirable-despreciable	4.345	2.249
Desagradable-agradable	3.9	2.320
Placentero-doloroso	4.2	2.122
Sano-enfermo	4.3	2.401
Perfecto-imperfecto	3.8	2.304
Soportable-insoportable	4.4	2.302
Maravilloso-espantoso	3.8	2.337
Responsable-irresponsable	3.9	2.381
Pesimista-optimista	4.143	2.301
No familiar-familiar	4.0	2.354
Insignificante-grandioso	4.0	3.154
Viejo-joven	3.5	2.254
Contagioso-no contagioso	4.613	2.111
Profundo-superficial	4.6	2.094
Débil-fuerte	4.394	2.401
Lento-rápido	4.139	2.115
Pasivo-activo	4.7	2.262
Chico-grande	4.7	2.093
Escaso-abundante	4.9	1.906
Conocido-desconocido	4.9	2.098
MEDIA GRUPAL	4.19	
DESVIACION GRUPAL		2.24

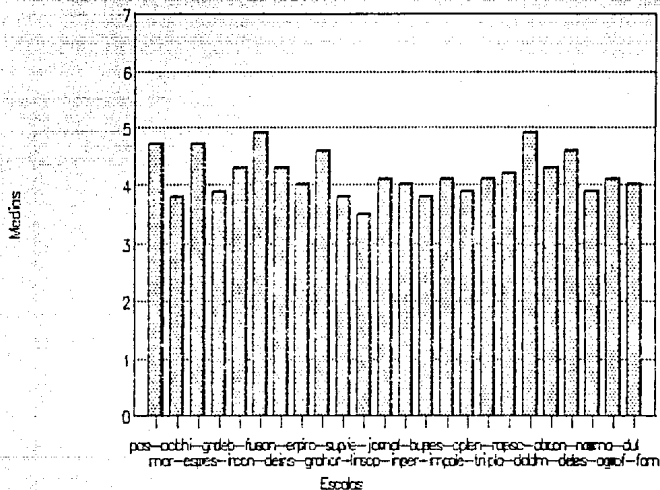
De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica:

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "HETEROSEXUALIDAD"

Escalas	Evaluación
1	Neutra
2	Neutra
3	Neutra
4	Neutra
5	Neutra
6	Neutra
7	Neutra
9	Neutra
10	Neutra
11	Neutra
12	Neutra
13	Neutra
14	Neutra
15	Neutra
16	Ligeramente vieja
17	Ligeramente no conta giosa
18	Ligeramente profunda
19	Neutra
20	Neutra
21	Ligeramente activa
22	Ligeramente grande
23	Ligeramente abundante
24	Ligeramente conocida

La media grupal (4.19) indica que la actitud hacia la "Heterosexualidad" se encuentra en el punto: INTERMEDIO.

Heterosexualidad



GRAFICA 13. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Heterosexualidad".

Promiscuidad. De las veintiseis escalas sometidas al análisis factorial, para éste concepto solo dieciseis se agruparon en tres factores; éstos son:

FACTORES QUE INTEGRAN "PROMISCUIDAD"

Factor I	Eigen value	Cum pct
1	7.89208	30.4
2	2.57135	40.3
3	1.64720	46.6

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "PROMISCUIDAD"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Responsable-irresponsable	.77165
Sano-enfermo	.72571
Maravilloso-espantoso	.71453
Peligroso-seguro	.67897
Malo-bueno	.62637
Soportable-insoportable	.61126
Horrible-lindo	.53823
Pesimista-optimista	.42257
FACTOR II	
Placentero-doloroso	.78136
Alegre-triste	.75699
Amargo-dulce	.72737
Desagradable-agradable	.67462
Admirable-despreciable	.62230
Perfecto-imperfecto	.52403
FACTOR III	
Lento-rápido	.79491
Escaso-abundante	.74216
Débil-fuerte	.46591

El primer factor explica el 30.4% de varianza; está integrado por ocho escalas, todas de evaluación.

El Factor II está compuesto por seis escalas, todas de evaluación. Explica el 9.9% de varianza.

El Factor III está integrado por dos escalas de actividad y una de potencia; ésta presenta la carga factorial más baja (débil-fuerte, .46591). El total de varianza que explica es de 6.3%.

La información que nos proporciona el análisis de frecuencias es la siguiente:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "PROMISCUIDAD"

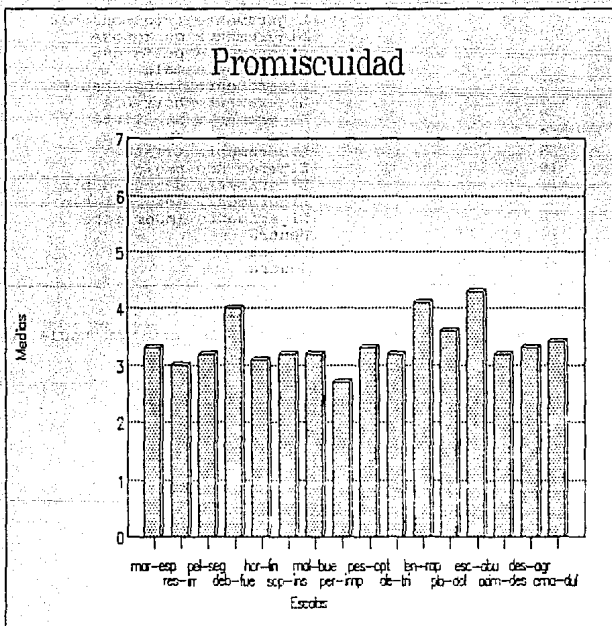
Escalas	Media	Desviación
Responsable-irresponsable	2.0	2.136
Maravilloso-espantoso	3.3	2.194
Peligroso-seguro	3.2	2.051
Malo-bueno	3.2	2.075
Soportable-insoportable	3.2	2.160
Horrible-lindo	3.1	2.106
Pesimista-optimista	3.3	2.048
Placentero-doloroso	3.624	2.108
Alegre-triste	3.230	2.002
Desagradable-agradable	3.3	2.119
Admirable-despreciable	3.206	1.949
Perfecto-imperfecto	2.7	1.828
Lento-rápido	4.1	2.103
Escaso-abundante	4.3	2.084
Débil-fuerte	4.0	2.105
MEDIA GRUPAL	3.317	
DESVIACION GRUPAL		2.071

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "PROMISCUIDAD"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente irresponsable
2	Ligeramente espantosa
3	Ligeramente peligrosa
4	Ligeramente mala
5	Ligeramente insoportable
6	Ligeramente horrible
7	Ligeramente pesimista
8	Ligeramente dolorosa
9	Ligeramente triste
10	Ligeramente amarga
11	Ligeramente desagradable
12	Ligeramente despreciable
13	Ligeramente imperfecta
14	Neutra
15	Neutra
16	Neutra

La media (3.39) indica que la actitud hacia la "Promiscuidad" es: LIGERAMENTE NEGATIVA.



GRAFICA 14. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Promiscuidad".

Yo como Pareja. De las veintiseis escalas sometidas al análisis factorial, diecisiete se agruparon en los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "YO COMO PAREJA"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	8.76755	33.7
2	1.63226	40.0
3	1.56307	46.0

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "YO COMO PAREJA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Maravilloso-espantoso	.76297
Admirable-despreciable	.70963
Soportable-insoportable	.65556
Perfecto-imperfecto	.62034
Placentero-doloroso	.61903
Malo-bueno	.61670
Responsable-irresponsable	.59687
Conocido-desconocido	.58619
Sano-enfermo	.51594
Alegre-triste	.47832
FACTOR II	
Horrible-lindo	.69971
Peligroso-seguro.	.68001
No familiar-familiar	.59462
Viejo-joven	.57481
FACTOR III	
Pasivo-activo	.74851
Chico-grande	.73425
Moderno-tradicional	.53470

El Factor I explica el 33.7% de varianza y está integrado por diez escalas de evaluación y una de familiaridad. Dos de evaluación presentan las más altas cargas factoriales (maravilloso-espantoso, .76297 y, Admirable-despreciable, .70943). En octavo lugar se encuentra la escala de familiaridad (desconocido-conocido, .58619); y la más baja, también, la presenta una escala de evaluación (insignificante-grandioso, .43093).

El Factor II está compuesto por dos escalas de evaluación una de familiaridad y una de actividad. La más alta carga factorial está dada por la primera (horrible-lindo, .69971). Explica el 6.3% de varianza.

El tercer factor explica el 6.0% de varianza y, está formado por dos escalas de actividad y una de familiaridad, las primeras muestran las más alta y baja carga factorial.

El análisis de frecuencias proporciona la siguiente información:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "YO COMO PAREJA"

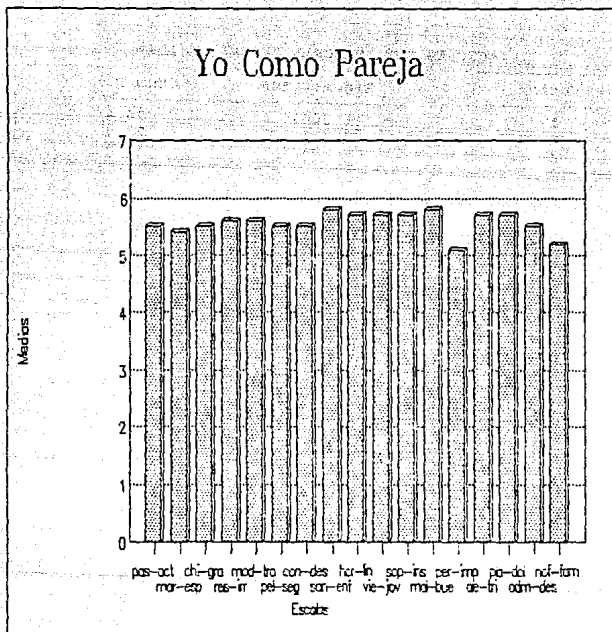
Escalas	Media	Desviación
Maravilloso-espantoso	5.461	1.618
Admirable-despreciable	5.533	1.399
Soportable-insoportable	5.794	1.390
Perfecto-imperfecto	5.1	1.687
Placentero-doloroso	5.7	1.324
Malo-bueno	5.8	1.376
Responsable-irresponsable	5.6	1.702
Conocido-desconocido	5.582	1.542
Sano-enfermo	5.873	1.355
Alegre-triste	5.758	1.470
Horrible-lindo	5.7	1.414
Peligroso-seguro	5.539	1.591
No familiar-familiar	5.2	2.084
Viejo-joven	5.7	1.380
Pasivo-activo	5.5	1.667
Chico-grande	5.5	1.447
Moderno-tradicional	5.6	1.600
MEDIA GRUPAL	5.58	
DESVIACION GRUPAL		1.53

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "YO COMO PAREJA"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente maravilloso
2	Bastante admirable
3	Bastante soportable
4	Ligeramente perfecto
5	Bastante placentero
6	Bastante bueno
7	Bastante responsable
8	Bastante conocido
9	Bastante sano
10	Bastante alegre
11	Bastante lindo
12	Bastante seguro
13	Ligeramente familiar
14	Bastante joven
15	Ligeramente activo
16	Ligeramente grande
17	Bastante moderno

La media grupal (5.58) indica que la actitud hacia "Yo como Pareja" es: **BASTANTE POSITIVA.**



GRAFICA 15. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Yo como pareja".

Prostitución. De las veintiseis escalas sometidas al análisis factorial, trece se agruparon en los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "PROSTITUCION"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	5.30016	20.4
2	2.21261	28.9
3	1.98429	36.5

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "PROSTITUCION"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Sano-enfermo	.71458
Horrible-lindo	.70540
Peligroso-seguro	.68548
Conocido-desconocido	-.59323
Maravilloso-espantoso	.43451
FACTOR II	
Placentero-doloroso	.79939
Alegre-triste	.68781
Soportable-insoportable	.57790
Admirable-despreciable	.40956
FACTOR III	
Desagradable-agradable	.76335
Amargo-dulce	.68829
Malo-bueno	.515181
Contagioso-no contagioso	.46826

El Factor I explica el 20.4% de la varianza, contiene cinco escalas; cuatro de evaluación y una de familiaridad; ésta muestra una carga factorial negativa (conocido-desconocido, -.59323).

El Factor II es completamente evaluativo. Explica el 8.5% de la varianza.

El Factor III también es evaluativo y explica el 7.6% de la varianza.

El análisis de frecuencias nos proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "PROSTITUCION"

Escalas	Media	Desviación
Sano-enfermo	2.327	1.862
Horrible-lindo	2.176	1.581
Peligroso-seguro	2.181	1.757
Conocido-desconocido	5.612	1.996
Maravilloso-espantoso	2.133	1.467
Placentero-doloroso	3.392	2.039
Alegre-triste	2.514	1.903
Soportable-insoportable	2.848	1.886
Admirable-despreciable	2.175	1.609
Desagradable-agradable	2.141	1.529
Amargo-dulce	2.285	1.731
Malo-bueno	1.943	1.507
Contagioso-no contagioso	3.788	2.222
Chico-grande	5.400	1.770
Pasivo-activo	5.327	2.022
Profundo-superficial	4.491	2.191
Escaso-abundante	5.441	1.724
MEDIA GRUPAL	3.30	
DESVIACION GRUPAL		1.921

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "PROSTITUCION"

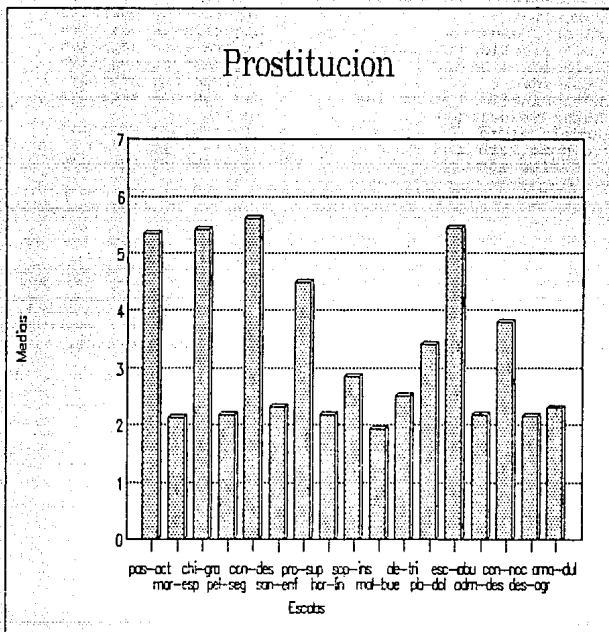
Escalas	Evaluación
1	Bastante enferma
2	Bastante horrible
3	Bastante peligrosa
4	Bastante conocida
5	Bastante espantosa
6	Ligeramente dolorosa
7	Bastante triste
8	Ligeramente insoportable
9	Bastante despreciable
10	Bastante desagradable
11	Bastante amarga
12	Bastante mala
13	Neutro
14	Ligeramente grande
15	Ligeramente activa
16	Neutro
17	Ligeramente abundante

La media grupal (3.29) indica que la actitud hacia la prostitución es: **LIGERAMENTE NEGATIVA.**

TABLA DE ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

Concepto	Actitud
Masculinidad	Ligeramente positiva
El Sexo Opuesto	Ligeramente positiva
Homosexualidad Femenina	Ligeramente negativa
Relaciones Sexuales	Ligeramente positiva
Feminidad	Ligeramente positiva
Homosexualidad Masculina	Ligeramente negativa
Heterosexualidad	Neutra
Promiscuidad	Ligeramente negativa
Yo como Pareja	Bastante positiva
Prostitución	Ligeramente negativa

Como es posible apreciar, solo para uno de los diez conceptos (Yo como Pareja) hay una actitud bastante positiva; cuatro una actitud ligeramente positiva; cuatro una ligeramente negativa y uno (heterosexualidad), permanece en el punto intermedio de lo positivo y lo negativo.



GRAFICA 16. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Prostitución".

SALUD-ENFERMEDAD

Esta variable compleja está integrada por once conceptos, todos ellos relacionados con algún aspecto de la salud y la enfermedad. Su selección estuvo sobredeterminada por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; así nos encontramos que ante todo, cada uno de los conceptos se relaciona de alguna manera con ésta enfermedad. Los conceptos de salud fueron seleccionados como la antítesis de los anteriores.

Salud Física. De las veintiseis escalas dicotómicas sometidas al análisis factorial, veinte se agruparon en tres factores que son:

FACTORES QUE INTEGRAN "SALUD FISICA"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	7.92144	30.5
2	1.90135	37.8
3	1.59012	43.9

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "SALUD FISICA"

FACTOR I	
Escalas	Carga factorial
Responsable-irresponsable	.70228
Perfecto-imperfecto	.70931
Alegre-triste	.67672
Maravilloso-espantoso	.67181
Placentero-doloroso	.64571
Soportable-insoportable	.59604
Admirable-despreciable	.59291
Insignificante-grandioso	.57490

FACTOR II	
Desagradable-agradable	.75657
Horrible-lindo	.73616
Malo-bueno	.62047
Amargo-dulce	.61999
Peligroso-seguro	.48756
Sano-enfermo	.42096
No familiar-familiar	.41198
FACTOR III	
Pasivo-activo	.81010
Lento-rápido	.60942
Chico-grande	.53190
Escaso-abundante	.52317
Débil-fuerte	.47963

El primer factor explica el 30.5% de la varianza y está integrado por ocho escalas, todas ellas de evaluación.

El segundo factor está conformado por siete escalas, seis de evaluación y una de familiaridad; ésta última (no familiar-familiar) presenta la carga factorial más baja (.41198). Explica el 7.3% de varianza.

El factor III que está integrado por tres escalas de actividad y dos de potencia, explica el 6.1% de varianza.

El análisis de frecuencias nos proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "SALUD FISICA"

Escalas	Media	Desviación
Responsable-irresponsable	5.885	1.354
Perfecto-imperfecto	5.510	1.639
Alegre-triste	5.939	1.545
Maravilloso-espantoso	6.027	1.274
Placentero-doloroso	5.891	1.552
Soportable-insoportable	5.891	1.325
Admirable-despreciable	5.788	1.489
Insignificante-grandioso	5.782	1.465
Desagradable-agradable	5.927	1.412
Horrible-lindo	5.933	1.307
Malo-bueno	5.970	1.458
Amargo-dulce	5.594	1.608
Peligroso-seguro	5.855	1.503
Sano-enfermo	6.188	1.213
No familiar-familiar	5.667	1.737
Pasivo-activo	5.358	2.054
Lento-rápido	4.939	1.915
Chico-grande	5.401	1.677
Escaso-abundante	5.158	1.877
Débil-fuerte	5.564	1.705
MEDIA GRUPAL	6.714	
DESVIACION GRUPAL		1.55

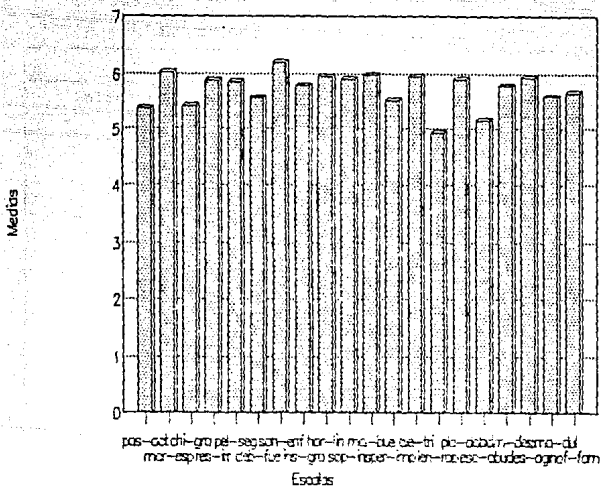
De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "SALUD FISICA"

Escala	Evaluación
1	Bastante responsable
2	Bastante perfecta
3	Bastante alegre
4	Bastante maravillosa
5	Bastante placentera
6	Bastante soportable
7	Bastante admirable
8	Bastante grandiosa
9	Bastante agradable
10	Bastante linda
11	Bastante buena
12	Bastante dulce
13	Bastante segura
14	Bastante sana
15	Bastante familiar
16	Ligeramente activa
17	Ligeramente rápida
18	Ligeramente grande
19	Ligeramente abundante
20	Bastante fuerte

La media grupal (5.714) indica que la actitud hacia la "Salud Física" es: BASTANTE POSITIVA.

Salud Física



GRAFICA 17. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Salud física"

Salud Mental. De veintiseis escalas dicotómicas sometidas a análisis factorial, veintitres se agrupan en los siguientes factores.

FACTORES QUE INTEGRAN "SALUD MENTAL"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	10.99171	42.3
2	1.82458	49.3
3	1.21535	54.0

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "SALUD MENTAL"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Placentero-doloroso	.84215
Soportable-insoportable	.83177
Malo-bueno	.80356
Maravilloso-espantoso	.78641
Sano-enfermo	.75964
Peligroso-seguro	.73396
Horrible-lindo	.72546
Alegre-triste	.71382
Desagradable-agradable	.68911
Admirable-despreciable	.66973
Amargo-dulce	.66797
Perfecto-imperfecto	.63710
Responsable-irresponsable	.56201
Insignificante-grandioso	.53624
Pesimista-optimista	.53038
Viejo-joven	.52135
FACTOR II	
Chico-grande	.71062
Lento-rápido	.52802
Débil-fuerte	.51073
No familiar-familiar	.48500
FACTOR III	
Conocido-desconocido	.70742
Contagioso-no contagioso	.61037
Profundo-superficial	.56263

El Factor I agrupa dieciseis escalas, que en conjunto explican el 42.3% de la varianza. De ellas quince son de evaluación, presentando Placentero-doloroso, Soportable-insoportable y Malo-bueno las más altas cargas factoriales (.84125, .83177 y .80356, respectivamente); la más baja carga factorial fue la de actividad (Viejo-joven, .52135).

El Factor II está conformado por dos escalas de potencia; dos de actividad y una de familiaridad. La más alta carga factorial corresponde a una del primer orden (Chico-grande, .71062) y, la más baja a la de familiaridad (No familiar-familiar, .48500). La varianza explicada por este factor es de 7.0%.

El tercer factor está integrado por una escala de evaluación, una de potencia y una de familiaridad; esta es la que presenta la carga factorial más alta (Conocido-desconocido, .70742). El porcentaje de varianza que explica es de 4.7%.

En cuanto a los valores proporcionados por el análisis de frecuencias, tenemos lo siguiente:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "SALUD MENTAL"

Escalas	Media	Desviación
Placentero-doloroso	5.3	1.772
Soportable-insoportable	5.524	1.795
Malo-bueno	5.3	1.984
Maravilloso-espantoso	5.382	1.889
Sano-enfermo	5.6	1.856
Peligroso-seguro	5.606	1.641
Horrible-lindo	5.4	1.773
Alegre-triste	5.291	1.922
Desagradable-agradable	5.324	1.861
Admirable-despreciable	5.3	1.859
Amargo-dulce	5.224	1.936
Perfecto-imperfecto	5.240	1.827
Responsable-irresponsable	5.568	1.683
Insignificante-grandioso	5.7	1.564
Pesimista-optimista	5.0	2.059
Viejo-joven	5.097	1.948
Chico-grande	5.594	1.685
Lento-rápido	4.8	1.792
Débil-fuerte	5.5	1.651
No familiar-familiar	5.7	1.688
Conocido-desconocido	5.6	1.593
Contagioso-no contagioso	5.0	1.938
Profundo-superficial	5.4	1.819
MEDIA GRUPAL	5.36	
DESVIACION GRUPAL		1.8

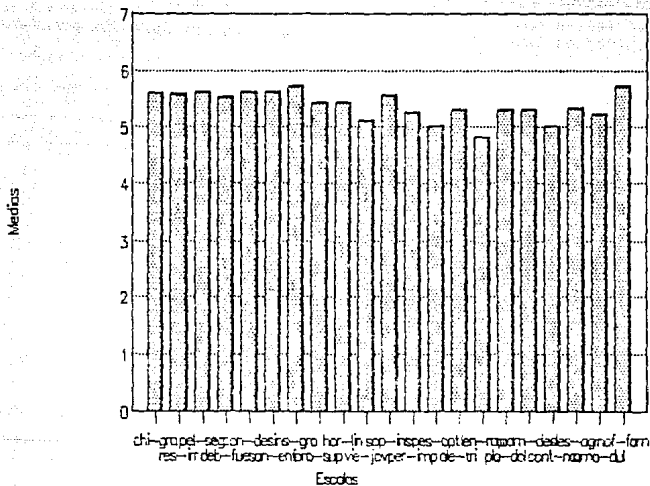
De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "SALUD MENTAL"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente placentera
2	Bastante soportable
3	Ligeramente buena
4	Ligeramente maravillosa
5	Bastante sana
6	Bastante segura
7	Ligeramente linda
8	Ligeramente alegre
9	Ligeramente agradable
10	Ligeramente admirable
11	Ligeramente dulce
12	Ligeramente perfecta
13	Bastante responsable
14	Bastante grandiosa
15	Ligeramente optimista
16	Ligeramente joven
17	Bastante grande
18	Ligeramente rápida
19	Bastante fuerte
20	Bastante familiar
21	Bastante conocida
22	Ligeramente no contagiosa
23	Ligeramente profunda

La media grupal (5.36) indica que la actitud hacia la salud mental es: **LIGERAMENTE POSITIVA** (con una tendencia a bastante positiva).

Salud Mental



GRAFICA 19. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Salud Mental".

Enfermedad Física. De veintiseis escalas dicotómicas, diecinueve conforman los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "ENFERMEDAD FISICA"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	7.34432	28.2
2	3.02545	39.9
3	1.38436	45.2

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "ENFERMEDAD FISICA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Soportable-insoportable	.73171
Viejo-joven	.70995
Desagradable-gradable	.70785
Alegre-triste	.69465
Malo-bueno	.68560
Perfecto-imperfecto	.67604
Pesimista-optimista	.65841
Amargo-dulce	.62220
Horrible-lindo	.61886
FACTOR II	
Maravilloso-espantoso	.76863
Placentero-doloroso	.67112
Peligroso-seguro	.61339
Sano-enfermo	.60730
Admirable-despreciable	.59336
FACTOR III	
Pasivo-activo	.72710
Chico-grande	.69113
Conocido-desconocido	.65505
Escaso-abundante	.54910
Profundo-superficial	.50550

El primer factor agrupa nueve escalas, ocho de evaluación y una de actividad. Explica el 28.2% de la varianza.

El segundo factor está conformado por cinco escalas de evaluación, cuyas cargas factoriales van de .59336 (admirable-despreciable), hasta .76863 (maravilloso-espantoso). Este factor explica el 11.6% de la varianza.

El tercer factor explica el 5.3% de la varianza y está integrado por dos escalas de actividad, dos de potencia y una de familiaridad. La más alta carga factorial está dada por una de actividad (pasivo-activo, .72710) y la más baja por una de potencia (profundo-superficial, .50550).

El análisis de frecuencias nos proporciona la siguiente información:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "ENFERMEDAD FISICA"

Escalas	Media	Desviación
Soportable-insoportable	2.9	1.872
Viejo-joven	3.1	1.958
Desagradable-gradable	3.8	1.912
Alegre-triste	2.8	1.982
Malo-bueno	2.8	2.001
Perfecto-imperfecto	2.9	1.860
Pesimista-optimista	3.2	2.016
Amargo-dulce	3.2	2.016
Horrible-lindo	2.9	1.948
Maravilloso-espantoso	3.0	2.061
Placentero-doloroso	2.9	2.039
Peligroso-seguro	3.2	2.123
Sano-enfermo	3.5	2.292
Admirable-despreciable	3.0	1.997
Pasivo-activo	3.6	2.338
Chico-grande	4.1	2.113
Conocido-desconocido	4.9	2.051
Escaso-abundante	4.1	2.102
Profundo-superficial	4.4	2.021
MEDIA GRUPAL	3.33	
DESVIACION GRUPAL		2.039

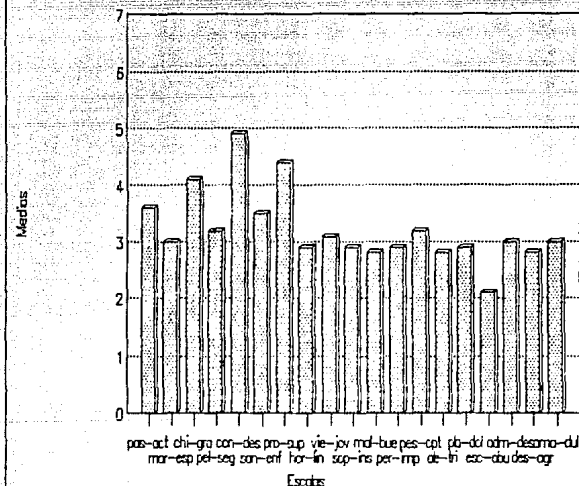
De acuerdo con los resultados del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en la siguiente tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "ENFERMEDAD FISICA"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente insoportable
2	Ligeramente vieja
3	Ligeramente desagradable
4	Ligeramente triste
5	Ligeramente mala
6	Ligeramente imperfecta
7	Ligeramente pesimista
8	Ligeramente amarga
9	Ligeramente horrible
10	Ligeramente espantosa
11	Ligeramente dolorosa
12	Ligeramente peligrosa
13	Ligeramente enferma
14	Ligeramente despreciable
15	Ligeramente pasivo
16	Neutro
17	Ligeramente conocida
18	Neutro
19	Neutro

La media grupal (3.33) indica que la actitud hacia la enfermedad física es: **LIGERAMENTE NEGATIVA.**

Enfermedad Física



GRAFICA 18. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Enfermedad física".

Enfermedad Mental. De las veintiseis escalas sometidas a análisis factorial, quince se agrupan en tres factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "ENFERMEDAD MENTAL"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	6.12768	23.6
2	2.73295	34.1
3	1.57676	40.1

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "ENFERMEDAD MENTAL"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Placentero-doloroso	.73778
Sano-enfermo	.69320
Alegre-triste	.64819
Admirable-despreciable	.61527
Moderno-tradicional	.59110
Maravilloso-espantoso	.50707
FACTOR II	
Pesimista-optimista	.65813
Malo-bueno	.53438
Lento-rápido	.53102
Soportable-insoportable	.52479
Desagradable-agradable	.51608
FACTOR III	
Contagioso-no contagioso	.75966
Escaso-abundante	.65405
Chico-grande	.45711
Peligroso-seguro	-.42325

El primer factor está integrado por seis escalas, cinco de ellas son de evaluación y una de familiaridad. Del total de varianza explica el 23.6%.

Al segundo factor lo integran cuatro escalas de evaluación y una de actividad. Explica el 10.5% de varianza.

El tercer factor está compuesto por tres escalas de evaluación, una de actividad y una de potencia; ésta última posee una carga factorial negativa.

El análisis de frecuencias nos proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "ENFERMEDAD MENTAL"

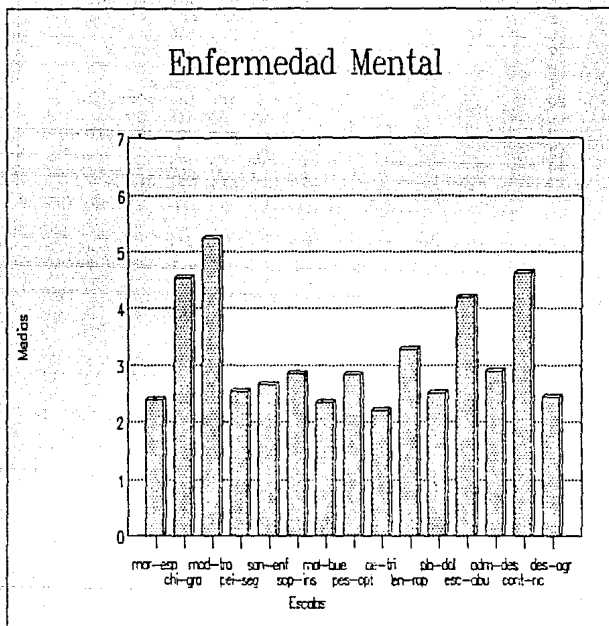
Escalas	Media	Desviación
Placentero-doloroso	2.527	1.755
Sano-enfermo	2.661	2.062
Alegre-triste	2.206	1.666
Admirable-despreciable	2.891	1.784
Moderno-tradicional	3.230	1.912
Maravilloso-espantoso	2.406	1.787
Pesimista-optimista	2.824	1.801
Malo-bueno	2.345	1.629
Lento-rápido	3.285	1.987
Soportable-insoportable	2.867	1.943
Desagradable-agradable	2.442	1.567
Contagioso-no contagioso	4.648	2.080
Escaso-abundante	4.218	1.900
Chico-grande	4.545	1.992
Peligroso-seguro	2.533	1.730
MEDIA GRUPAL	3.04	
DESVIACION GRUPAL		1.83

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en la siguiente tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "ENFERMEDAD MENTAL"

Escalas	Evaluacion
1	Ligeramente dolorosa
2	ligeramente enferma
3	Bastante triste
4	Ligeramente despreciable
5	Ligeramente tradicional
6	Bastante espantosa
7	Ligeramente pesimista
8	Bastante mala
9	Ligeramente lenta
10	Ligeramente insoportable
11	Bastante desagradable
12	Ligeramente no contagiosa
13	Neutra
14	Ligeramente grande
15	Ligeramente peligrosa

La media grupal (3.04) indica que la actitud hacia la "enfermedad mental" es: LIGERAMENTE NEGATIVA.



GRAFICA 20. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Enfermedad Mental".

Conducta Normal. De las veintiseis escalas dicotómicas sometidas a análisis factorial, dieciocho se agruparon en los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "CONDUCTA NORMAL"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	7.90409	30.4
2	1.89713	37.7
3	1.53775	43.6

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "CONDUCTA NORMAL"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Alegre-triste	.67272
Conocido-desconocido	.66964
Responsable-irresponsable	.66365
Soportable-insoportable	.65779
Maravilloso-espantoso	.64868
Admirable-despreciable	.64168
Perfecto-imperfecto	.64083
Moderno-tradicional	.60853
Sano-enfermo	.49366
Placentero-doloroso	.45459
Profundo-superficial	.43039
FACTOR II	
Débil-fuerte	.70872
Insignificante-grandioso	.64836
Escaso-abundante	.62865
Chico-grande	.42463
FACTOR III	
Desagradable-agradable	.71819
Horrible-lindo	.62634
Viejo-joven	.43992

El primer factor explica el 30.4% de la varianza. Está conformado por once escalas; de ellas, ocho son de

evaluación, dos de familiaridad y una de potencia. Alegre-triste obtuvo la más alta carga factorial (.67272), seguida por conocido-desconocido (f) (.66964), continuando con las escalas de evaluación. La de potencia obtuvo la carga más baja (placentero-superficial, .43039).

El segundo factor que contiene cinco escalas explica el 7.3% de la varianza; dos de las escalas son de potencia; dos de evaluación y una de actividad.

El tercero está conformado por tres escalas; dos de evaluación y dos de actividad; ésta tiene la carga factorial más baja (viejo-joven, .43992). Explica el 5.9% de la varianza.

En cuanto a los valores del análisis de frecuencia, tenemos lo siguiente:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "CONDUCTA NORMAL"

Escalas	Medias	Desviaciones
Alegre-triste	5.9	1.310
Conocido-desconocido	5.6	1.551
Responsable-irresponsable	5.7	1.428
Soportable-insoportable	5.7	1.519
Maravilloso-espantoso	5.69	1.373
Admirable-despreciable	5.5	1.591
Perfecto-imperfecto	5.230	1.776
Moderno-tradicional	5.4	1.689
Sano-enfermo	5.827	1.500
Placentero-doloroso	5.721	1.276
Profundo-superficial	5.4	1.626
Débil-fuerte	5.4	1.606
Insignificante-grandioso	5.697	1.363
Escaso-abundante	5.2	1.694
Chico-grande	5.5	1.476
Desagradable-agradable	5.6	1.520
Horrible-lindo	5.612	1.328
Viejo-joven	5.5	1.591

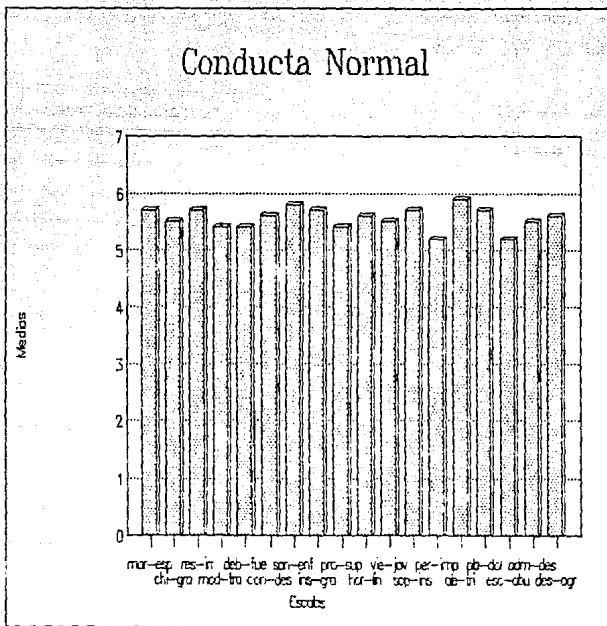
MEDIA GRUPAL	5.56
DESVIACION GRUPAL	1.51

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda respresentada en las siguientes tabla y gráfica:

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "CONDUCTA NORMAL"

Escalas	Evaluación
1	Bastante alegre
2	Bastante conocida
3	Bastante responsable
4	Bastante soportable
5	Bastante maravillosa
6	Bastante admirable
7	Ligeramente perfecta
8	Ligeramente moderna
9	Bastante sana
10	Bastante placentera
11	Ligeramente profunda
12	Ligeramente fuerte
13	Bastante grandiosa
14	Ligeramente abundante
15	Bastante grande
16	Bastante agradable
17	Bastante linda
18	Bastante joven

La media grupal (5.56) indica que la actitud hacia la "Conducta Normal" es : BASTANTE POSITIVA.



GRAFICA 21. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Conducta Normal".

Conducta Desviada. De las veintiseis escalas dicotómicas sometidas al análisis factorial, veinte se agruparon en los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "CONDUCTA DESVIADA"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	7.32673	28.2
2	2.99006	39.7
3	1.70674	46.2
4	1.28696	51.2

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "CONDUCTA DESVIADA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Placentero-doloroso	.72884
Amargo-dulce	.71960
Desagradable-agradable	.68758
Admirable-despreciable	.66884
No familiar-familiar	.62968
Alegre-triste	.56717
FACTOR II	
Peligroso-seguro	.72557
Malo-bueno	.62257
Pesimista-optimista	.61375
Perfecto-imperfecto	.59104
Soportable-insoportable	.51468
Horrible-lindo	.50432
Sano-enfermo	.49194
FACTOR III	
Responsable-irresponsable	.80636
Maravilloso-espantoso	.78419
FACTOR IV	
Pasivo-activo	.77323
Chico-grande	.71596
Insignificante-superficial	.60366
Escaso-abundante	.48251
Lento-rápido	.46101

El primer factor está integrado por cinco escalas de evaluación y, una de familiaridad. La más alta carga factorial la presenta placentero-doloroso (.72844) y la más baja alegre-triste (.56717). Explica el 28.2% de varianza.

El segundo factor contiene siete escalas de evaluación; la más alta carga factorial es de peligroso-seguro (.72577) y la más baja de sano-enfermo (.49194). Explica el 11.5% de varianza.

Las dos escalas que integran el factor III son de evaluación; sus cargas factoriales son altas y explica el 6.6% de la varianza.

El Factor IV está integrado por tres escalas de actividad, una de evaluación y dos de potencia. La más alta y más baja carga factorial las presentan escalas de actividad (pasivo-activo, .77323; y, lento-rápido, .46101). Explica el 4.9% de varianza.

El análisis de frecuencias nos proporciona los siguientes resultados:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "CONDUCTA DESVIADA"

Escalas	Media	Desviación
Placentero-doloroso	3.3	1.972
Amargo-dulce	2.8	1.964
Desagradable-gradable	3.0	2.094
Admirable-despreciable	3.0	1.982
No familiar-familiar	3.0	2.242
Alegre-triste	3.0	2.059
Peligroso-seguro	3.1	2.138
Malo-bueno	2.8	1.988
Pesimista-optimista	3.0	1.901
Perfecto-imperfecto	2.709	1.919
Soportable-insoportable	3.097	2.004
Horrible-lindo	3.0	2.005
Sano-enfermo	3.3	2.095
Responsable-irresponsable	3.2	2.122
Maravilloso-espantoso	3.4	2.224
Pasivo-activo	4.0	2.306
Chico-grande	4.1	2.260
Profundo-superficial	3.4	2.005
Escaso-abundante	4.3	2.117
Lento-rápido	3.6	2.067
MEDIA GRUPAL	3.2	
DESVIACION GRUPAL		3.07

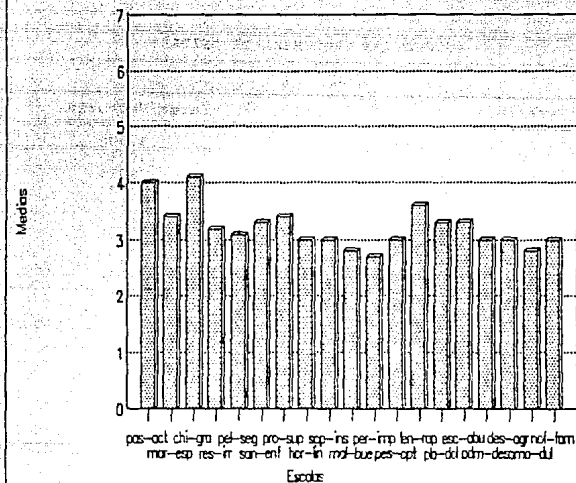
De acuerdo con las calificaciones del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda resumida en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "CONDUCTA DESVIADA"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente peligrosa
2	Ligeramente amarga
3	Ligeramente desagradable
4	Ligeramente despreciable
5	Ligeramente no familiar
6	Ligeramente triste
7	Ligeramente peligrosa
8	Ligeramente mala
9	Ligeramente pesimista
10	Ligeramente imperfecta
11	Ligeramente insoportable
12	Ligeramente horrible
13	Ligeramente enferma
14	Ligeramente irresponsable
15	Ligeramente espantosa
16	Neutra
17	Neutra
18	Ligeramente lenta

La media grupal (3.2) indica que la actitud hacia la "conducta desviada" es: LIGERAMENTE NEGATIVA.

Conducta Desviada



GRAFICA 22. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto de "Conducta Desviada".

Sida. De las veintiseis escalas dicotómicas, veinte se agruparon en los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "SIDA"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	7.61934	29.3
2	3.30377	42.0
3	1.58179	48.1

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "SIDA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Maravilloso-espantoso	.83608
Soportable-insoportable	.79263
Horrible-lindo	.79014
Sano-enfermo	.73044
Responsable-irresponsable	.71386
Peligroso-seguro	.65163
Admirable-despreciable	.61149
Escaso-abundante	-.54058
Placentero-doloroso	.44819
FACTOR II	
Desagradable-gradable	.84481
Amargo-dulce	.83561
No familiar-familiar	.66391
Pesimista-optimista	.57883
Contagioso-no contagioso	.55073
Malo-bueno	.53324
Perfecto-imperfecto	.43014
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	.73583
Débil-fuerte	.68846
Viejo-joven	.51415
Chico-grande	.40977

El factor I explica el 29.3% de varianza y, contiene ocho escalas de evaluación y una de actividad. La escala que presenta la carga factorial más alta es la de maravilloso-espantoso (.83608) y, la más baja corresponde a placentero-doloroso (.44819).

El Factor II está integrado por siete escalas de evaluación; desagradable-gradable presenta la más alta carga factorial (.84481). Explica el 12.7% de varianza.

El tercer factor está integrado por una escala de evaluación, que es la que presenta la carga factorial más alta (insignificante-grandioso, .73583); una de actividad y dos de potencia; una de éstas es la que presenta la más baja carga factorial (chico-grande, .40977). Explica el 6.1% de la varianza.

Frecuencias nos proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "SIDA"

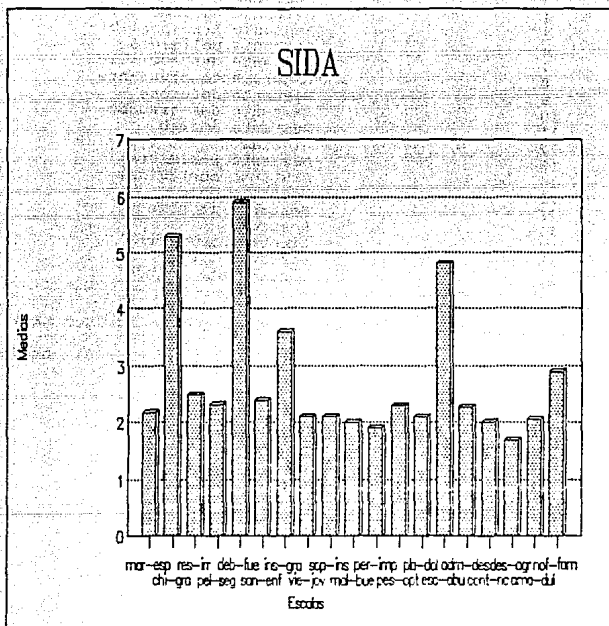
Escalas	Media	Desviación
Maravilloso-espantoso	2.188	2.097
Soportable-insoportable	2.106	1.838
Horrible-lindo	2.1	1.916
Sano-enfermo	2.4	2.308
Responsable-irresponsable	2.5	2.186
Peligroso-seguro	2.321	2.167
Admirable-despreciable	2.278	1.875
Escaso-abundante	4.8	2.136
Placentero-doloroso	2.1	1.819
Desagradable-agradable	1.7	1.520
Amargo-dulce	2.060	1.786
No familiar-familiar	2.9	2.325
Pesimista-optimista	2.3	1.941
Contagioso-no contagioso	2.0	1.806
Malo-bueno	2.0	1.871
Perfecto-imperfecto	1.903	1.605
Insignificante-grandioso	3.606	2.132
Débil-fuerte	4.9	2.424
Viejo-joven	2.1	1.916
Chico-grande	5.3	2.133
MEDIA GRUPAL	2.67	
DESVIACION GRUPAL		1.99

De acuerdo con las calificaciones del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "SIDA"

Escalas	Evaluación
1	Bastante espantoso
2	Bastante insoportable
3	Bastante horrible
4	Bastante enfermo
5	Bastante irresponsable
6	Bastante peligroso
7	Bastante despreciable
8	Ligeramente abundante
9	Bastante doloroso
10	Bastante desagradable
11	Bastante amargo
12	Ligeramente no familiar
13	Bastante pesimista
14	Bastante contagioso
15	Bastante malo
16	Bastante imperfecto
17	Neutro
18	Ligeramente fuerte
19	Bastante viejo
20	Ligeramente grande

La media grupal (2.678) indica que la actitud hacia el "Sida" es: **LIGERAMENTE NEGATIVA** (Con tendencia hacia lo bastante negativo).



GRAFICA 23. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto de "Sida".

Drogadicción. De veintiseis escalas dicotómicas que se sometieron al análisis factorial, solo dieciséis se agruparon en los siguientes factores.

FACTORES QUE INTEGRAN "DROGADICCION"

Factor	Eigen value	Cum pct
1	5.43967	20.9
2	2.29018	29.7
3	1.62667	36.0

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "DROGADICCION"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Chico-grande	.73273
Escaso-abundante	.72339
Pasivo-activo	.71856
Conocido-desconocido	.54878
Responsable-irresponsable	-.53971
Profundo-superficial	.50840
Maravilloso-espantoso	-.44622
FACTOR II	
Peligroso-seguro	.80214
Horrible-lindo	.68170
Malo-bueno	.63929
Sano-enfermo	.61706
Admirable-despreciable	.42945
FACTOR III	
Amargo-dulce	.69053
Desagradable-agradable	.62041
Perfecto-imperfecto	.56653
No familiar-familiar	.54080

El primer factor presenta siete escalas; dos de ellas de actividad; dos de potencia; dos de evaluación y una de

familiaridad. El total de varianza que este factor explica es de 20.9%. En su estructuración es de notar lo siguiente: la carga factorial más alta corresponde a una escala de potencia (chico-grande, .73273); y las dos de evaluación presentan cargas factoriales negativas (-.53971 y -.44622).

El factor II es eminentemente evaluativo al agrupar cinco escalas de ese orden. La varianza que explica es de 8.8%.

El factor III, que explica el 6.3% de varianza, también es eminentemente evaluativo. Consta de cuatro escalas, tres de ellas de evaluación y una de familiaridad.

Los datos que nos proporciona frecuencias son:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "DROGADICCION"

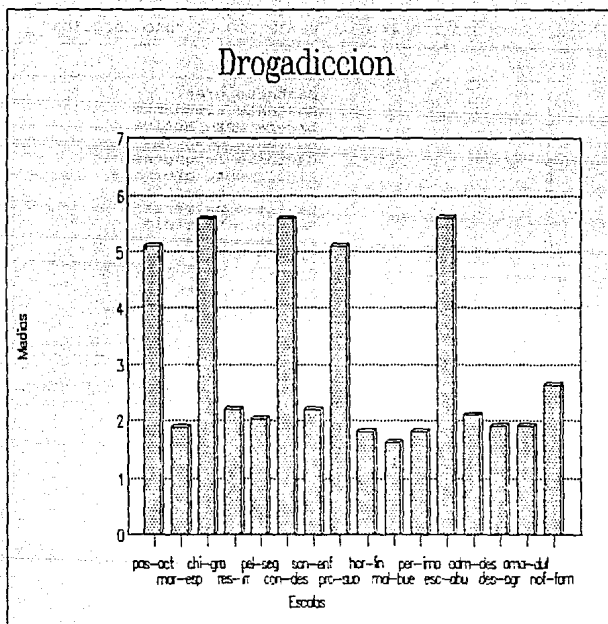
Escalas	Media	Desviación
Chico-grande	5.582	1.897
Escaso-abundante	5.618	1.882
Pasivo-activo	5.019	2.211
Conocido-desconocido	5.588	2.078
Responsable-irresponsable	2.204	1.811
Profundo-superficial	5.1	2.111
Maravilloso-espantoso	1.891	1.608
Peligroso-seguro	2.030	1.908
Horrible-lindo	1.818	1.507
Malo-bueno	1.624	1.385
Sano-enfermo	2.200	2.084
Admirable-despreciable	2.109	1.671
Amargo-dulce	1.911	1.444
Desagradable-agradable	1.927	1.548
Perfecto-imperfecto	1.824	1.448
No familiar-familiar	2.030	2.028
MEDIA GRUPAL	3.06	
DESVIACION		1.78

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "DROGADICCION"

Escalas	Evaluación
1	Bastante grande
2	Bastante abundante
3	Ligeramente activa
4	Bastante conocida
5	Bastante irresponsable
6	Ligeramente profunda
7	Bastante espantosa
8	Bastante peligrosa
9	Bastante horrible
10	Bastante mala
11	Bastante enferma
12	Bastante despreciable
13	Bastante amarga
14	Bastante desagradable
15	Bastante imperfecta
16	Ligeramente no familiar

Las calificaciones nos indican que la actitud hacia la "Drogadicción" es : **BASTANTE NEGATIVA.**



GRAFICA 24. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Drogadicción".

Cáncer. De las veintiseis escalas dicotómicas sometidas al análisis factorial, dieciocho se agruparon en los siguientes factores.

FACTORES QUE INTEGRAN "CANCER"

Factores	Eigen value	Cum Pct
1	6.29092	24.2
2	2.07998	32.2
3	1.59720	38.3

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "CANCER"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Soportable-insoportable	.75403
Admirable-despreciable	.74161
Alegre-triste	.72379
Perfecto-imperfecto	.70039
Placentero-doloroso	.68443
Desagradable-gradable	.46535
FACTOR II	
Horrible-lindo	.70238
Peligroso-seguro	.69645
Malo-bueno	.65034
Conocido-desconocido	-.59686
Profundo-superficial	-.58921
Maravilloso-espantoso	.55329
Sano-enfermo	.50246
Amargo-dulce	.47829
FACTOR III	
Chico-grande	.69877
Pasivo-activo	.68929
Insignificante-grandioso	.63185
Escaso-abundante	.50912

El Factor I explica el 24.5% de varianza y, las seis escalas que lo conforman son evaluativas.

El Factor II incluye ocho escalas, dos de ellas de evaluación, una de familiaridad y una de potencia. Estas dos últimas muestran cargas factoriales negativas (conocido-desconocido, $-.59686$; y profundo-superficial, $-.58921$). Explica el 8.0% de varianza.

El Factor III, que explica el 6.1% de varianza, agrupa cuatro escalas; dos de actividad; una de evaluación y una de potencia; ésta última presenta la carga factorial más alta (chico-grande, $.69877$).

Mientras que el análisis de frecuencias nos proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "CANCER"

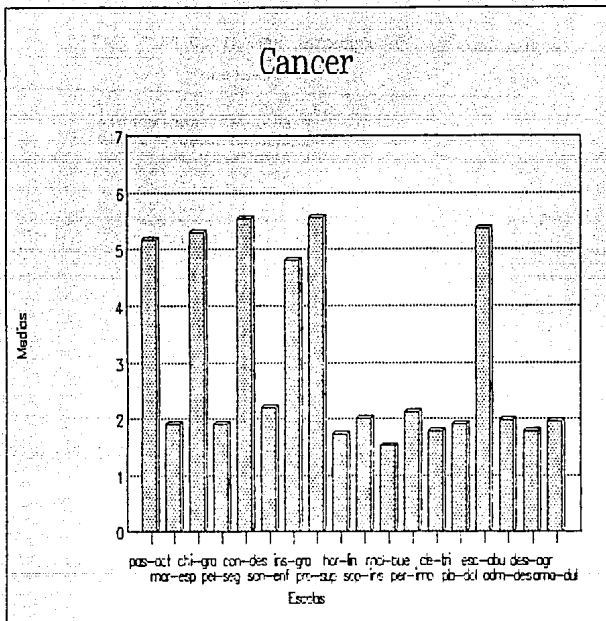
Escalas	Media	Desviación
Soportable-insoportable	2.0	1.742
Admirable-despreciable	1.994	1.698
Alegre-triste	1.778	1.573
Perfecto-imperfecto	2.133	1.640
Placentero-doloroso	1.903	1.690
Desagradable-agradable	1.788	1.477
Horrible-lindo	1.739	1.585
Peligroso-seguro	1.9	1.755
Malo-bueno	1.516	1.393
Conocido-desconocido	5.533	2.008
Profundo-superficial	5.564	1.936
Maravilloso-espantoso	1.921	1.828
Sano-enfermo	2.2	2.104
Amargo-dulce	1.964	1.546
Chico-grande	5.3	1.958
Pasivo-activo	5.164	2.261
Insignificante-grandioso	4.794	2.041
Escaso-abundante	5.370	1.697
MEDIA GRUPAL	3.3	
DESVIACION GRUPAL		1.774

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en la siguiente tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "CANCER"

Escalas	Evaluación
1	Bastante insoportable
2	Bastante despreciable
3	Bastante triste
4	Bastante imperfecto
5	Bastante doloroso
6	Bastante desagradable
7	Bastante horrible
8	Bastante peligroso
9	Bastante malo
10	Bastante conocido
11	Bastante profundo
12	Bastante espantoso
13	Bastante enfermo
14	Bastante amargo
15	Bastante grande
16	Bastante activo
17	Bastante grandioso
18	Bastante abundante

Las calificaciones nos indican que la actitud hacia el "Cáncer" es: **BASTANTE NEGATIVA.**



GRAFICA 25. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Cancer".

Vida. De las veintiseis escalas dicotómicas, dieciocho se agruparon en los siguientes factores.

FACTORES QUE INTEGRAN "VIDA"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	9.16594	35.3
2	1.63298	45.1
3	1.28138	46.5

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "VIDA"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Responsable-irresponsable	.72503
Horrible-lindo	.71144
Maravilloso-espantoso	.69145
Sano-enfermo	.68270
Insignificante-grandioso	.63684
Perfecto-imperfecto	.62495
Conocido-desconocido	.58606
Malo-bueno	.55808
Admirable-despreciable	.52592
FACTOR II	
Pesimista-optimista	.75754
Desagradable-agradable	.57306
Placentero-doloroso	.57306
Escaso-abundante	.51476
Lento-rápido	.45029
FACTOR III	
Profundo-superficial	.69134
no familiar-familiar	.54597
Amargo-dulce	.49374
Peligroso-seguro	.48993

El primer factor explica el 35.3% de la varianza y lo integran nueve escalas; ocho son de evaluación y una de familiaridad.

El Factor II explica el 6.3% de la varianza y está compuesto de cuatro escalas de evaluación y dos de actividad. Una escala de evaluación y una de actividad presentan la más alta y más baja carga factorial (pesimista-optimista, .75754 y, lento-rápido, .45029, respectivamente).

El tercer factor, que explica el 4.9% de la varianza, está conformado por una escala de potencia, una de familiaridad y dos de evaluación. La de potencia y una de evaluación presentan la más alta y la más baja carga factorial (profundo-superficial, .69134 y, peligroso-seguro, .48993, respectivamente).

Respecto al análisis de frecuencias, tenemos los siguientes resultados:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "VIDA"

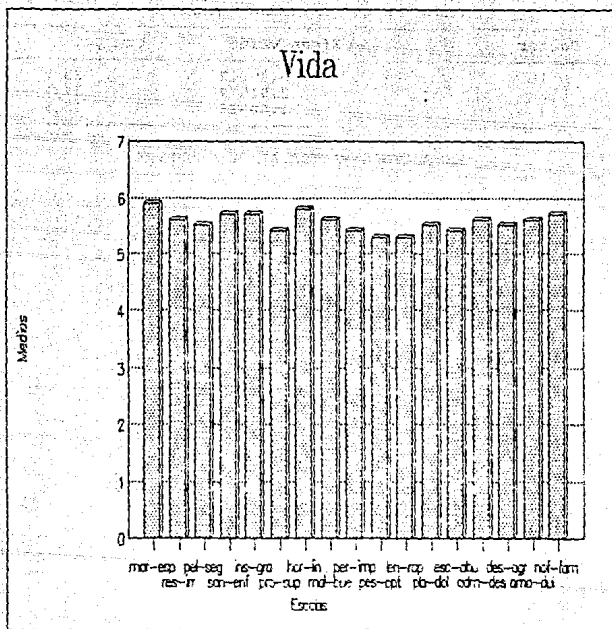
Escalas	Media	Desviación
Responsable-irresponsable	5.6	1.641
Horrible-lindo	5.8	1.502
Maravilloso-espantoso	5.9	1.403
Sano-enfermo	5.703	1.586
Insignificante-grandioso	5.782	1.486
Perfecto-imperfecto	5.4	1.605
Conocido-desconocido	5.7	1.512
Malo-bueno	5.6	1.719
Admirable-despreciable	5.6	1.517
Pesimista-optimista	5.3	1.792
Desagradable-agradable	5.5	1.770
Placentero-doloroso	5.5	1.673
Escaso-abundante	5.497	1.692
Lento-rápido	5.358	1.693
Profundo-superficial	5.4	1.876
No familiar-familiar	5.7	1.669
Amargo-dulce	5.6	1.698
Peligroso-seguro	5.5	1.676
MEDIA GRUPAL	5.58	
DESVIACION		1.632

De acuerdo con los valores del diferencial semántico la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE VIDA

Escalas	Evaluación
1	Bastante responsable
2	Bastante linda
3	Bastante maravillosa
4	Bastante sana
5	Bastante grandiosa
6	Ligeramente perfecta
7	Bastante conocida
8	Bastante buena
9	Bastante admirable
10	Ligeramente optimista
11	Ligeramente agradable
12	Ligeramente placentera
13	Ligeramente abundante
14	Ligeramente rápida
15	Ligeramente profunda
16	Bastante familiar
17	Bastante dulce
18	Ligeramente segura

La media grupal (5.56) indica que la actitud hacia la "Vida" es: BASTANTE POSITIVA.



GRAFICA 26. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Vida".

Muerte. De las veintiseis escalas dicotómicas sometidas a análisis factorial, diecisiete se agruparon en tres factores.

FACTORES QUE INTEGRAN "MUERTE"

Factor	Eigen value	Cum pct
1	6.09812	23.5
2	2.91579	34.7
3	1.60924	40.9

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "MUERTE"

FACTOR I		
Escalas	Carga Factorial	
Viejo-joven	.70299	
Moderno-tradicional	.70259	
Horrible-lindo	.69682	
Amargo-duice	.68779	
Desagradable-agradable	.58341	
Alegre-triste	.52756	
Maravilloso-espantoso	.52008	
Sano-enfermo	.45268	
FACTOR II		
Perfecto-imperfecto	.74347	
Peligroso-seguro	.73206	
Malo-bueno	.68578	
Soportable-insoportable	.65842	
7 Pesimista-optimista	.4102	
FACTOR III		
Admirable-despreciable	.77054	
Placentero-doloroso	.64890	
Responsable-irresponsable	.58302	
Escaso-abundante	-.57710	

El Factor I agrupa ocho escalas, de las cuales una es de actividad, una de familiaridad y seis de evaluación. La de actividad es la que presenta la carga factorial más alta

(viejo-joven, .70299), seguida por la de familiaridad (moderno-tradicional, .70259). Este factor explica el 23.5% de varianza.

El segundo factor agrupa cinco escalas, todas ellas de carácter evaluativo. Explica el 11.2% de varianza.

El tercer factor está compuesto por tres escalas de evaluación y una de actividad. La que presenta la más alta carga factorial es de orden evaluativo (Admirable-despreciable), mientras que la que presenta la más baja carga factorial es del orden de la actividad y negativa (Escaso-abundante, -.57710). Explica el 6.2% de varianza.

En cuanto al análisis de frecuencias, éste nos proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MUERTE"

Escalas	Media	Desviación
Viejo-joven	2.315	1.74
Moderno-tradicional	2.618	2.050
Horrible-lindo	2.716	1.964
Amargo-dulce	2.345	1.833
Desagradable-agradable	2.539	1.882
Alegre-triste	2.255	1.840
Maravilloso-espantoso	2.679	1.969
Sano-enfermo	3.145	2.070
Perfecto-imperfecto	3.576	2.130
Peligroso-seguro	3.952	2.444
Malo-bueno	3.018	2.004
Soportable-insoportable	3.152	2.210
Pesimista-optimista	3.109	2.048
Admirable-despreciable	3.115	2.016
Placentero-doloroso	2.715	1.969
Responsable-irresponsable	4.255	2.035
Escaso-abundante	5.097	2.034
MEDIA GRUPAL	3.145	
DESVIACION GRUPAL		2.01

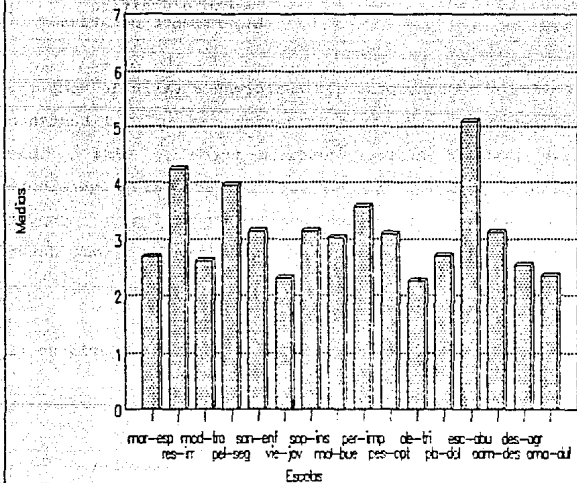
De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "MUERTE"

Escalas	Evaluación
1	Bastante vieja
2	Ligeramente tradicional
3	Ligeramente horrible
4	Bastante amarga
5	Ligeramente desagradable
6	Bastante triste
7	Ligeramente espantosa
8	Ligeramente enferma
9	Neutra
10	Neutra
11	Ligeramente mala
12	Ligeramente insoportable
13	Ligeramente pesimista
14	Ligeramente despreciable
15	Ligeramente dolorosa
16	Neutra
17	Ligeramente abundante

La media grupal (3.145) indica que la actitud hacia la "Muerte" es: **LIGERAMENTE NEGATIVA.**

Muerte



GRAFICA 27. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Muerte".

TABLA DE ACTITUDES HACIA LA SALUD-ENFERMEDAD

Concepto	Actitud
Salud física	Bastante positiva
Enfermedad física	Ligeramente negativa
Salud mental	Ligeramente positiva
Enfermedad mental	Ligeramente negativa
Conducta normal	Bastante positiva
Conducta desviada	Ligeramente negativa
Sida	Ligeramente negativa
Drogadicción	Ligeramente negativa
Cancer	Ligeramente negativa
Vida	Bastante positiva
Muerte	Ligeramente negativa

De los once conceptos que conforman a variable compleja salud-enfermedad, solo tres presentan una actitud bastante positiva (salud física, conducta normal y vida); uno ligeramente positivo y, siete una actitud ligeramente negativa. Otros dos conceptos que exploramos fueron: Condón y Preservativo. A continuación exponemos los datos resultantes.

Condón. De veintiseis escalas dicotómicas, dieciocho se agruparon en los siguientes factores.

FACTORES QUE INTEGRAN "CONDON"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	7.95960	30.
2	1.63976	36.9
3	1.52519	42.8

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "CONDON"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Soportable-insoportable	.76414
Amargo-dulce	.73697
Admirable-despreciable	.72934
Alegre-triste	.70134
Placentero-doloroso	.69689
Desagradable-agradable	.67066
Perfecto-imperfecto	.62150
Malo-bueno	.60570
Sano-enfermo	.54264
Horrible-lindo	.48027
Peligroso-seguro	.46436
Pesimista-optimista	.42869
FACTOR II	
Conocido-desconocido	.67025
Responsable-irresponsable	.57751
Profundo-superficial	.56232
FACTOR III	
Chico-grande	.72069
Débil-fuerte	.55420
Insignificante-grandioso	.46111

El primer factor está integrado por doce escalas, todas ellas evaluativas. Explica el 30.6% de varianza.

El segundo factor, que explica e 6.3% de varianza, en su estructuración se presenta muy heterogéneo, pues de las tres escalas que le conforman, una es de familiaridad, otra de evaluación y la tercera de potencia, sus cargas factoriales, igualmente, se presentan en ese orden.

El tercer factor está integrado por tres escalas, dos de potencia y una de evaluación. Explica el 5.9% de varianza.

El tercer factor está integrado por tres escalas, dos de potencia y una de evaluación. Explica el 5.9% de varianza.

El análisis de frecuencias proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "CONDON"

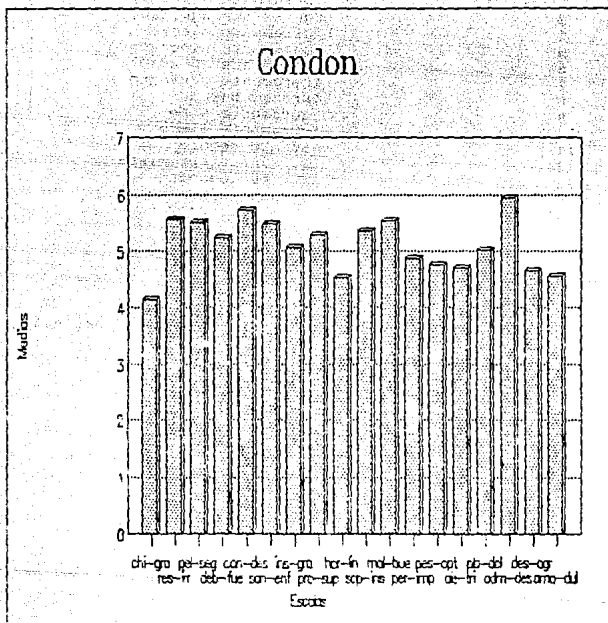
Escalas	Media	Desviación
Soportable-insoportable	5.362	1.509
Amargo-dulce	4.558	1.672
Admirable-despreciable	4.939	1.749
Alegre-triste	4.703	1.643
Placentero-doloroso	5.030	1.587
Desagradable-agradable	4.648	1.794
Perfecto-imperfecto	4.879	1.837
Malo-bueno	5.533	1.706
Sano-enfermo	5.479	1.899
Horrible-lindo	4.545	1.768
Peligroso-seguro	5.509	1.738
Pesimista-optimista	4.770	1.738
Conocido-desconocido	5.726	1.621
Responsable-irresponsable	5.558	1.832
Profundo-superficial	4.527	1.980
Chico-grande	4.158	1.864
Débil-fuerte	5.230	1.786
Insignificante-grandioso	5.067	1.686
MEDIA GRUPAL	5.01	
DESVIACION GRUPAL		1.744

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda condensada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "CONDON"

Escalas	Evaluación
1	Ligeramente soportable
2	Ligeramente dulce
3	Ligeramente admirable
4	Ligeramente alegre
5	Ligeramente placentero
6	Ligeramente agradable
7	Ligeramente perfecto
8	Bastante bueno
9	Ligeramente sano
10	Ligeramente lindo
11	Bastante seguro
12	Ligeramente optimista
13	Bastante conocido
14	Bastante responsable
15	Ligeramente profundo
16	Neutro
17	Ligeramente fuerte
18	Ligeramente grandioso

La media grupal (5.01) indica que la actitud hacia el "Condón" es: **LIGERAMENTE POSITIVA.**



GRAFICA 28. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Condon".

Preservativo. De veintiseis escalas dicotómicas sometidas a análisis factorial, trece se agruparon en los siguientes factores:

FACTORES QUE INTEGRAN "PRESERVATIVO"

Factor	Eigen value	Cum Pct
1	8.31015	32.0
2	1.59175	38.1
3	1.53472	44.0

ESTRUCTURA FACTORIAL DE "PRESERVATIVO"

FACTOR I	
Escalas	Carga Factorial
Conocido-desconocido	.72470
Soportable-insoportable	.59597
Responsable-irresponsable	.57535
Moderno-tradicional	.54478
Profundo-superficial	.53381
FACTOR II	
Peligroso-seguro	.72100
Malo-bueno	.69037
Insignificante-grandioso	.57262
Horrible-lindo	.46764
FACTOR III	
Placentero-doloroso	.73758
No familiar-familiar	.60760
Alegre-triste	.60039
Admirable-despreciable	.51531

El primero explica el 32% de varianza, y está conformado por seis escalas: dos de familiaridad, una de potencia y tres de evaluación. La carga factorial más alta la presenta una escala de familiaridad (conocido-

desconocido, .72470) y, la más baja una de potencia (profundo-superficial, .52381).

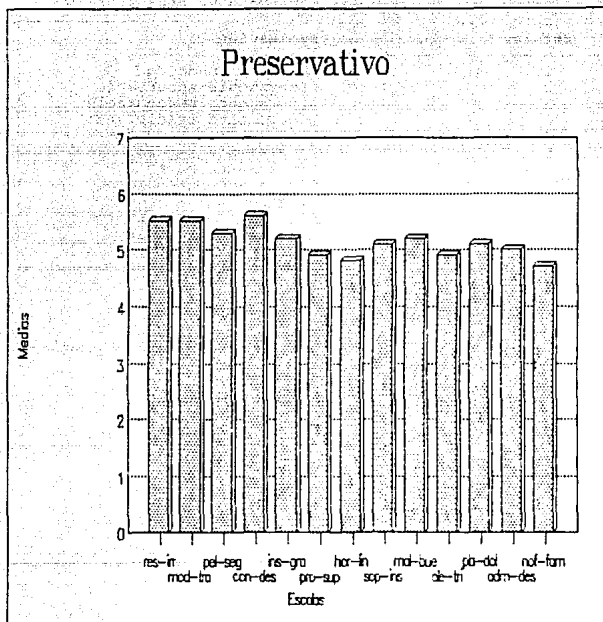
El segundo factor está conformado por cuatro escalas, todas de evaluación, la que presenta la más alta carga factorial es peligroso-seguro (.72100). Explica e 6.1% de varianza.

El tercero explica el 5.9% de varianza y está compuesto por cuatro escalas, tres de evaluación y una de familiaridad. La más alta carga factorial corresponde a placentero-doloroso con .73758.

El análisis de frecuencias nos proporciona los siguientes datos:

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS ESCALAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "PRESERVATIVO"

Escalas	Media	Desviación
Conocido-desconocido	5.6	1.482
Soportable-insoportable	5.1	1.798
Responsable-irresponsable	5.5	1.677
Moderno-tradicional	5.5	1.713
Profundo-superficial	4.9	1.849
Peligroso-seguro	5.3	1.760
Malo-bueno	5.2	1.665
Insignificante-grandioso	5.2	1.665
Horrible-lindo	4.8	1.740
Placentero-doloroso	5.1	1.565
No familiar-familiar	4.7	2.021
Alegre-triste	4.9	1.758
Admirable-despreciable	5.0	1.656
MEDIA GRUPAL	5.15	
DESVIACION GRUPAL		1.712



GRAFICA 29. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan el concepto "Preservativo".

De acuerdo con los valores del diferencial semántico, la interpretación de los resultados queda representada en las siguientes tabla y gráfica.

RESULTADOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO DE "PRESERVATIVO"

Escalas	Evaluación
1	Bastante conocido
2	Ligeramente soportable
3	Ligeramente responsable
4	Ligeramente tradicional
5	Ligeramente profundo
6	Ligeramente seguro
7	Ligeramente bueno
8	Ligeramente grandioso
9	Ligeramente lindo
10	Ligeramente placentero
11	Ligeramente familiar
12	Ligeramente alegre
13	Ligeramente admirable

La media grupal (5.15) indica que la actitud hacia el "Preservativo" es: **LIGERAMENTE POSITIVA.**

COMPARACION ENTRE LOS RESULTADOS DE SIDA Y LOS RESULTADOS DE OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS AL MISMO.

El tema central de la tesis es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, por tanto este apartado lo dedicaremos a comparar los resultados obtenidos en el diferencial semántico correspondiente a tal concepto, con los resultados de los diferenciales utilizados para evaluar conceptos teóricamente relacionados.

La comparación será en dos momentos; en el primero, entre la estructura factorial y la actitud y el segundo, entre las calificaciones obtenidas por aquellos reactivos que se presentan en ambas estructuras factoriales.

Para el primer caso presentaremos una tabla donde, por pares de reactivos se muestran los factores y la actitud hacia cada uno de los conceptos. En el segundo caso, presentaremos una gráfica y su descripción correspondiente.

SIDA y Cancer

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	CANCER
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso	Soportable-insoportable
Soportable-insoportable	Admirable-despreciable
Horrible-lindo	Alegre-triste
Sano-enfermo	Perfecto-imperfecto
Responsable-irresponsable	Placentero-doloroso
Peligroso-seguro	Desagradable-gradable
Admirable-despreciable	
Escaso-abundante	
Placentero-doloroso	

FACTOR II	
Desagradable-agradable	Horrible-lindo
Amargo-dulce	Peligroso-seguro
No familiar-familiar	Malo-bueno
Pesimista-optimista	Conocido-desconocido
Contagioso-no contagioso	Profundo-superficial
Malo-bueno	Maravilloso-espantoso
Perfecto-imperfecto	Sano-enfermo
	Amargo-dulce
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	Chico-grande
Débil-fuerte	Pasivo-activo
Viejo-joven	Insignificante-grandioso
Chico-grande	Escaso-abundante

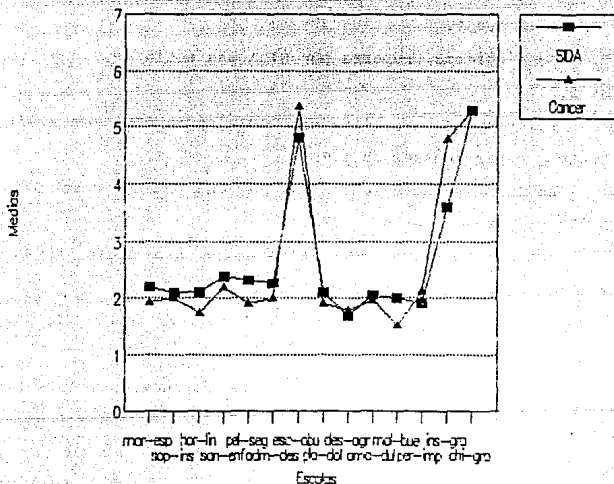
ACTITUD	
SIDA	CANCER
Ligeramente negativa	Bastante negativa

Los tres factores de SIDA contienen diecinueve reactivos de los veintiseis del diferencial semántico. De ellos solo seis no se encuentran en los factores de cáncer. Estos son: Responsable-irresponsable; no familiar-familiar; pesimista-optimista; contagioso-no contagioso; débil-fuerte y viejo-joven.

Cáncer contiene dieciocho reactivos para sus tres factores; de ellos solo tres no se encuentran en SIDA; éstos son: alegre-triste; conocido-desconocido y pasivo-activo.

La actitud para el SIDA es LIGERAMENTE NEGATIVA; en tanto que para el cáncer es BASTANTE NEGATIVA.

SIDA y Cáncer



GRAFICA 30. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Cáncer".

La gráfica 30 nos muestra que las medias de los reactivos dicotómicos que encontramos compartidos por las estructuras factoriales de ambos conceptos, son las siguientes:

Para maravilloso-espantoso, SIDA reporta una media de 2.188, y cáncer de 1.921.

Para soportable-insoportable, SIDA reporta una media de 2.106, en tanto que cáncer de 2.0.

Para horrible-lindo, SIDA muestra una media de 2.1, y cáncer de 1.739.

Sano-enfermo, reporta por SIDA una media de 2.4 y, cáncer de 2.2.

Peligroso-seguro tiene una media, para SIDA, de 2.321, en tanto que para cáncer de 1.9.

Admirable-despreciable muestra una media, para SIDA de 2.278 y, para cáncer de 1.994.

Escaso-abundante, para SIDA tiene una media de 4.8 en tanto que, para cáncer es de 5.370.

Para placentero-doloroso, SIDA reporta una media de 2.1 y, cáncer de 1.903.

En desagradable-agradable, SIDA presenta una media de 1.7 y, cáncer de 1.78.

Amargo-dulce, en SIDA reporta una media de 2.060 y, en cáncer de 1.964.

En malo-bueno, SIDA registra una media de 2.0 y cáncer de, 1.516.

En perfecto-imperfecto, SIDA reporta una media de 1.903 y, cáncer de 2.133.

Insignificante-grandioso; en esta diada SIDA reporta una media del orden de 3.606 y cáncer, de 4.794.

Por último, en chico-grande, SIDA reporta una media de 5.3 y cáncer de 5.3.

SIDA y Drogadicción

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	DROGADICCION
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Admirable-despreciable	Chico-grande Escaso-abundante Pasivo-activo Conocido-desconocido Responsable-irresponsable Profundo-superficial Maravilloso-espantoso
FACTOR II	
Admirable-despreciable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Peligroso-seguro Horrible-lindo Malo-bueno Sano-enfermo Admirable-despreciable
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Amargo-dulce Desagradable-gradable Perfecto-imperfecto No familiar-familiar
FACTOR IV	
	Placentero-doloroso Soportable-insoportable

ACTITUD

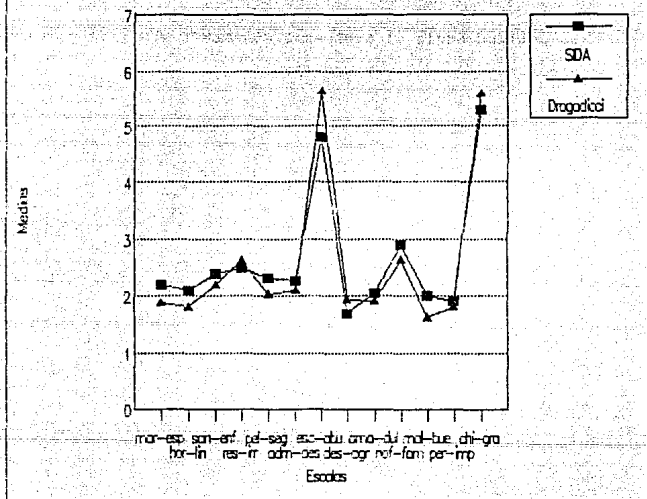
SIDA	DROGADICCION
Ligeramente Negativa	Bastante Negativa

De las veinte escalas que califican para SIDA, cinco no se encuentran en Drogadicción; éstas son: Pesimista-optimista; Contagioso-no contagioso; insignificante-grandioso; débil-fuerte y viejo-joven.

Drogadicción presenta dieciocho escalas, de las cuales solo tres no comparte con SIDA; y son: conocido-desconocido; pasivo-activo y profundo superficial.

La actitud hacia el SIDA es LIGERAMENTE NEGATIVA y, para Drogadicción es: BASTANTE NEGATIVA.

SIDA y Drogadicción



GRAFICA 31. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Drogadicción"

La gráfica 31 nos muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de SIDA y drogadicción; éstas son las siguientes.

Para maravilloso-espantoso, SIDA tiene una media de 2.188; y drogadicción de 1.981.

En horrible-lindo, SIDA presenta una media de 2.1 y drogadicción de 1.818.

Para sano-enfermo SIDA muestra una media de 2.4 y drogadicción de 2.2.

En responsable-irresponsable, SIDA tiene una media de 2.5 y drogadicción de 2.204.

Para peligroso-seguro, SIDA presenta una media de 2.321 y drogadicción de 2.030.

En admirable-despreciable, SIDA tiene una media de 2.278 y drogadicción de 2.109.

En escaso-abundante, SIDA tiene una media de 4.8 y drogadicción de 5.618.

En desagradable-agradable, SIDA presenta una media de 1.7 y drogadicción de 1.927.

Para amargo-dulce, SIDA muestra una media de 2.060 y drogadicción de 1.911.

En No familiar-familiar, SIDA tiene una media de 2.9 y drogadicción de 2.030.

En malo-bueno, SIDA presenta una media de 2.0 y drogadicción de 1.624.

Para perfecto-imperfecto, SIDA muestra una media de 1.903 y drogadicción de 1.824.

Y en chico-grande, SIDA muestra una media de 5.3 y drogadicción de 5.552.

SIDA y Prostitución

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	PROSTITUCION
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Sano-enfermo Horrible-lindo Peligroso-seguro Conocido-desconocido Maravilloso-espantoso
FACTOR II	
Desagradable-gradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Placentero-doloroso Alegre-triste Soportable-insoportable Admirable-despreciable
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Desagradable-gradable Amargo-dulce Malo-bueno Contagioso-no contagioso
FACTOR IV	
	Chico-grande Pasivo-activo Profundo-superficial Escaso-abundante

ACTITUD

SIDA	PROSTITUCION
Ligeramente Negativa	Ligeramente Negativa

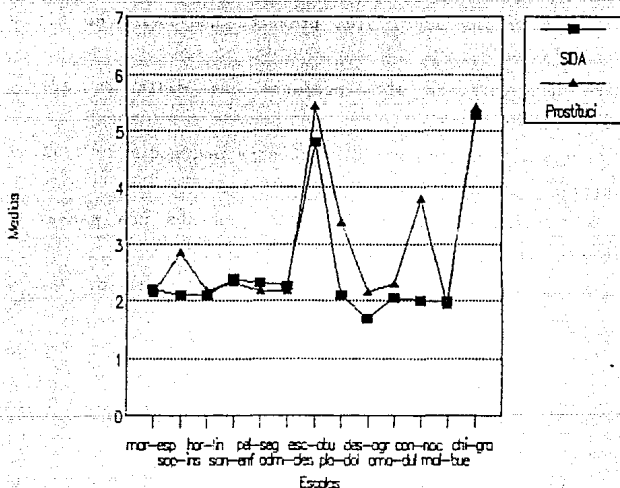
Los reactivos de SIDA se agruparon en tres factores, en tanto que los de Prostitución en cuatro.

De las veinte escalas de SIDA, seis no se encuentran en Prostitución; éstas son: responsable-irresponsable; familiar-no familiar; perfecto-imperfecto; insignificante-grandioso; débil-fuerte y viejo-joven.

De las diecisiete escalas de Prostitución, cuatro no se encuentran en SIDA; éstas son: conocido-desconocido; alegre-triste; pasivo-activo y profundo-superficial.

Por otro lado, la composición del Factor I de Prostitución, salvo la escala conocido-desconocido, la encontramos (junto a otras escalas) en el Factor I de SIDA; el resto de los factores difiere en su composición.

SIDA y Prostitucion



GRAFICA 32. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Prostitución"

La gráfica 32 nos muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de SIDA y prostitución; y éstas son:

En maravilloso-espantoso SIDA califica con una media de 2.188; en tanto que prostitución con 2.133.

En soportable-insoportable SIDA califica con una media de 2.106 y prostitución de 2.848.

Para horrible-lindo, SIDA presenta una media de 2.1 y prostitución de 2.176.

En sano-enfermo, SIDA presenta una media de 2.4 y prostitución de 2.327.

Para peligroso-seguro, SIDA muestra una media de 2.321 y prostitución de 2.181.

En admirable-despreciable, SIDA presenta una media de 2.278 y prostitución de 2.175.

En escaso-abundante SIDA muestra una media de 4.8 y prostitución de 5.441.

Para placentero-doloroso, la media de SIDA es 2.1 y de prostitución de 3.392.

En desagradable-agradable, la media de SIDA es de 1.7 y de prostitución de 2.141.

Para amargo-dulce, la media de SIDA es de 2.060 y de prostitución 2.285.

En contagioso-no contagioso SIDA presenta una media de 2.0 y drogadicción de 3.788.

En malo-bueno SIDA muestra una media de 2.0 y prostitución de 1.943.

Y en chico-grande SIDA tiene una media de 5.3 y prostitución de 5.400.

SIDA y Enfermedad Fisica

COMPOSICION FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	ENFERMEDAD FISICA
Maravilloso-espantoso	Soportable-insoportable
Soportable-insoportable	Viejo-joven
Horrible-lindo	Desagradable-agradable
Sano-enfermo	Alegre-triste
Responsable-irresponsable	Malo-bueno
Peligroso-seguro	Perfecto-imperfecto
Admirable-despreciable	Pesimista-optimista
Escaso-abundante	Amargo-dulce
Placentero-doloroso	Horrible-lindo
FACTOR II	
Desagradable-agradable	Maravilloso-espantoso
Amargo-dulce	Placentero-doloroso
No familiar-familiar	Peligroso-seguro
Pesimista-optimista	Sano-enfermo
Contagioso-no contagioso	Admirable-despreciable
Malo-bueno	
Perfecto-imperfecto	
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	Pasivo-activo
Débil-fuerte	Chico-grande
Viejo-joven	Conocido-desconocido
Chico-grande	Escaso-abundante
	Profundo-superficial

ACTITUD

SIDA	ENFERMEDAD FISICA
Ligeramente Negativa	Ligeramente Negativa

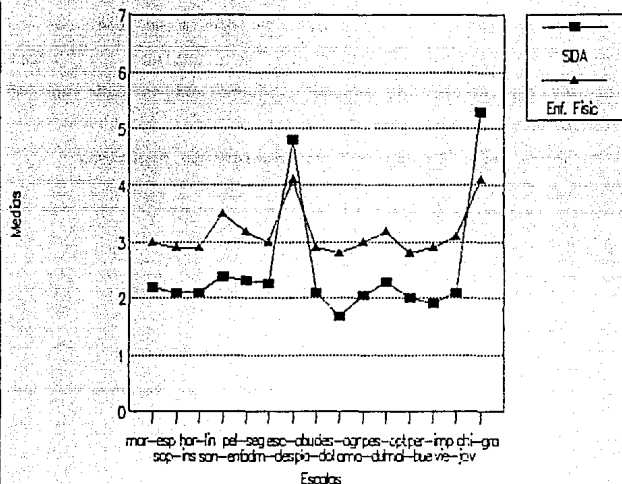
De las veinte escalas de SIDA, cinco no se encuentran en Enfermedad Física; éstas son: responsable-irresponsable; no familiar-familiar; contagioso-no contagioso; insignificante-grandioso y débil-fuerte.

De las diecinueve escalas de Enfermedad Física, cinco no se encuentran en SIDA; éstas son: alegre-triste; pasivo-activo; conocido-desconocido; escaso-abundante y profundo-superficial.

Por otro lado, la estructura de los tres factores es diferente y, aquellas escalas que se contienen en ambas estructuras se agrupan de manera diferenciada en cada uno de los factores.

En ambos casos la actitud es: Ligeramente Negativa.

SIDA y Enfermedad Física



GRAFICA 33. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Enfermedad-Física".

La gráfica 33 nos muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de SIDA y enfermedad física y, son las siguientes:

En maravilloso-espantoso, SIDA tiene una media de 2.188 y en enfermedad física de 3.0

En soportable-insoportable, SIDA reporta una media de 2.106 y enfermedad física de 2.9.

Para horrible-lindo, la media de SIDA es de 2.1 en tanto que la de enfermedad física es de 2.9.

Para sano-enfermo la media de SIDA es de 2.4 y la de enfermedad física de 3.5.

En peligroso-seguro, SIDA muestra una media de 2.321 y enfermedad física de 3.2.

Admirable-despreciable, muestra, para SIDA una media de 2.278 y para enfermedad física de 3.0.

En escaso-abundante, SIDA reporta una media de 4.8 y enfermedad física de 4.1.

En placentero-doloroso, la media de SIDA es de 2.1 y la de enfermedad física de 2.9.

En desagradable-agradable SIDA muestra una media de 1.7 en tanto que enfermedad física de 3.8.

Para amargo-dulce, SIDA muestra una media de 2.060 y enfermedad física de 3.2.

En pesimista-optimista, SIDA reporta una media de 2.3 en tanto que enfermedad física de 3.2.

En malo-bueno la media de SIDA es de 2.0 en tanto que la de enfermedad física es de 2.8.

En perfecto-imperfecto, SIDA muestra una media de 1.903 y enfermedad física de 2.9.

Para viejo-joven, SIDA muestra una media de 2.1 y enfermedad física de 3.1.

Y en chico-grande, la media de SIDA es de 5.3 y la de enfermedad física de 4.1.

SIDA y Enfermedad Mental

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	ENFERMEDAD MENTAL
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Placentero-doloroso Sano-enfermo Admirable-despreciable No familiar-familiar Moderno-tradicional Maravilloso-espantoso
FACTOR II	
Desagradable-agradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Pesimista-optimista Malo-bueno Lento-rápido Soportable-insoportable Desagradable-agradable
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Contagioso-no contagioso Escaso-abundante Chico-grande Horrible-lindo Peligroso-seguro

ACTITUD

SIDA	ENFERMEDAD FISICA
Ligeramente Negativa	Ligeramente Negativa

De las veinte escalas que componen los factores de SIDA, cinco no las encontramos en Enfermedad Mental; éstas son:

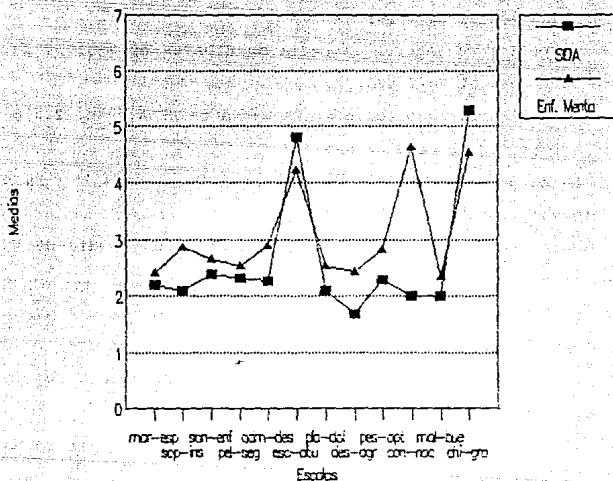
responsable-irresponsable; pesimista-optimista; contagioso-no contagioso; insignificante-grandioso; débil-fuerte; viejo-joven.

Mientras que de las dieciseis de Enfermedad Mental, solo dos no se encuentran en SIDA; éstas son: moderno-tradicional y lento-rápido.

Del primer factor de Enfermedad, tres reactivos (el 50%) los encontramos en el Factor I de SIDA; del segundo factor uno y, del tercero uno. El orden de los demás reactivos semejantes es diferenciado.

La actitud en ambos casos es: Ligeramente Negativa.

SIDA y Enfermedad Mental



GRAFICA 34. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Enfermedad Mental".

La gráfica 34 nos muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos SIDA y enfermedad mental, éstas son las siguientes:

En maravilloso-espantoso, SIDA muestra una media de 2.188 en tanto que enfermedad mental de 2.406.

En soportable-insoportable, SIDA muestra una media de 2.106 y enfermedad mental de 2.867.

Para sano-enfermo, la media de SIDA es de 2.4 y para enfermedad mental de 2.661.

En peligroso-seguro, la media de SIDA es de 2.321 y para enfermedad mental de 2.533.

En admirable-despreciable, la media de SIDA es de 2.278 y a de enfermedad menta de 2.891.

En escaso-abundante, la media de SIDA es de 4.8 y la de enfermedad mental de 4.218.

Para placentero-doloroso, SIDA presenta una media de 2.1 y enfermedad mental de 2.527.

En desagradable-agradable, SIDA muestra una media de 1.7 en tanto que enfermedad mental de 2.442.

Para pesimista-optimista, SIDA muestra una media de 2.3 en tanto que enfermedad mental de 2.824.

En contagioso-no contagioso, la media de SIDA es de 2.0 y la de enfermedad menta de 4.648.

Para malo-bueno, SIDA califica con una media de 2.0 y enfermedad mental de 2.345.

Y en chico-grande, SIDA califica con 5.3 y enfermedad mental con 4.545.

SIDA y Conducta Desviada

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	CONDUCTA DESVIADA
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Placentero-doloroso Amargo-dulce Desagradable-gradable Admirable-despreciable No familiar-familiar Alegre-triste
FACTOR II	
Desagradable-gradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Peligroso-seguro Malo-bueno Pesimista-optimista Perfecto-imperfecto Soportable- insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Responsable-irresponsable Maravilloso-espantoso
FACTOR IV	
	Pasivo-activo Chico-grande Insignificante-grandioso Escaso-abundante Débil-fuerte Lento-rápido

ACTITUD

SIDA	CONDUCTA DESVIADA
Ligeramente Negativa	Ligeramente Negativa

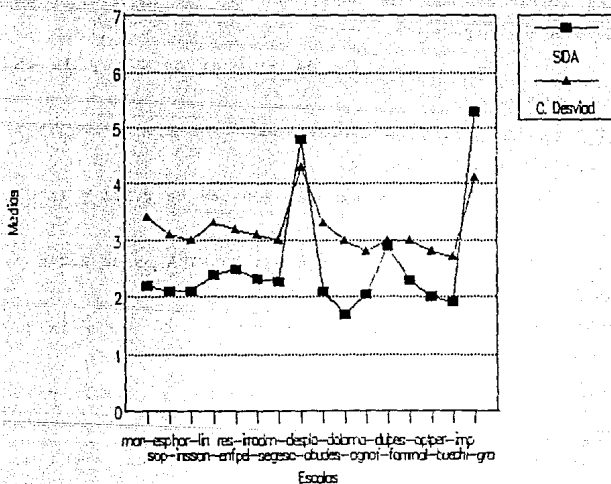
De los veinte escalas dicotómicas de SIDA, tres no las encontramos en la estructura factorial de Conducta Desviada; éstas son: peligroso-seguro; contagioso-no contagioso y viejo-joven.

Por su parte Conducta Desviada contiene veintiun escalas, de las cuales solo dos no comparte con SIDA; éstas son: alegre-triste; pasivo-activo y lento-rápido.

En el factor I de ambas estructuras solo encontramos una escala en común (admirable-despreciable); en el II, tres: malo-bueno; pesimista-optimista y perfecto-imperfecto. El resto de la estructuración de las demás escalas se distribuye indistintamente.

La actitud en ambos casos es: Ligeramente Negativa.

SIDA y Conducta Desviada



GRAFICA 35. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Conducta - - Desviada".

La gráfica 35 muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos SIDA y conducta desviada, éstas son:

En maravilloso-espantoso, SIDA reporta una media de 2.188 y conducta desviada de 3.4.

En soportable-insoportable, la media de SIDA es de 2.106 y la de conducta desviada de 3.097.

En horrible-lindo, la media de SIDA es de 2.1. y en conducta desviada de 3.0.

En sano-enfermo, la media de SIDA es de 2.4 y la de conducta desviada de 3.3.

En responsable-irresponsable la media de SIDA es de 2.5 y la de conducta desviada de 3.2.

En peligroso-seguro la media de SIDA es de 2.321 y la de conducta desviada de 3.1.

En admirable-despreciable la media de SIDA es de 2.278 y la de conducta desviada de 3.0.

En escaso-abundante la media de SIDA es de 4.8 y la de conducta desviada de 4.3.

En placentero-doloroso la media de SIDA es de 2.1. y de conducta desviada de 3.3.

Desagradable-agradable, muestra para SIDA una media de 1.7 en tanto que para conducta desviada de 3.0.

En amargo-dulce SIDA muestra una media de 2.060 y conducta desviada de 2.8.

Para no familiar-familiar, SIDA muestra una media de 2.9 en tanto que conducta desviada de 3.0.

En pesimista-optimista, la media de SIDA es de 2.3 y la de conducta desviada de 3.0.

En malo-bueno, SIDA muestra una media de 2.0 y conducta desviada de 2.8.

En perfecto-imperfecto, SIDA tiene una media de 1.903 y conducta desviada de 2.709.

Y en chico-grande, SIDA tiene una media de 5.3 y conducta desviada de 4.1.

SIDA y Muerte

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	MUERTE
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Viejo-joven Moderno-tradicional Horrible-lindo Amargo-dulce Desagradable-agradable Alegre-triste Maravilloso-espantoso Sano-enfermo
FACTOR II	
Desagradable-agradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Perfecto-imperfecto Peligroso-seguro Malo-bueno Soportable-insoportable Pesimista-optimista
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Admirable-despreciable Placentero-doloroso Responsable-irresponsable Escaso-abundante

ACTITUD

SIDA	MUERTE
Ligeramente Negativa	Ligeramente Negativa

De las veinte escalas de SIDA, cinco no las encontramos en Muerte; éstas son: no familiar-familiar; contagioso-no

contagioso; insignificante-grandioso; débil-fuerte y chico-grande.

De las diecisiete escalas de muerte, solo dos no encontramos en Sida; éstas son: moderno-tradicional y alegre-triste.

En el Factor I SIDA contiene nueve escalas y Muerte ocho; de ellas tres son semejantes (horrible-lindo; maravilloso-espantoso y pesimista-optimista).

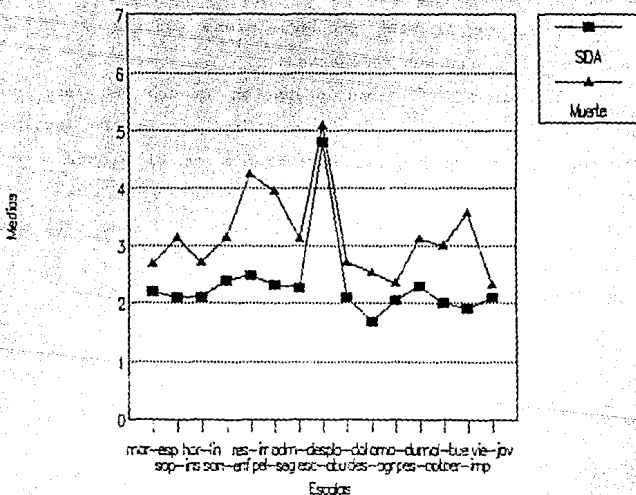
En el Factor II SIDA presenta siete escalas y Muerte cinco. De ellas tres son semejantes.

En el Factor III ambas presentan cuatro escalas; no coinciden. Sin embargo es de notarse que las cuatro escalas de Factor III de Muerte las encontramos en el Factor I de SIDA.

El resto de las escalas se acomodan en los tres factores de manera diferenciada.

La actitud en ambos casos es: Ligeramente Negativa.

SIDA y Muerte



GRAFICA 36. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Muerte".

La gráfica 36 muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos SIDA y muerte, éstas son las siguientes:

En maravilloso-espantoso, SIDA presenta una media de 2.188 y muerte de 2.679.

En soportable-insoportable, SIDA presenta una media de 2.106 y muerte de 3.152.

Para horrible-lindo, SIDA presenta una media de 2.1 y muerte de 2.716.

En sano-enfermo SIDA presenta una media de 2.4 y muerte de 3.145.

En responsable-irresponsable, la media de SIDA es de 2.5 y la de muerte de 4.255.

Para peligroso-seguro SIDA muestra una media de 2.321 y muerte de 3.952.

En admirable-despreciable SIDA presenta una media de 2.278 y muerte de 3.115.

Para escaso-abundante la media de SIDA es de 4.8 y la de muerte de 5.097.

Para placentero-doloroso SIDA, califica con una media de 2.1 en tanto que muerte de 2.715.

En desagradable-agradable la media de SIDA es de 1.7 y la de muerte de 2.539.

Para amargo-dulce, SIDA califica con una media de 2.060 mientras que muerte de 2.345.

En pesimista-optimista, SIDA presenta una media de 2.3 y muerte de 3.109.

Para malo bueno, la media de SIDA es de 2.0 y la de muerte de 3.018.

En perfecto-imperfecto, la media de SIDA es de 1.903 y la de muerte de 3.576.

Y en viejo-joven, la media de SIDA es de 2.1 en tanto que la de muerte de 2.315.

SIDA y Salud Física

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	SALUD FISICA
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso	Responsable-irresponsable
Soportable-insoportable	Perfecto-imperfecto
Horrible-lindo	Alegre-triste
Sano-enfermo	Maravilloso-espantoso
Responsable-irresponsable	Placentero-doloroso
Peligroso-seguro	Soportable-insoportable
Admirable-despreciable	Admirable-despreciable
Escaso-abundante	Insignificante-grandioso
Placentero-doloroso	
FACTOR II	
Desagradable-agradable	Desagradable-agradable
Amargo-dulce	Horrible-lindo
No familiar-familiar	Malo-bueno
Pesimista-optimista	Amargo-dulce
Contagioso-no contagioso	Peligroso-seguro
Malo-bueno	Sano-enfermo
Perfecto-imperfecto	No familiar-familiar
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	Pasivo-activo
Débil-fuerte	Lento-rápido
Viejo-joven	Chico-grande
Chico-grande	Escaso-abundante
	Débil-fuerte

ACTITUD

SIDA	SALUD FISICA
Ligeramente Negativa	Bastante Positiva

SIDA contiene veinte escalas, de las cuales solo tres no comparte con Salud Física; éstas son: pesimista-optimista; contagioso-no contagioso y viejo-joven.

Salud Física también contiene veinte escalas de las cuales tres no comparte con SIDA; éstas son: alegre-triste; pasivo-activo y lento-rápido.

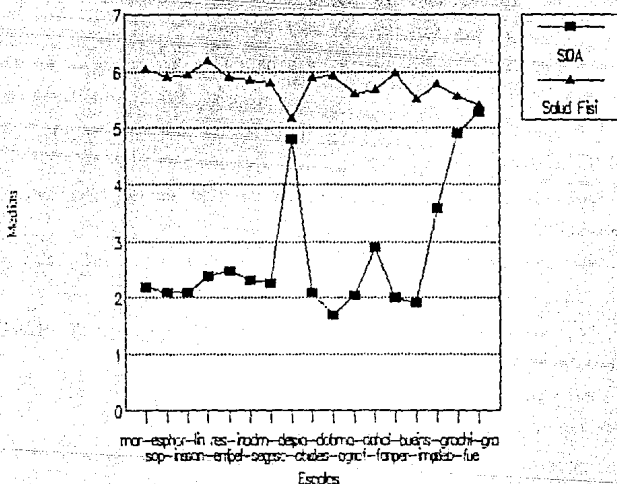
El Factor I de SIDA contiene nueve escalas y el de Salud Física ocho, de ellas, cinco las encontramos en ambos factores: responsable-irresponsable; maravilloso-espantoso; placentero-doloroso; soportable-insoportable y admirable-despreciable.

El Factor II de ambos conceptos está conformado por siete escalas, de las cuales cuatro son semejantes (desagradable-agradable; amargo-dulce; malo-bueno y no familiar-familiar).

En el Factor III SIDA presenta cuatro escalas y Salud Física cinco; de ellas dos son similares (débil-fuerte y chico-grande).

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa y, hacia la Salud Física: Bastante Positiva.

SIDA y Salud Fisica



GRAFICA 37. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan los conceptos "Sida" y "Salud Física".

La gráfica 37 nos muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan los conceptos SIDA y salud física; éstas son:

En maravilloso-espantoso, la media de SIDA es de 2.188 y la de salud física de 6.027.

En soportable-insoportable, SIDA muestra una media de 2.106, en tanto que salud física de 5.891.

En horrible-lindo, la media de SIDA es de 2.1 y la de salud física de 5.933.

En sano-enfermo, la media de SIDA es de 2.4 y la de salud física de 6.188.

En responsable-irresponsable, la media de SIDA es de 2.5 y la de salud física de 5.885.

Para peligroso-seguro, la media de SIDA es de 2.321 y la de muerte de 5.855.

En admirable-despreciable, la media de SIDA es de 2.278 y la de salud física de 5.788.

En escaso-abundante, a media de SIDA es 4.8 y la de salud física de 5.158.

Para placentero-doloroso, la media de SIDA es de 2.1 y la de salud-física de 5.891.

En desagradable-agradable, la media de SIDA es de 1.7 y la de salud-física de 5.927.

En amargo-dulce, SIDA presenta una media de 2.060 y salud física de 5.594.

En no familiar-familiar la media de SIDA es de 2.9 y la de salud física de 5.667.

En malo-bueno, la media de SIDA es de 2.0 y la de salud física de 5.970.

En perfecto-imperfecto, SIDA presenta una media de 1.903 y salud física de 5.510.

En insignificante-grandioso, la media de SIDA es del orden de 3.606, mientras que la de salud física es de 5.782.

En débil-fuerte, la media de SIDA es de 4.9 y la de salud física de 5.564.

Y en chico-grande, la media de SIDA es de 5.3 y la de salud física de 5.401.

SIDA y Salud Mental

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	SALUD MENTAL
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso	Placentero-doloroso
Soportable-insoportable	Soportable-insoportable
Horrible-lindo	Malo-bueno
Sano-enfermo	Maravilloso-espantoso
Responsable-irresponsable	Sano-enfermo
Peligroso-seguro	Peligroso-seguro
Admirable-despreciable	Horrible-lindo
Escaso-abundante	Alegre-triste
Placentero-doloroso	Desagradable-gradable
	Admirable-despreciable
	Amargo-dulce
	Perfecto-imperfecto
	Responsable-irresponsable
	Insignificante-grandioso
	Pesimista-optimista
	Viejo-joven
FACTOR II	
Desagradable-gradable	Chico-grande
Amargo-dulce	Lento-rápido
No familiar-familiar	Débil-fuerte
Pesimista-optimista	No familiar-familiar
Contagioso-no contagioso	
Malo-bueno	
Perfecto-imperfecto	
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	Conocido-desconocido
Débil-fuerte	Contagioso-no contagioso
Viejo-joven	Profundo-superficial
Chico-grande	

ACTITUD

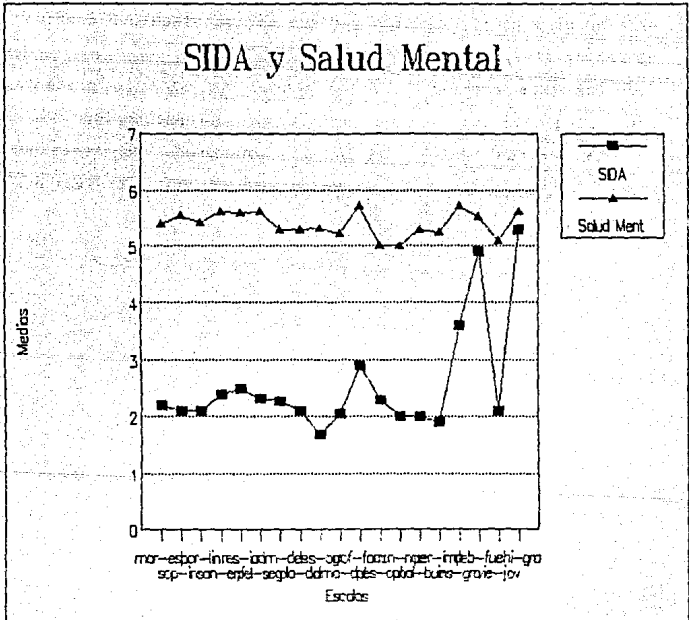
SIDA	SALUD MENTAL
Ligeramente Negativa	Ligeramente Positiva

La estructura factorial de Salud mental contiene veintitres escalas, en ellas encontramos las veinte escalas que conforman los factores del SIDA.

El Factor I de Salud Mental contiene en su totalidad las escalas de Factor I de SIDA y cinco de las siete que contiene el Factor II y, dos del Factor III.

Las tres escalas de Salud Mental que SIDA no presenta son: alegre-triste; lento-rápido y conocido-desconocido.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; en tanto que la actitud hacia Salud Mental es: Ligeramente Positiva.



GRAFICA 38. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Salud Mental".

La gráfica 38 muestra las medias de las escalas dicotómicas que evalúan los conceptos de SIDA y salud mental, éstas son:

En maravilloso-espantoso, SIDA tiene una media de 2.188 y salud mental de 5.382.

En soportable-insoportable, SIDA tiene una media de 2.106 y salud mental de 5.524.

En horrible-lindo, SIDA tiene una media de 2.1 y salud mental de 5.4.

En sano-enfermo, SIDA tiene una media de 2.4 y salud mental de 5.6.

En responsable-irresponsable, la media que presenta SIDA es de 2.5 y salud mental de 5.568.

En peligroso-seguro, la media de SIDA es de 2.321 y la de salud mental de 5.606.

En admirable-despreciable, la media de SIDA es de 2.278 y la de salud mental de 5.3.

En placentero-doloroso, la media de SIDA es de 2.1 y la de salud mental de 5.3.

En desagradable-agradable, SIDA muestra una media de 1.7 y salud mental de 5.324.

En amargo-dulce, SIDA muestra una media de 2.060 y salud mental de 5.224.

En no familiar-familiar, SIDA muestra una media de 2.9 y salud mental de 5.7.

En pesimista-optimista, la media de SIDA es de 2.3 y de salud mental de 5.0.

En contagioso-no contagioso, la media de SIDA es de 2.0 y la de salud mental de 5.0.

En malo-bueno, SIDA muestra una media de 2.0; en tanto que la de salud mental de 5.3.

En perfecto-imperfecto, la media de SIDA es de 1.903 y la de salud mental de 5.240.

En insignificante-grandioso, la media de SIDA es de 3.606 y la de salud mental de 5.7.

En débil-fuerte, la media de SIDA es de 4.9 y la de salud mental de 5.5.

En viejo-juvene, la media de SIDA es de 2.1 y la de salud mental de 5.097.

Y en chico-grande, la media de SIDA es de 5.3 y la de salud mental de 5.594.

La gráfica 38 muestra las medias de las escalas dicotómicas que evalúan los conceptos de SIDA y salud mental, éstas son:

En maravilloso-espantoso, SIDA tiene una media de 2.188 y salud mental de 5.382.

En soportable-insoportable, SIDA tiene una media de 2.106 y salud mental de 5.524.

En horrible-lindo, SIDA tiene una media de 2.1 y salud mental de 5.4.

En sano-enfermo, SIDA tiene una media de 2.4 y salud mental de 5.6.

En responsable-irresponsable, la media que presenta SIDA es de 2.5 y salud mental de 5.568.

En peligroso-seguro, la media de SIDA es de 2.321 y la de salud mental de 5.606.

En admirable-despreciable, la media de SIDA es de 2.278 y la de salud mental de 5.3.

En placentero-doloroso, la media de SIDA es de 2.1 y la de salud mental de 5.3.

En desagradable-agradable, SIDA muestra una media de 1.7 y salud mental de 5.324.

En amargo-dulce, SIDA muestra una media de 2.060 y salud mental de 5.224.

En no familiar-familiar, SIDA muestra una media de 2.9 y salud mental de 5.7.

En pesimista-optimista, la media de SIDA es de 2.3 y de salud mental de 5.0.

SIDA y Conducta Normal

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	CONDUCTA NORMAL
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Alegre-triste Conocido-desconocido Responsable-irresponsable Soportable-insoportable Maravilloso-espantoso Admirable-despreciable Perfecto-imperfecto Moderno-tradicional Sano-enfermo Profundo-superficial
FACTOR II	
Desagradable-gradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Débil-fuerte Insignificante-grandioso Escaso-abundante Peligroso-seguro Chico-grande
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Desagradable-gradable Horrible-lindo Viejo-joven

ACTITUD

SIDA	CONDUCTA NORMAL
Ligeramente Negativa	Bastante Positiva

La estructura factorial de SIDA contiene veinte escalas, cuatro de las cuales no se encuentran en la de Conducta

Normal; éstas son: alegre-triste; conocido-desconocido; moderno tradicional y profundo-superficial.

De las diecinueve escalas que contiene la estructura factorial de Conducta Normal, cinco no las comparte con la estructura factorial de SIDA.

De las once escalas del Factor I de Conducta Normal, seis son iguales a la estructura del Factor I de SIDA.

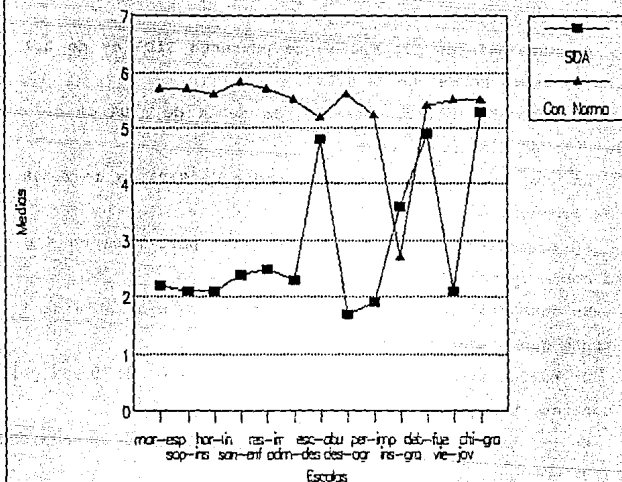
El Factor II no tiene ninguna semejanza.

El Factor III solo comparte la escala viejo-joven.

El resto de las escalas se distribuye de manera indistinta.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; y hacia la Conducta Normal: Bastante Positiva.

SIDA y Conducta Normal



GRAFICA 39. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Conducta Normal".

La gráfica 39 contiene las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan los conceptos de SIDA y conducta normal, éstas son:

Maravilloso-espantoso, en este reectivo SIDA presenta una calificación de 2.188 y conduta normal de 5.69.

En soportable-insoportable, SIDA presenta una media de 2.106 y conducta normal de 5.7.

En horrible-lindo, SIDA presenta una media de 2.1 y conducta normal de 5.612.

En sano-enfermo, la media que presenta SIDA es de 2.4 y la de conducta normal es de 5.827.

En responsable-irresponsable, la media de SIDA es de 2.5 y la de conducta normal de 5.7.

En admirable-despreciable, la media de SIDA es de 2.278 y la de conducta normal de 5.5.

En escaso-abundante, las medias son: para SIDA de 4.8 y para conducta normal de 5.2.

En desagradable-agradable, SIDA presenta una media de 1.7 en tanto que conducta normal de 5.6.

En perfecto-imperfecto, la media de SIDA es de 1.903 y la de conducta normal de 5.230.

En insignificante-grandioso, la media de SIDA es de 3.606 y la de conducta normal de 5.697.

En débil-fuerte, la media de SIDA es de 4.9 y la de conducta normal de 5.4.

En viejo-joven, SIDA muestra una media de 2.1 y conducta normal de 5.5.

En chico-grande, SIDA muestra una media de 5.3 y conducta normal de 5.5.

SIDA y Vida

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	VIDA
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Responsable-irresponsable Horrible-lindo Maravilloso-espantoso Sano-enfermo Insignificante-grandioso Perfecto-imperfecto Conocido-desconocido Malo-bueno Admirable-despreciable
FACTOR II	
Desagradable-gradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Pesimista-optimista Desagradable-gradable Placentero-doloroso Escaso-abundante Lento-rápido
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Profundo-superficial No familiar-familiar Amargo-dulce Peligroso-seguro

ACTITUD

SIDA	VIDA
Ligeramente Negativa	Bastante Positiva

De las veinte escalas de SIDA, cinco no las encontramos en la estructura factorial de Vida; éstas son: soportable-

insoportable; contagioso-no contagioso; débil-fuerte; viejo-joven y chico-grande.

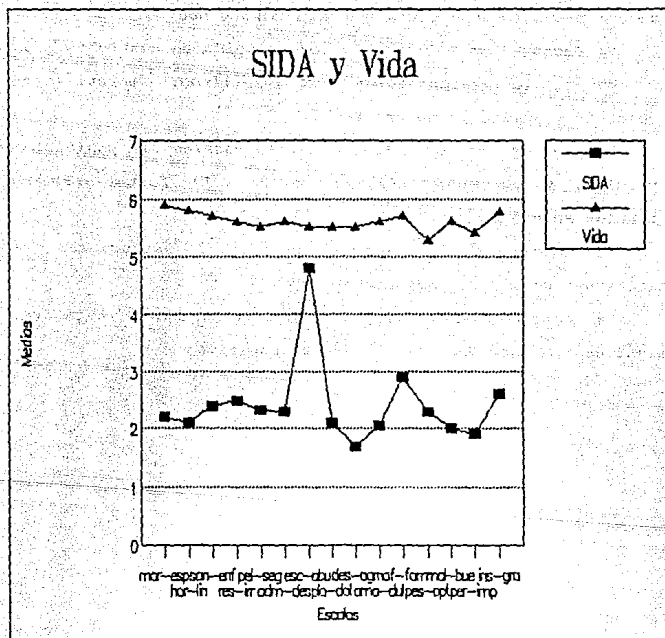
Vida contiene dieciocho escalas, de las cuales tres no las encontramos en la estructura de SIDA; éstas son: lento-rápido; profundo-superficia y conocido-no conocido.

El Factor I de ambos conceptos coincide en cuatro escalas (responsable-irresponsable; horrible-lindo; maravilloso-espantoso y admirable-despreciable).

El Factor II coincide en dos escalas (pesimista-optimista y desagradable-gradable). El Factor III no coincide en ninguna escala.

El resto de las escalas de ambas estructuras se distribuye de manera indistinta.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; mientras que para Vida es: Bastante Positiva.



GRAFICA 40. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Vida".

La gráfica 40 recoge las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de SIDA y vida; éstas son:

Maravilloso-espantoso, para SIDA muestra una media de 2.188 y para vida de 5.9.

Horrible-lindo, para SIDA muestra una media de 2.1 y para vida de 5.8.

Sano-enfermo, para SIDA muestra una media de 2.4 y para vida de 5.703..

Responsable-irresponsable, para SIDA muestra una media de 2.5 y para vida de 5.6.

Peligroso-seguro, para SIDA muestra una media de 2.321 y para vida de 5.5.

Admirable-despreciable, para SIDA muestra una media de 2.276 y para vida de 5.6.

Escaso-abundante, para SIDA muestra una media de 4.8 y para vida de 5.497.

Placentero-doloroso, para SIDA muestra una media de 2.1 y para vida de 5.5.

Desagradable-gradable, para SIDA muestra una media de 1.7 y para vida de 5.5.

Amargo-dulce, para SIDA muestra una media de 2.060 y para vida de 5.6.

No familiar-familiar, para SIDA muestra una media de 2.9 y para vida de 5.7.

Pesimista-optimista, para SIDA muestra una media de 2.3 y para vida de 5.3.

Malo-bueno, para SIDA muestra una media de 2.0 y para vida de 5.6.

Perfecto-imperfecto, para SIDA muestra una media de 1.903 y para vida de 5.4.

Insignificante-grandioso, para SIDA muestra una media de 3.606 y para vida de 5.782.

SIDA y Masculinidad

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	MASCULINIDAD
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso	Desagradable-agradable
Soportable-insoportable	Amargo-dulce
Horrible-lindo	Admirable-despreciable
Sano-enfermo	No familiar-familiar
Responsable-irresponsable	Horrible-lindo
Peligroso-seguro	
Admirable-despreciable	
Escaso-abundante	
Placentero-doloroso	
FACTOR II	
Desagradable-agradable	Soportable-insoportable
Amargo-dulce	Maravilloso-espantoso
No familiar-familiar	Responsable-irresponsable
Pesimista-optimista	Perfecto-imperfecto
Contagioso-no contagioso	Peligroso-seguro
Malo-bueno	
Perfecto-imperfecto	
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	Insignificante-grandioso
Débil-fuerte	Pesimista-optimista
Viejo-joven	Débil-fuerte
Chico-grande	Malo-bueno
	Sano-enfermo

ACTITUD

SIDA	MASCULINIDAD
Ligeramente Negativa	Ligeramente Positiva

La estructura factorial de SIDA presenta veinte escalas en tanto que la de masculinidad, quince.

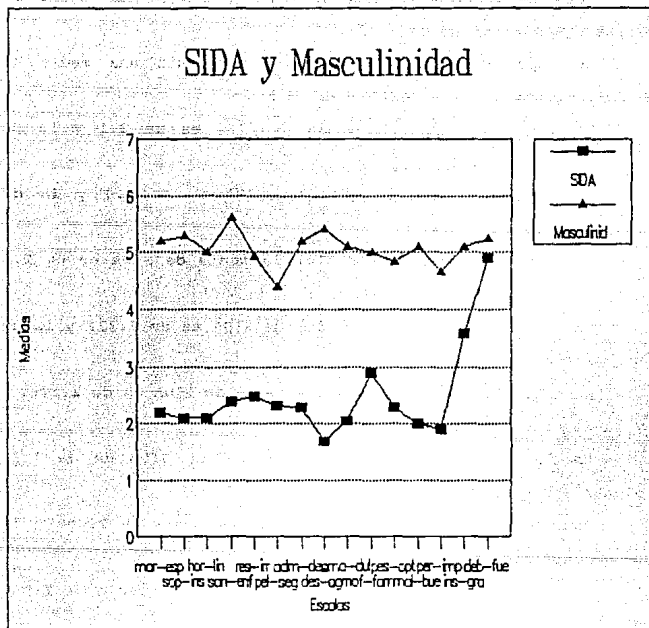
El Factor I de ambos conceptos tan solo tienen en común dos escalas (horrible-lindo y admirable-despreciable).

El Factor II no comparte ninguna escala.

El Factor III comparte dos escalas (insignificante-grandioso y débil-fuerte).

El Factor I de SIDA y el II de Masculinidad comparten cuatro escalas (maravilloso-espantoso; soportable-insoportable; responsable-irresponsable y peligroso-seguro)

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; en tanto que hacia la Masculinidad es Ligeramente Positiva.



GRAFICA 41. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Masculinidad".

La gráfica 41 muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan los conceptos de SIDA y masculinidad; éstas son:

Para maravilloso-espantoso, SIDA presenta una media de 2.188 y masculinidad de 5.2.

En soportable-insoportable, SIDA presenta una media de 2.106, mientras que masculinidad de 5.3.

En horrible-lindo, la media de SIDA es de 2.1 y la de masculinidad de 5.0.

En sano-enfermo, la media de SIDA es de 2.4 y la de masculinidad de 5.612.

En responsable-irresponsable, la media de SIDA es de 2.5 y la de masculinidad de 4.195.

En peligroso-seguro, la media de SIDA es de 2.321 y la de masculinidad de 4.4.

En admirable-despreciable, la media de SIDA es de 2.278. y la de masculinidad de 5.2.

En desagradable-agradable, la media de SIDA es de 1.7, mientras que la de masculinidad es de 5.4.

Para amargo-dulce, SIDA presenta una media de 2.060 y la de masculinidad de 5.1.

En no familiar-familiar, SIDA presenta una media de 2.9 y masculinidad de 5.01.

En pesimista-optimista, SIDA muestra una media de 2.3 y masculinidad de 4.818.

En malo-bueno la media de SIDA es de 2.0 y la de masculinidad de 5.1.

En perfecto-imperfecto, SIDA muestra una media de 1.903 y masculinidad de 4.661.

En insignificante-grandioso, la media de SIDA es de 3.606 y la de masculinidad de 5.1.

En débil-fuerte, la media de SIDA es de 4.9 y la de masculinidad de 5.250.

SIDA y Femenidad

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	FEMINIDAD
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Horrible-lindo Malo-bueno Alegre-triste Amargo-dulce Peligroso-seguro Placentero-doloroso Desagradable-agradable Insignificante-grandioso Admirable-despreciable Sano-enfermo Perfecto-imperfecto Pesimista-optimista No familiar-familiar Contagioso-no contagioso Viejo-joven Placentero-doloroso
FACTOR II	
Desagradable-agradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Conocido-desconocido Responsable-irresponsable Profundo-superficial
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Pasivo-activo Chico-grande Escaso-abundante Lento-rápido

ACTITUD

SIDA	FEMINIDAD
Ligeramente Negativa	Ligeramente Positiva

La estructura factorial de SIDA presenta veinte escalas en tanto que la de Feminidad presenta veintitres.

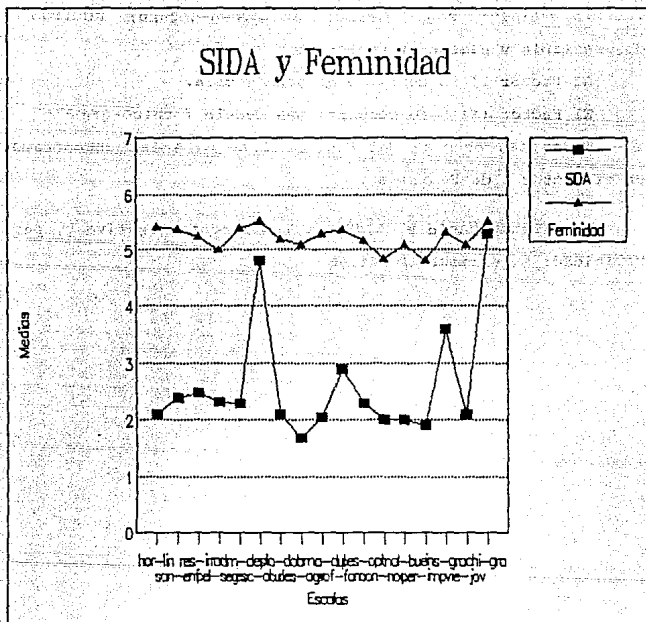
El Factor I de ambos conceptos comparte cinco escalas (horrible-lindo; sano-enfermo; peligroso-seguro; admirable-despreciable y placentero-doloroso).

El Factor II no comparte ninguna escala.

El Factor III solo comparte una escala (chico-grande)

Todas las escalas del Factor II de SIDA las encontramos en el Factor I de Feminidad.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa y, para Feminidad: Ligeramente Positiva.



GRAFICA 42. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida y Feminidad".

La gráfica 42 muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan los conceptos de SIDA y feminidad, y son las siguientes:

En horrible-lindo, la media de SIDA es de 2.1 y la de feminidad de 5.4.

En sano-enfermo, la media de SIDA es de 2.4 y la de feminidad 5.358.

En responsable-irresponsable, la media de SIDA es de 2.5 y la de feminidad de 5.236.

En peligroso-seguro, la media de SIDA es de 2.321 y la de feminidad es de 5.0.

Para admirable-despreciable, SIDA presenta una media de 2.278 y feminidad de 5.388.

Escaso-abundante, en este reactivo, la media de SIDA es de 4.8 y la de feminidad de 5.5.

Placentero-doloroso, en éste SIDA presenta una media de 2.1 en tanto que feminidad de 5.202.

En desagradable-agradable, SIDA califica con una media de 1.7 y feminidad de 5.1.

En amargo-dulce, SIDA califica con una media de 2.060 y feminidad de 5.303.

En no familiar-familiar, SIDA presenta una media de 2.9 y feminidad de 5.362.

En pesimista-optimista, SIDA presenta una media de 2.3 y feminidad de 5.170.

En contagioso-no contagioso, la media de SIDA es de 2.0 y la de feminidad de 4.824.

En malo-bueno, la media de SIDA es de 2.0 y la de feminidad de 5.1.

En perfecto-imperfecto, SIDA muestra una media de 1.903 y feminidad de 4.802.

En insignificante-grandioso, la media de SIDA es de 3.606 y la de feminidad de 5.321.

En viejo-joven, la media de SIDA es de 2.1 y la de feminidad de 5.1.

En chico-grande, SIDA presenta una media de 5.3 y feminidad de 5.5.

SIDA y Heterosexualidad

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	HETEROSEXUALIDAD
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Malo-bueno Horrible-lindo Alegre-triste Amargo-dulce Admirable-despreciable Desagradable-agradable Placentero-doloroso Sano-enfermo Perfecto-imperfecto Soportable-insoportable Maravilloso-espantoso Responsable-irresponsable Pesimista-optimista No familiar-familiar Insignificante-grandioso Viejo-joven
FACTOR II	
Desagradable-agradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Contagioso-no contagioso Profundo-superficial Débil-fuerte Lento-rápido
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Pasivo-activo Chico-grande Escaso-abundante Conocido-desconocido

ACTITUD

SIDA	HETEROSEXUALIDAD
Ligeramente Negativa	Neutra

La estructura factorial de SIDA agrupa veinte escalas en tres factores; en tanto que la de Heterosexualidad agrupa veinticuatro en igual número de factores.

El Factor I de Heterosexualidad contiene siete (de nueve) escalas del Factor I de SIDA (maravilloso-espantoso; soportable-insoportable; horrible-lindo; sano-enfermo; responsable-irresponsable; admirable-despreciable y placentero-doloroso).

Los Factores II de ambas estructuras no coinciden en ninguna de sus escalas.

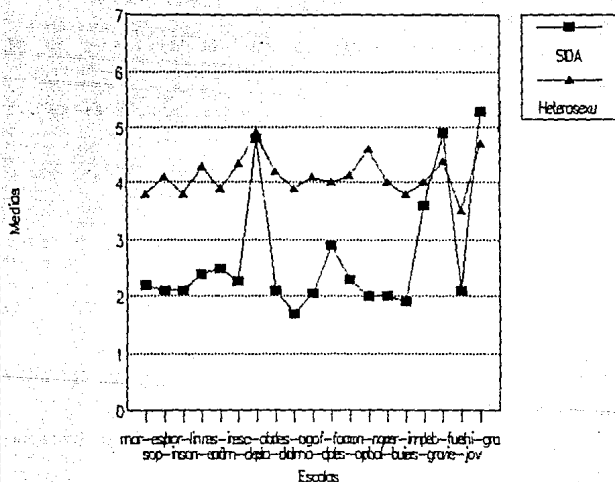
Los Factores III tan solo coinciden en una escala (chico-grande).

Seis de siete escalas que conforman el Factor II de SIDA las encontramos en el Factor I de Heterosexualidad.

Dos de cuatro escalas del Factor III de SIDA las encontramos en el Factor I de Heterosexualidad.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; mientras que para Heterosexualidad es: Neutra.

SIDA y Heterosexualidad



GRAFICA 44. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Heterosexualidad".

En la gráfica 44 se muestran las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos SIDA y heterosexualidad, éstas son:

En maravilloso-espantoso, SIDA presenta una media de 2.188 y heterosexualidad de 3.8.

En soportable-insoportable la media de SIDA es de 2.106 y la de heterosexualidad de 4.4.

En horrible-lindo, la media de SIDA es de 2.1 y la de heterosexualidad de 3.8.

En sano-enfermo la media de SIDA es de 2.4 y la de heterosexualidad de 4.3.

En responsable-irresponsable, la media de SIDA es de 2.5 y la de heterosexualidad de 3.9.

En admirable-despreciable la media de SIDA es de 2.278 y la de heterosexualidad de 4.345.

En escaso-abundante la media de SIDA es de 4.8 y la de heterosexualidad de 4.9.

En placentero-doloroso la media de SIDA es de 2.1 y la de heterosexualidad de 4.2.

En desagradable-agradable, la media de SIDA es de 1.7 y la de heterosexualidad de 3.9.

En amargo-dulce la media de SIDA es de 2.060 y la de heterosexualidad de 4.1.

En no familiar-familiar, la media de SIDA es de 2.9 y la de heterosexualidad de 4.0.

En pesimista-optimista, SIDA presenta una media de 2.3 y heterosexualidad de 4.143.

En contagioso-no contagioso, SIDA muestra una media de 2.0 y heterosexualidad de 4.613.

En malo-bueno, la media de SIDA es de 2.0 y la de heterosexualidad de 4.0.

En perfecto-imperfecto la media de SIDA es de 1.903 y la de heterosexualidad de 3.8.

En insignificante-grandioso la media de SIDA es de 4.606 y la de heterosexualidad de 4.0.

En débil-fuerte la media de SIDA es de 4.9 y la de heterosexualidad de 4.394.

En viejo-joven, SIDA muestra una media de 2.1 y heterosexualidad de 3.5.

Y en chico-grande, la media de SIDA es de 5.3 y la de heterosexualidad de 4.7.

SIDA y Relaciones Sexuales

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	RELACIONES SEXUALES
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Placentero-doloroso Admirable-despreciable Maravilloso-espantoso Responsable-irresponsable Alegre-triste Perfecto-imperfecto Horrible-lindo Desagradable-agradable
FACTOR II	
Desagradable-agradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Perfecto-imperfecto	Peligroso-seguro Insignificante-grandioso Viejo-joven Débil-fuerte Malo-bueno Sano-enfermo
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Conocido-desconocido Soportable-insoportable Profundo-superficial Amargo-dulce

ACTITUD

SIDA	RELACIONES SEXUALES
Ligeramente Negativa	Ligeramente Positiva

La estructura factorial de SIDA contiene veinte escalas en tanto que la de Relaciones Sexuales está integrada por dieciocho.

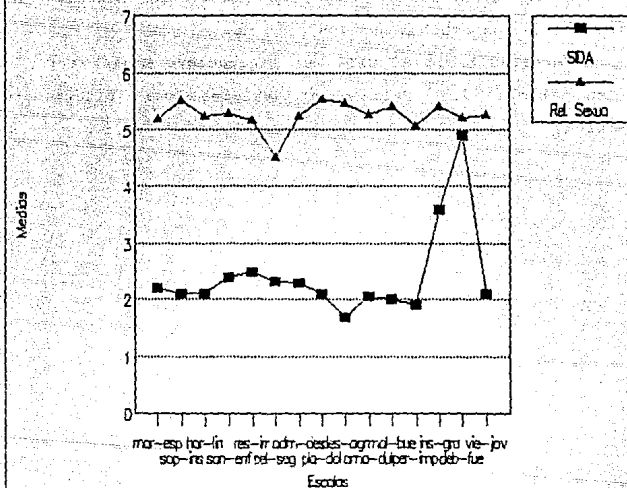
De las nueve escalas que integran el Factor I de SIDA, cinco las encontramos en el Factor I de Relaciones Sexuales.

Los Factores II de ambas estructuras no coinciden en ninguna de las escalas que los integran.

Los Factores III de SIDA y Relaciones Sexuales no coinciden en las escalas que los conforman.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa y, la actitud hacia las Relaciones Sexuales es: Ligeramente Positiva.

SIDA y Relaciones Sexuales



GRAFICA 45. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Relaciones Sexuales".

En la gráfica 45 se muestran las medias de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos SIDA y relaciones sexuales; éstas son:

En maravilloso-espantoso, la media de SIDA es de 2.188 y la de relaciones sexuales de 5.194.

En soportable-insoportable, la media de SIDA es de 2.106 y la de relaciones sexuales de 5.509.

En horrible-lindo, la media de SIDA es de 2.1 y la de relaciones sexuales de 5.248.

En sano-enfermo, la media de SIDA es de 2.4 y la de relaciones sexuales de 5.424.

En responsable-irresponsable la media de SIDA es de 2.5 y la de relaciones sexuales de 5.182.

En peligroso-seguro la media de SIDA es de 2.321 y la de relaciones sexuales de 4.509.

En admirable-despreciable, la media de SIDA es de 2.278 y la de relaciones sexuales de 5.236.

En placentero-doloroso, la media de SIDA es de 2.1 y la de relaciones sexuales de 5.533.

En desagradable-agradable, la media de SIDA es de 1.7 y la de relaciones sexuales de 5.436.

En amargo-dulce, la media de SIDA es de 2.060 y la de relaciones sexuales de 5.273.

En malo-bueno, la media de SIDA es 2.0 y la de relaciones sexuales de 5.424.

En perfecto-imperfecto, la media de SIDA es de 1.903 y la de relaciones sexuales de 5.067.

En insignificante-grandioso, la media de SIDA es de 3.606 y la de relaciones sexuales de 5.412.

En débil-fuerte, la media de SIDA es de 4.9 y la de relaciones sexuales de 5.216.

En viejo-joven, la media de SIDA es de 2.1 y la de relaciones sexuales de 5.273.

SIDA y Homosexualidad Masculina

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	HOMOSEXUALIDAD MASCULINA
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Sano-enfermo Maravilloso- espantoso Horrible-lindo Admirable-despreciable Responsable-irresponsable Malo-bueno
FACTOR II	
Desagradable-agradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Alegre-triste Placentero-doloroso Perfecto-imperfecto No familiar-familiar Desagradable-agradable
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Pesimista-optimista Amargo-dulce Peligroso-seguro

ACTITUD

SIDA	HOMOSEXUALIDAD MASCULINA
Ligeramente Negativa	Ligeramente Negativa

La estructura factorial de SIDA está integrada por veinte escalas en tanto que, la de Homosexualidad Masculina solo por catorce.

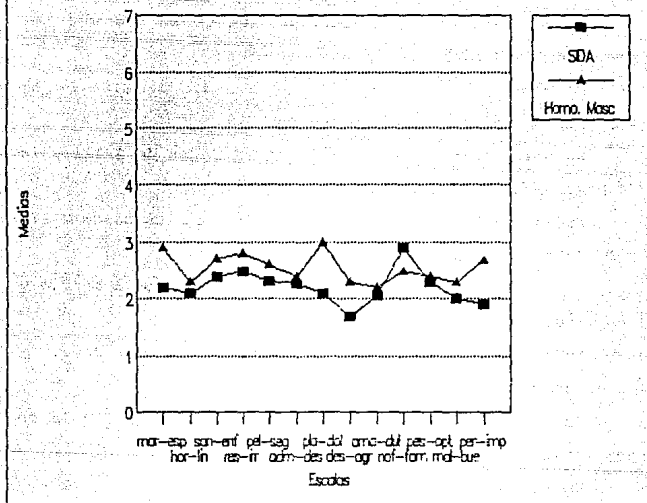
Cinco escalas (de seis) del Factor I de Homosexualidad Masculina las encontramos en el Factor I de SIDA.

Los Factores II de ambas estructuras contienen las siguientes escalas: desagradable-gradable; no familiar-familiar y perfecto-imperfecto.

Los Factores III no coinciden en ninguna escala.

La actitud hacia el SIDA y la Homosexualidad Masculina es: Ligeramente Negativa.

SIDA y Homosexualidad Masculina



GRAFICA 46. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Homosexualidad Masculina".

En la gráfica 46 se muestran las medias grupales de los reactivos dicotómicos que evalúan los conceptos de SIDA y homosexualidad masculina; éstas son:

En maravilloso-espantoso, la media de SIDA es de 2.188 y la de homosexualidad masculina de 2.9.

En horrible-lindo, la media de SIDA es de 2.1 y la de homosexualidad masculina de 2.3.

En sano-enfermo, la media de SIDA es de 2.4 y la de homosexualidad masculina de 2.9.

En responsable-irresponsable, la media de SIDA es de 2.5 y la de homosexualidad masculina 2.8.

En peligroso-seguro, la media de SIDA es de 2.321 y la de homosexualidad masculina de 2.6.

En admirable-despreciable, la media de SIDA es de 2.278 y la de homosexualidad masculina de 2.4.

En placentero-doloroso, SIDA muestra una media de 2.1 y homosexualidad masculina de 3.0.

En desagradable-gradable la media de SIDA es de 1.7 y la de homosexualidad masculina de 2.3.

En amargo-dulce, la media de SIDA es de 2.060 y la de homosexualidad masculina de 2.2.

En no familiar-familiar, la media de SIDA es de 2.9 y la de homosexualidad masculina de 2.5.

En pesimista-optimista, SIDA presenta una media de 2.3 y homosexualidad masculina de 2.4.

En malo-bueno, SIDA presenta una media de 2.0 y homosexualidad masculina de 2.3.

En perfecto-imperfecto, SIDA presenta una media de 1.903 y homosexualidad masculina de 2.091.

SIDA y Promiscuidad

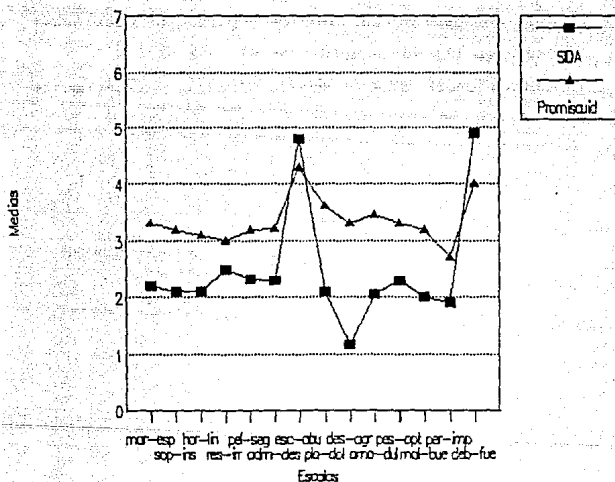
ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	PROMISCUIDAD
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Responsable-irresponsable Sano-enfermo Maravilloso-espantoso Peligroso-seguro Malo-bueno Soportable-insoportable Horrible-lindo Pesimista-optimista
FACTOR II	
Desagradable-gradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Placentero-doloroso Alegre-triste Amargo-dulce Desagradable-gradable Admirable-despreciable Perfecto-imperfecto
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Lento-rápido Escaso-abundante Débil-fuerte

ACTITUD

SIDA	PROMISCUIDAD
Ligeramente Negativa	Ligeramente Negativa

SIDA y Promiscuidad



GRAFICA 47. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Promiscuidad".

Veinte son las escalas que conforman la estructura factorial de SIDA; mientras que la de Promiscuidad está conformada por diecisiete.

El Factor I de ambas estructuras coincide en seis escalas (maravilloso-espantoso; soportable-insoportable; horrible-lindo; sano-enfermo; responsable-irresponsable y peligroso-seguro).

Los Factores II solo coinciden en tres escalas (desagradable-agradable; amargo-dulce y perfecto-imperfecto)

Los Factores III no coinciden en ninguna escala.

La actitud hacia SIDA y Promiscuidad es: Ligeramente Negativa.

En la gráfica 47 se muestran las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan los conceptos de SIDA y promiscuidad; éstas son:

Maravilloso-espantoso: en él SIDA presenta una media de 2.188 y promiscuidad de 3.3.

Soportable-insoportable: la media de SIDA es de 2.106 y la de promiscuidad de 3.2.

Horrible-lindo: la media de SIDA es de 2.1 y la de promiscuidad de 3.1.

Responsable-irresponsable: la media de SIDA es 2.5 y la de promiscuidad de 2.0.

Peligroso-seguro: la media de SIDA es de 2.321 y la de promiscuidad de 3.2.

Admirable-despreciable: la media de SIDA es de 2.278 y la de promiscuidad de 3.206.

Escaso-abundante: la media de SIDA es de 4.8 y la de promiscuidad de 4.3.

Placentero-doloroso: la media de SIDA es de 2.1 y la de promiscuidad 3.624.

Desagradable-agradable: la media de SIDA es de 1.7 y la de promiscuidad de 3.3.

Pesimista-optimista: la media de SIDA es de 2.3 y la de promiscuidad de 3.3.

Malo-bueno: la media de SIDA es de 2.0 y la de promiscuidad de 3.2.

Perfecto-imperfecto: la media de SIDA es de 1.903 y la de promiscuidad de 2.7.

Débil-fuerte: la media de SIDA es de 4.9 y la de promiscuidad de 4.0.

SIDA y Homosexualidad Femenina

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	HOMOSEXUALIDAD FEMENINA
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Horrible-lindo Admirable-despreciable Alegre-triste Desagradable-agradable Perfecto-imperfecto Amargo-dulce Malo-bueno Maravilloso-espantoso Peligroso-seguro Sano-enfermo Soportable-insoportable Responsable-irresponsable Placentero-doloroso Pesimista-optimista
FACTOR II	
Desagradable-agradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Débil-fuerte Profundo-superficial
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Conocido-desconocido Pasivo-activo Insignificante-grandioso

ACTITUD

SIDA	HOMOSEXUALIDAD FEMENINA
Ligeramente Negativa	Ligeramente Negativa

Veinte escalas integran la estructura factorial de SIDA; y diecinueve la de Homosexualidad Femenina.

Ocho (de nueve) escalas que integran el Factor I de SIDA las encontramos en el Factor I de Homosexualidad Femenina.

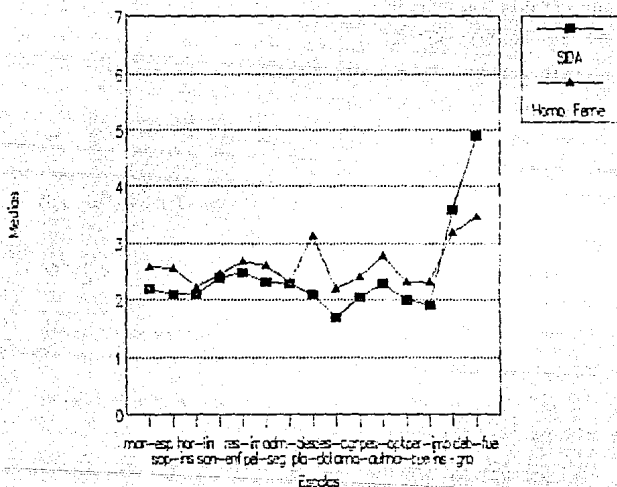
Los Factores II de ambas estructuras no coinciden.

Los Factores III de ambas estructuras no coinciden.

Cinco (de siete) escalas del Factor II de SIDA las encontramos en la estructuración del Factor I de Homosexualidad Femenina.

La actitud hacia ambos es: Ligeramente Negativa.

SIDA y Homosexualidad Femenina



GRAFICA 48. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Homosexualidad Femenina".

En la gráfica 48 se muestran las medias grupales de los reactivos dicotómicos que evalúan a los conceptos : SIDA y homosexualidad femenina; éstas son:

Maravilloso-espantoso: la media de SIDA es de 2.188 y la de homosexualidad femenina de 2.588.

Soportable-insoportable: la media de SIDA es de 2.106 y la de homosexualidad femenina de 2.564.

Horrible-lindo: la media de SIDA es de 2.1 y la de homosexualidad femenina de 2.224.

Sano-enfermo: la media de SIDA es de 2.4 y la de homosexualidad femenina de 2.467.

Responsable-irresponsable: la media de SIDA es de 2.5 y la de homosexualidad femenina de 2.682.

Peligroso-seguro: la media de SIDA es de 2.321 y la de homosexualidad femenina de 2.600.

Admirable-despreciable: la media de SIDA es de 2.278 y la de homosexualidad femenina de 2.321.

Placentero-doloroso: la media de SIDA es de 2.1 y la de homosexualidad femenina de 3.139.

Desagradable-agradable: la media de SIDA es de 1.7 y la de homosexualidad femenina de 2.188.

Amargo-dulce: la media de SIDA es de 2.060 y la de homosexualidad femenina de 2.418.

Pesimista-optimista: la media de SIDA es de 2.3 y la de homosexualidad femenina de 2.782.

Malo-bueno: la media de SIDA es de 2.0 y la de homosexualidad femenina de 2.333.

Perfecto-imperfecto: la media de SIDA es de 1.903 y la de homosexualidad femenina de 2.309.

Insignificante-grandioso: la media de SIDA es de 3.606 y la de homosexualidad femenina de 3.182.

Débil-fuerte: la media de SIDA es de 4.9 y la de homosexualidad femenina de 3.485.

SIDA y Las Tradiciones

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	LAS TRADICIONES
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso	Horrible-lindo
Soportable-insoportable	Insignificante-grandioso
Horrible-lindo	Desagradable-gradable
Sano-enfermo	No familiar-familiar
Responsable-irresponsable	Placentero-doloroso
Peligroso-seguro	Pesimista-optimista
Admirable-despreciable	Moderno-tradicional
Escaso-abundante	
Placentero-doloroso	
FACTOR II	
Desagradable-gradable	Perfecto-imperfecto
Amargo-dulce	Soportable-insoportable
No familiar-familiar	Sano-enfermo
Pesimista-optimista	Malo-bueno
Contagioso-no contagioso	Maravilloso-espantoso
Malo-bueno	
Perfecto-imperfecto	
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	Conocido-desconocido
Débil-fuerte	Chico-grande
Viejo-joven	Responsable-irresponsable
Chico-grande	

ACTITUD

SIDA	LAS TRADICIONES
Ligeramente Negativa	Ligeramente Positiva

La estructura factorial de SIDA está conformada por veinte escalas y la de Las Tradiciones, por quince.

Los Factores I solo coinciden en dos escalas (horrible-lindo y placentero-doloroso).

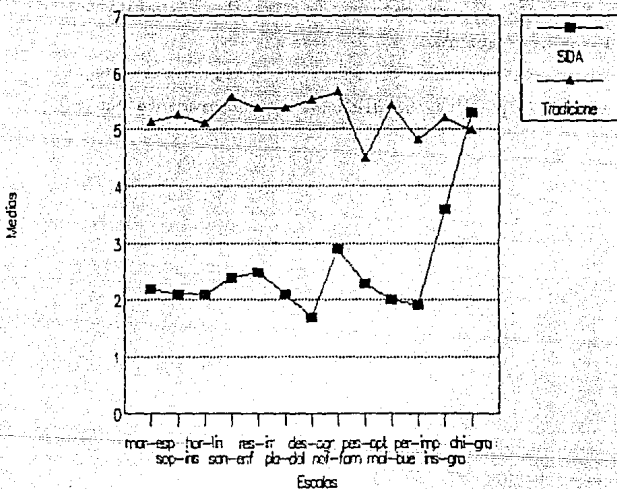
Los Factores II coinciden en dos escalas (malo-bueno y perfecto-imperfecto).

Los Factores III coinciden en una escala (chico-grande)

El resto de las escalas se distribuye indistintamente en todos los factores.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; mientras que para Las Tradiciones es: Ligeramente Positiva.

SIDA y Las Tradiciones



GRAFICA 49. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y -- "Las Tradiciones".

Soportable-insoportable: la media de SIDA es de 2.106 y la de las tradiciones de 5.242.

Horrible-lindo: la media de SIDA es de 2.1 y la de las tradiciones de 5.1.

Sano-enfermo: la media de SIDA es de 2.4 y la de las tradiciones de 5.411.

Responsable-irresponsable: la media de SIDA es de 2.5 y la de las tradiciones 5.360.

Placentero-doloroso: La media de SIDA es de 2.1 y la de las tradiciones de 5.345.

Desagradable-agradable: la media de SIDA es de 1.7 y la de las tradiciones de 5.497.

No familiar-familiar: la media de SIDA es de 2.9 y la de las tradiciones de 5.661.

Pesimista-optimista: la media de SIDA es de 2.3 y la de las tradiciones de 4.502.

Malo-bueno: la media de SIDA es de 2.0 y la de las tradiciones de 5.411.

Perfecto-imperfecto: la media de SIDA es de 1.903 y la de las tradiciones de 4.800.

Insignificante-grandioso: la media de SIDA es de 3.606 y la de las tradiciones de 5.2.

Chico-grande: la media de SIDA es de 5.3 y la de las tradiciones de 5.965.

SIDA y Yo como Creyente de mi Religión

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	YO COMO CREYENTE DE MI RELIGION
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso	No familiar-familiar
Soportable-insoportable	Horrible-lindo
Horrible-lindo	Insignificante-grandioso
Sano-enfermo	Desagradable-gradable
Responsable-irresponsable	Malo-bueno
Peligroso-seguro	Amargo-dulce
Admirable-despreciable	Profundo-superficial
Escaso-abundante	Alegre-triste
Placentero-doloroso	Perfecto-imperfecto
	Escaso-abundante
	Placentero-doloroso
FACTOR II	
Desagradable-gradable	Sano-enfermo
Amargo-dulce	Conocido-desconocido
No familiar-familiar	Responsable-irresponsable
Pesimista-optimista	Maravilloso-espantoso
Contagioso-no contagioso	
Malo-bueno	
Perfecto-imperfecto	
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	Peligroso-seguro
Débil-fuerte	Soportable-insoportable
Viejo-joven	Admirable-despreciable
Chico-grande	

ACTITUD

SIDA	YO COMO CREYENTE DE MI RELIGION
Ligeramente Negativa	Bastante Positiva

La estructura factorial de SIDA está integrada por veinte escalas y Yo como Creyente de mi Religión por dieciocho.

Los Factores I de ambas estructuras solo coinciden en tres escalas (horrible-lindo; escaso-abundante y placentero-doloroso).

Los Factores II no coinciden en ninguna.

Los Factores III no coinciden en ninguna.

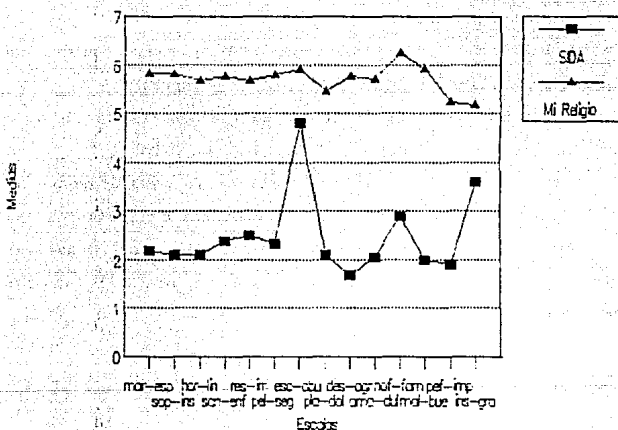
Cinco (de siete) escalas del Factor I de SIDA las encontramos formando parte del Factor I de Yo como Creyente de mi Religión (desagradable-agradable; amargo-dulce; no familiar-familiar; malo-bueno y perfecto-imperfecto).

Tres escalas (de cuatro) del Factor II de Yo como Creyente las encontramos en el Factor I de SIDA.

Las tres escalas del Factor III de Yo como Creyente de mi Religión, las encontramos en el Factor I de SIDA.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; mientras que para Yo como Creyente de mi Religión es: Bastante Positiva.

SIDA y Yo Como Creyente de mi Religion



GRAFICA 50. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Yo Como Creyente de mi Religión".

En la gráfica 50 se muestran las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de SIDA y yo como creyente de mi religión; éstas son:

Maravilloso-espantoso: SIDA presenta una media de 2.188 y yo como creyente de mi religión 5.826.

Soportable-insoportable: SIDA presenta una media de 2.105 y yo como creyente de mi religión 5.818.

Horrible-lindo: SIDA presenta una media de 2.1 y yo como creyente de mi religión 5.691.

Sano-enfermo: SIDA presenta una media de 2.4 y yo como creyente de mi religión de 5.745.

Responsable-irresponsable: SIDA muestra una media de 2.5 y yo como creyente de mi religión de 5.679.

Peligroso-seguro: SIDA muestra una media de 2.321 y yo como creyente de mi religión de 5.794.

Escaso-abundante: SIDA muestra una media de 4.8 y yo como creyente de mi religión de 5.902.

Placentero-doloroso: SIDA muestra una media de 2.1 y yo como creyente de mi religión de 5.436.

Desagradable-agradable: SIDA muestra una media de 1.7 y yo como creyente de mi religión de 5.768.

Amargo-dulce: SIDA muestra una media de 2.060 y yo como creyente de mi religión de 5.709.

No familiar-familiar: SIDA muestra una media de 2.9 y yo como creyente de mi religión de 6.248.

Malo-bueno: SIDA muestra una media de 2.0 y yo como creyente de mi religión de 5.905.

Perfecto-imperfecto: SIDA muestra una media de 1.903 y yo como creyente de mi religión de 5.242.

Insignificante-grandioso: SIDA muestra una media de 3.606 y yo como creyente de mi religión de 5.171.

SIDA y Mi Grupo Social

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	MI GRUPO SOCIAL
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Horrible-lindo Desagradable-gradable Admirable-despreciable Placentero-doloroso Alegre-triste Amargo-dulce Malo-bueno No familiar-familiar Soportable-insoportable Responsable-irresponsable Sano-enfermo Insignificante-grandioso Maravilloso-espantoso Conocido-desconocido Peligroso-seguro
FACTOR II	
Desagradable-gradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Profundo-superficial Moderno-tradicional Viejo-joven
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Lento-rápido Horrible-lindo

ACTITUD

SIDA	MI GRUPO SOCIAL
Ligeramente Negativa	Ligeramente Positiva

Ambas estructuras factoriales están integradas por veinte escalas.

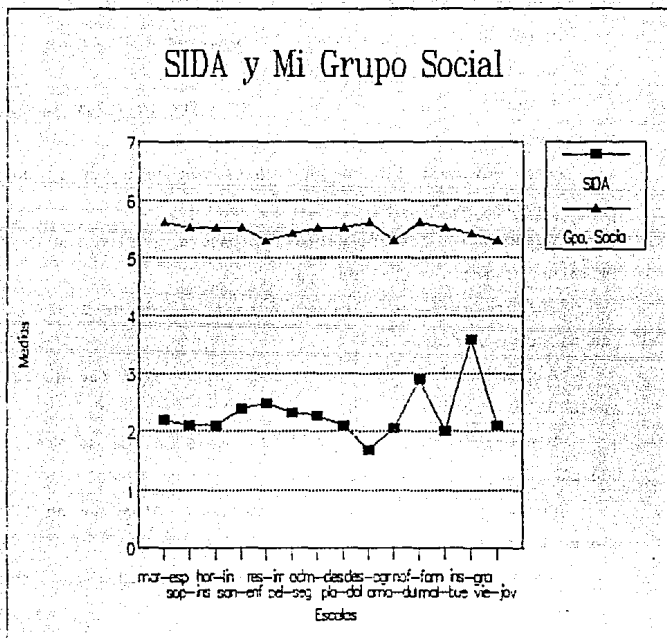
De nueve escalas que integran el Factor I de SIDA, siete las encontramos en el Factor I de Mi Grupo Social (maravilloso-espantoso; soportable-insoportable; sano-enfermo; responsable-irresponsable; peligroso-seguro; admirable-despreciable y placentero-doloroso).

Los Factores II no coinciden.

Los Factores III no coinciden.

Cuatro (de siete) escalas del Factor II de SIDA, las encontramos en la conformación del Factor I de Mi Grupo Social.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; en tanto que para Mi Grupo Social es: Ligeramente Positiva.



GRAFICA 51. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Mi Grupo-Social".

En la gráfica 51 se muestran las media de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de SIDA y mi grupo social; éstas son:

Maravilloso-espantoso: la media de SIDA fue de 2.188 y la de mi grupo social de 5.6.

Soportable-insoportable: la media de SIDA fue de 2.106 y la de mi grupo social de 5.5.

Horrible-lindo: la media de SIDA fue de 2.1 y la de mi grupo social de 5.5.

Sano-enfermo: la media de SIDA fue de 2.4 y la de mi grupo social de 5.5.

Responsable-irresponsable: la media de SIDA fue de 2.5 y la de mi grupo social de 5.3.

Peligroso-seguro: la media de SIDA fue de 2.321 y la de mi grupo social de 5.4.

Admirable-despreciable: la media de SIDA fue de 2.278 y la de mi grupo social de 5.5.

Placentero-doloroso: la media de SIDA fue de 2.1 y la de mi grupo social de 5.5.

Desagradable-gradable: la media de SIDA fue de 1.7 y la de mi grupo social 5.6.

Amargo-dulce: la media de SIDA fue de 2.060 y la de mi grupo social de 5.3.

No familiar-familiar: la media de SIDA fue de 2.9 y la de mi grupo social de 5.6.

Malo-bueno: la media de SIDA fue de 2.0 y la de mi grupo social de 5.5.

Insignificante-grandioso: la media de SIDA fue de 3.606 y la de mi grupo social de 5.4.

Viejo-joven: la media de SIDA fue de 2.1 y la de mi grupo social de 5.3.

SIDA y Mi Futuro

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	MI FUTURO
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso	Malo-bueno
Soportable-insoportable	Horrible-lindo
Horrible-lindo	Desagradable-agradable
Sano-enfermo	Viejo-joven
Responsable-irresponsable	Amargo-dulce
Peligroso-seguro	Soportable-insoportable
Admirable-despreciable	Pesimista-optimista
Escaso-abundante	
Placentero-doloroso	
FACTOR II	
Desagradable-agradable	Alegre-triste
Amargo-dulce	Perfecto-imperfecto
No familiar-familiar	Responsable-irresponsable
Pesimista-optimista	Admirable-despreciable
Contagioso-no contagioso	Placentero-doloroso
Malo-bueno	Conocido-desconocido
Perfecto-imperfecto	Sano-enfermo
FACTOR III	
Insignificante-grandioso	Moderno-tradicional
Débil-fuerte	Profundo-superficial
Viejo-joven	Insignificante-grandioso
Chico-grande	Escaso-abundante

ACTITUD

SIDA	MI FUTURO
Ligeramente Negativa	Bastante Positiva

La estructura factorial de SIDA está integrada por veinte escalas en tanto que la de Mi Futuro por dieciocho.

Los Factores I solo coinciden en dos escalas (soportable-insoportable y horrible-lindo).

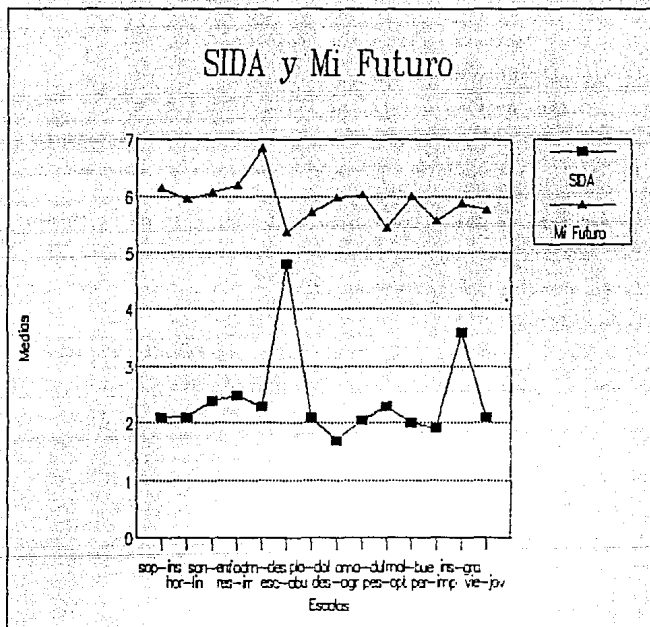
Los Factores II no coinciden en ninguna escala.

Los Factores III solo coinciden en una escala (insignificante-grandioso).

Cuatro escalas del Factor II de SIDA (de siete) las encontramos en el Factor I de Mi Futuro (desagradable- agradable; amargo-dulce; pesimista-optimista y malo-bueno).

Cuatro de las siete escalas del Factor II de Mi Futuro las encontramos en el Factor I de SIDA (responsable-irresponsable; admirable-despreciable; placentero-doloroso y sano-enfermo).

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; mientras que para Mi Futuro es: Bastante Positiva.



GRAFICA 52. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Mi Futuro".

En la gráfica 52 se muestran las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos SIDA y mi futuro; éstas son:

Soportable-insoportable: SIDA muestra una media de 2.188 y mi futuro de 6.127.

Horrible-lindo: SIDA muestra una media de 2.1 y mi futuro de 5.945.

Sano-enfermo: SIDA muestra una media de 2.4 y mi futuro de 6.055.

Responsable-irresponsable: SIDA muestra una media de 2.5 y mi futuro de 6.188.

Admirable-despreciable: SIDA muestra una media de 2.278 y mi futuro de 5.842.

Escaso-abundante: SIDA muestra una media de 4.9 y mi futuro de 5.35.

Placentero-doloroso: SIDA muestra una media de 2.1 y mi futuro de 5.709.

Desagradable-agradable: SIDA muestra una media de 1.7 y mi futuro de 5.964.

Amargo-dulce: SIDA muestra una media de 2.060 y mi futuro de 6.006.

Pesimista-optimista: SIDA muestra una media de 2.3 y mi futuro de 5.436.

Malo-bueno: la media de SIDA es de 2.0 y la de mi futuro de 6.000.

Perfecto-imperfecto: la media de SIDA es de 1.903 y la de mi futuro de 5.394.

Insignificante-grandioso: la media de SIDA es de 3.603 y la de mi futuro de 5.867.

Viejo-joven: la media de SIDA es de 2.1 y la de mi futuro de 5.794.

SIDA y Mi Vida

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS CONCEPTOS

SIDA	MI VIDA
FACTOR I	
Maravilloso-espantoso Soportable-insoportable Horrible-lindo Sano-enfermo Responsable-irresponsable Peligroso-seguro Admirable-despreciable Escaso-abundante Placentero-doloroso	Débil-fuerte Sano-enfermo Soportable-insoportable Conocido-desconocido Escaso-abundante Insignificante-grandioso Perfecto-imperfecto
FACTOR II	
Desagradable-gradable Amargo-dulce No familiar-familiar Pesimista-optimista Contagioso-no contagioso Malo-bueno Perfecto-imperfecto	Amargo-dulce No familiar-familiar Malo-bueno Admirable-despreciable Horrible-lindo
FACTOR III	
Insignificante-grandioso Débil-fuerte Viejo-joven Chico-grande	Alegre-triste Placentero-doloroso Desagradable-gradable

ACTITUD

SIDA	MI VIDA
Ligeramente Negativa	Bastante Positiva

Veinte son las escalas que integran la estructura factorial de SIDA, mientras que para Mi Vida solo tenemos quince.

El Factor I de ambas estructuras coinciden en tres escalas (soportable-insoportable; sano-enfermo y escaso-abundante).

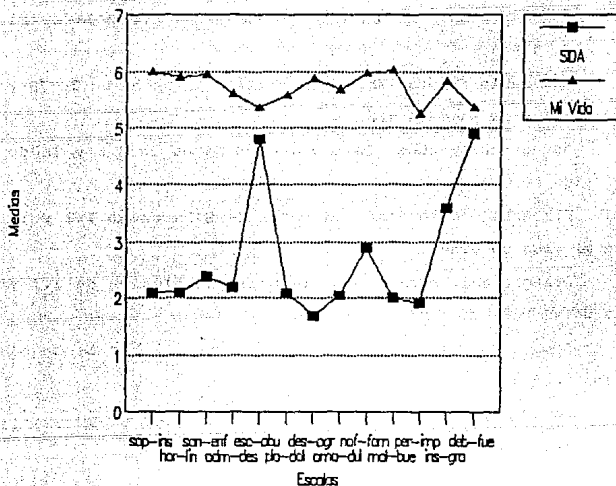
Tres son las escalas en que coinciden los Factores II (amargo-dulce; no familiar-familiar y malo-bueno).

Los Factores III no coinciden.

El resto de las escalas se distribuye indistintamente.

La actitud hacia el SIDA es: Ligeramente Negativa; mientras que para Mi Vida es: Bastante Positiva.

SIDA y Mi Vida



GRAFICA 53. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de "Sida" y "Mi Vida".

En la gráfica 53 se muestran las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de SIDA y mi vida; éstas son:

Soportable-insoportable: la media de SIDA es de 2.106 y la de mi vida de 6.0.

Horrible-lindo: la media de SIDA es de 2.1 y la de mi vida de 5.903.

Sano-enfermo: la media de SIDA es de 2.4 y la de mi vida de 5.945.

Admirable-despreciable: la media de SIDA es de 2.278 y la de mi vida es de 5.612.

Escaso-abundante: la media de SIDA es de 4.8 y la de mi vida de 5.345.

Placentero-doloroso: la media de SIDA es de 2.1 y la de mi vida de 5.582.

Desagradable-agradable: la media de SIDA es de 1.7 y la de mi vida de 5.867.

Amargo-dulce: la media de SIDA es de 1.7 y la de mi vida de 5.667.

No familiar-familiar: la media de SIDA es de 2.9 y la de mi vida de 5.958.

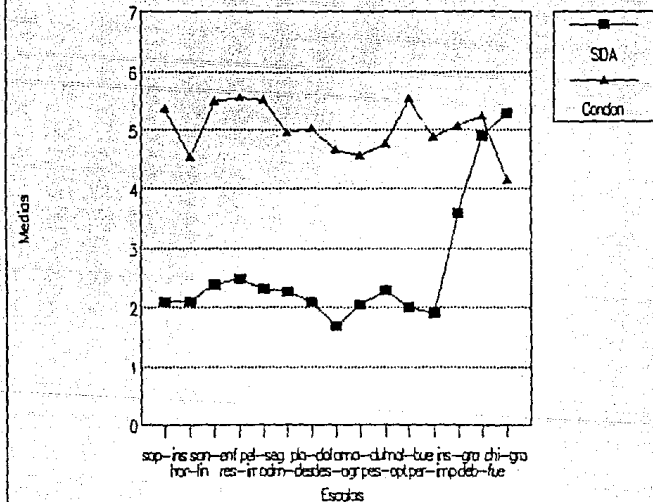
Malo-bueno: la media de SIDA es de 2.0 y la de mi vida de 6.006.

Perfecto-imperfecto: la media de SIDA es de 1.903 y la de mi vida de 5.242.

Insignificante-grandioso: la media de SIDA es de 3.606 y la de mi vida de 5.830.

Débil-fuerte: la media de SIDA es de 4.9 y la de mi vida de 5.365.

SIDA y Condon



GRAFICA 54. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Condon".

La gráfica 54 muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos de SIDA y condón: éstas son:

Soportable-insoportable: la media de SIDA es de 2.106 y la de condón de 5.362.

Horrible-lindo: la media de SIDA es de 2.1 y la de condón de 5.439.

Sano-enfermo: la media de SIDA es de 2.4 y la de condón de 5.479.

Responsable-irresponsable: la media de SIDA es de 2.5 y la de condón de 5.558.

Peligroso-seguro: la media de SIDA es de 2.321 y la de condón de 5.509.

Admirable-despreciable: la media de SIDA es de 2.278 y la de condón de 4.939.

Placentero-doloroso: la media de SIDA es de 2.1 y la de condón 5.030.

Desagradable-agradable: la media de SIDA es de 1.7 y la de condón 4.648.

Amargo-dulce: la media de SIDA es de 2.060 y la de condón de 4.558.

Pesimista-optimista: la media de SIDA es de 2.3 y la de condón de 4.770.

Malo-bueno: la media de SIDA es de 2.0 y la de condón de 5.533.

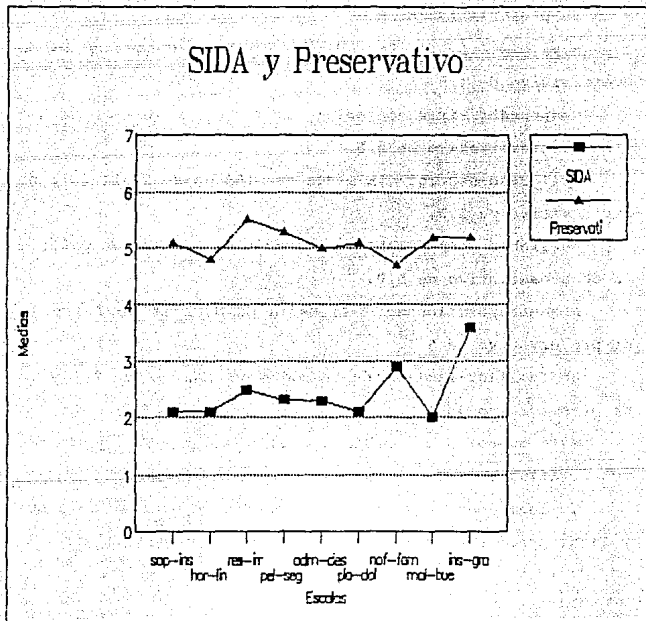
Perfecto-imperfecto: la media de SIDA es de 1.903 y la de condón de 4.879.

Insignificante-grandioso: la media de SIDA es de 3.606 y la de condón 5.067.

Débil-fuerte: la media de SIDA es de 4.9 y la de condón de 5.230.

Chico-grande: la media de SIDA es de 5.3 y la de condón de 4.158.

SIDA y Preservativo



GRAFICA 55. Medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos "Sida" y "Preservativo".

La gráfica 55 muestra las medias grupales de las escalas dicotómicas que evalúan a los conceptos SIDA y preservativo; éstas son:

Soportable-insoportable: la media de SIDA es de 2.106 y la de preservativo de 5.1.

Horrible-lindo: la media de SIDA es de 2.1 y la de preservativo de 4.8.

Responsable-irresponsable: la media de SIDA es de 2.5 y la de preservativo de 5.5.

Peligroso-seguro: la media de SIDA es de 2.321 y la de preservativo de 5.3.

Admirable-despreciable: la media de SIDA es de 2.278 y la de preservativo de 5.0.

Placentero-doloroso: la media de SIDA es de 2.1 y la de preservativo de 5.1.

No familiar-familiar: la media de SIDA es de 2.9 y la de preservativo de 4.7.

Malo-bueno: la media de SIDA es de 2.0 y la de preservativo de 5.2.

Insignificante-grandioso: la media de SIDA es de 3.606 y la de preservativo de 5.2.

P A R T E 3

CONCLUSION, DISCUSION Y APORTES

CONCLUSIONES (... de los resultados)

El objetivo del capítulo es contrastar los datos obtenidos; para lo cual nos guiaremos por tres ejes fundamentales:

Las preguntas de investigación:

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ?.

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia la Sexualidad ?.

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia el proceso salud-enfermedad ?.

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia los Agentes de socialización de su medio ?.

* ¿Cuál es la orientación cultural de los adolescentes mexicanos ?.

Las Hipótesis

Conceptual. La cultura mexicana (PHSCs), a través del proceso de socialización (experiencias de aprendizaje) influye en la conformación de creencias, valores, actitudes y patrones conductuales de los miembros de los grupos societarios. Por lo tanto, las actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Proceso salud-enfermedad y

Agentes Sociales, van a estar influenciadas por el tipo de orientación cultural que presenten.

Operacionales

Ho: No existe relación entre el grado de tradicionalidad cultural y las actitudes hacia el SIDA; Proceso Salud-Enfermedad; y Agentes Sociales, en un grupo de adolescentes mexicanos.

Hi: Si existe relación entre el grado de tradicionalidad cultural y las actitudes hacia el SIDA; Proceso Salud-Enfermedad; y Agentes Sociales, en un grupo de adolescentes mexicanos.

El Marco Teórico

Contrastaremos los resultados con los conceptos teóricos que fundamentan este trabajo.

LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACION

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida ?.

De acuerdo con los resultados obtenidos a través del Diferencial Semántico, utilizado para tal propósito, ésta es: **LIGERAMENTE NEGATIVA.**

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad ?.

De acuerdo con los diferenciales semánticos utilizados para tal efecto, no existe una actitud global y única hacia la sexualidad; sino por el contrario, coexisten actitudes. En nuestro caso nos es posible agruparlas en dos renglones: lo positivo y lo negativo; a ellos se adhieren los temas tratados en el rubro de sexualidad. Veamos.

Lo positivo

La actitud hacia la Masculinidad es: **LIGERAMENTE POSITIVA.**

La actitud hacia el Sexo Opuesto es: **LIGERAMENTE POSITIVA..**

La actitud hacia las Relaciones Sexuales es: **LIGERAMENTE POSITIVA.**

La actitud hacia la Feminidad es: **LIGERAMENTE POSITIVA.**

La actitud hacia Yo Como Pareja es: **BASTANTE POSITIVA.**

Lo Negativo

La actitud hacia la Homosexualidad Femenina es:
LIGERAMENTE NEGATIVA.

La actitud hacia la Homosexualidad Masculina es:
LIGERAMENTE NEGATIVA.

La actitud hacia la Promiscuidad es: LIGERAMENTE
NEGATIVA.

La actitud hacia la Prostitución es: LIGERAMENTE
NEGATIVA.

Lo Neutro

En esta categoría tenemos una sola variable:
Heterosexualidad. Para ella la actitud es: NEUTRA.

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia los
Agentes de Socialización ?

Seis fueron los conceptos seleccionados para integrar
esta variable compleja; los resultados obtenidos a través de
los diferenciales semánticos utilizados para tal efecto, nos
permite abrir un rubro: positivo. Entonces, las actitudes
de los adolescentes participantes en el estudio son:

Hacia Las Tradiciones: LIGERAMENTE POSITIVA.

Hacia Yo Como Creyente de mi Religión: BASTANTE
POSITIVA.

Hacia Mi Futuro: BASTANTE POSITIVA.

Hacia Mi Vida: BASTANTE POSITIVA.

Hacia Mi Familia: BASTANTE POSITIVA.

Hacia Mi Grupo Social: BASTANTE POSITIVA.

Podemos concluir que la actitud hacia los Agentes Sociales es: BASTANTE POSITIVA.

* ¿Cuál es la actitud de los adolescentes hacia el Proceso Salud-Enfermedad ?.

Once fueron los conceptos agrupados en torno a esta variable compleja. Aquí excluimos el concepto SIDA por haberlo trabajado por separado; lo que se justifica ya que se convierte en el tema central del estudio.

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de los diferenciales semánticos utilizados para evaluar las actitudes hacia los otros temas de Salud-Enfermedad, podemos agruparlas en dos categorías: positivo y negativo.

Lo positivo

La actitud hacia la Salud Física es: BASTANTE POSITIVA.

La actitud hacia la Salud Mental es: LIGERAMENTE POSITIVA.

La actitud hacia Conducta Normal es: BASTANTE POSITIVA.

La actitud hacia Vida es: BASTANTE POSITIVA.

Lo negativo

La actitud hacia la Enfermedad Física es: LIGERAMENTE NEGATIVA.

La actitud hacia la Enfermedad Mental es: LIGERAMENTE NEGATIVA.

La actitud hacia la Conducta Desviada es: LIGERAMENTE NEGATIVA.

La actitud hacia la Drogadicción es: LIGERAMENTE NEGATIVA.

La actitud hacia el Cancer es: LIGERAMENTE NEGATIVA.

La actitud hacia la Muerte es: LIGERAMENTE NEGATIVA.

Como es posible apreciar el rubro de lo positivo agrupa a aquellos conceptos referidos a la Salud. Mientras que el de lo negativo a los referidos a la Enfermedad.

Otro aspecto a notar es que, tres de los conceptos que agrupa la Salud (de cuatro) presentan una actitud Bastante Positiva. En tanto que todos los referidos a la Enfermedad presentan una actitud Ligeramente Negativa. El énfasis lo ponemos en lo bastante y lo ligero.

* ¿Cuál es la orientación cultural de los adolescentes mexicanos ?.

Aquí estamos hablando de grado de tradicionalidad cultural y de los adolescentes participantes en el estudio. Para evaluarla utilizamos el Cuestionario de la Familia Mexicana (PHSCs).

Tradicionalidad cultural se presenta como una variable compleja referida a la familia mexicana, sus integrantes y la relación que se establece entre ellos. El análisis factorial nos permitió conocer los factores que la estructuran; y ellos nos permiten observar que una misma población (muestra) puede presentar diferentes grados de tradicionalidad de acuerdo al tema que se aborde.

De esta manera abrimos dos rubros de tradicionalidad cultural: tradicional e innovador.

Lo tradicional

Hacia la Virgindad los adolescentes se manifestaron:
TRADICIONALES.

Hacia la Abnegación manifestaron: TENDENCIA A LA
TRADICIONALIDAD.

Hacia el Temor a la Autoridad manifestaron: TENDENCIA
A LA TRADICIONALIDAD.

Hacia la Rigidez Cultural manifestaron: TENDENCIA A LA
TRADICIONALIDAD.

Lo Innovador

Hacia el Honor Familiar manifestaron: TENDENCIA A LA
INNOVACION.

Hacia el Machismo manifestaron: TENDENCIA A LA
INNOVACION.

Hacia el Respeto sobre Amor manifestaron: TENDENCIA A
A INNOVACION.

... Y la neutralidad

En esta categoría los adolescentes se manifestaron en
dos factores: Obediencia Afiliativa vs. Autoafirmación
Activa y Honor Familiar.

LAS HIPOTESIS

Orientación Cultural y Agentes Sociales

En este rubro propusimos una relación entre el grado de tradicionalidad cultural y agentes sociales. Partimos del supuesto de que la transmisión de la primera correría a cargo de los segundos. Los resultados nos permiten concluir que, en la muestra participante en el estudio, tal relación es: POSITIVA.

En la parte correspondiente al Marco Teórico argumentaremos el por qué tanto factores que califican hacia lo tradicional, factores que califican en la neutralidad y factores que califican hacia la innovación, se pueden relacionar positivamente con conceptos que hacen referencia a los mediadores entre el ser y su cultura.

Orientación Cultural y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Los resultados obtenidos en el Cuestionario de la Familia Mexicana, en general, nos permiten ubicar a la muestra de adolescentes mas cerca de la tradicionalidad que de la innovación.

Por otro lado los resultados del diferencial semántico de Sida, nos permiten ubicar la actitud hacia él, como ligeramente negativa.

En cuanto a una posible relación entre ellos, tan solo es posible hipotetizarla y, ésta sería en sentido NEGATIVO. Tal suposición la permite el hecho de que los factores del Cuestionario de la Familia Mexicana se despliegan entre la tradicionalidad y la innovación, teniendo mas peso el primero que el segundo; ésto permite que la actitud hacia el Sida se manifieste tan solo en lo ligeramente negativo (en la conclusión del tercer eje -marco teórico- ampliaremos nuestros argumentos en favor de la proposición hecha).

Orientación Cultural y Proceso Salud-Enfermedad

En nuestras hipótesis conceptual y operacionales no predijimos la tendencia de la relación supuesta entre una variable y otra; por ello en este lugar formulamos la segunda parte de las hipótesis. Quedarían estructuradas como sigue:

Conceptuales

A. El concepto Salud-Enfermedad representa un proceso de complejidad dialéctica y, por tanto, difícil de definir. Todos y cada uno de los conceptos seleccionados representan fenómenos que se manifiestan en el Ser Humano y, siendo un proceso dialéctico, es difícil separar de manera tajante la salud de la enfermedad.

La taxonomía que presentamos como agrupación de conceptos que representan las categorías teóricas en oposición, obedece a fines prácticos.

B. Históricamente la humanidad ha privilegiado la búsqueda de la salud y el rechazo de la enfermedad.

Operacionales

Ho: No existe relación entre la Orientación Cultural y la actitud hacia la Salud, en un grupo de adolescentes mexicanos.

Hi: Si existe relación entre la Orientación Cultural y la actitud hacia la Salud, en un grupo de adolescentes mexicanos. Esta relación es positiva.

Ho: No existe relación entre la Orientación Cultural y la actitud hacia la Enfermedad, en un grupo de adolescentes mexicanos.

Hi: Si existe relación entre la Orientación Cultural y la actitud hacia la Enfermedad, en un grupo de adolescentes mexicanos. Esta relación es negativa.

Los datos obtenidos a través de los instrumentos de medición utilizados para tal efecto, nos permiten la aceptación de las hipótesis alternas en ambos casos, pues para la salud manifiestan una actitud bastante positiva; mientras que para la enfermedad solo es ligeramente negativa.

A la luz de los conceptos teóricos utilizados, quedará mas claro el por qué de las relaciones encontradas.

EL MARCO TEORICO

En este apartado la contrastación es entre los elementos teóricos que fundamentan la investigación, la respuesta a las preguntas formuladas y las hipótesis enunciadas.

Marco Teórico y Preguntas de Investigación

A la pregunta sobre las actitudes hacia el SIDA, los datos nos indicaron que éstas eran ligeramente negativas; lo cual, en cierta medida es un resultado que esperabamos, dada la difusión de los elementos negativos relacionados con el síndrome.

Teníamos tres rangos de negatividad: ligeramente negativo, negativo y muy negativo. Los adolescentes participantes en el estudio optaron por la opción más baja; ésto puede deberse a varias razones.

Si bien ha habido una amplia difusión sobre la temática del SIDA, uno de los aspectos que se han revelado es que, en inicio, fué asignado a uno o varios grupos sociales considerados como "desviantes". Esto permite un cierto distanciamiento del mismo y, por ende, la consideración de que las probabilidades de contagio son mínimas. A ello contribuye la exagerada difusión de la utilidad del condón como "la" medida preventiva mas eficaz.

Tampoco olvidamos que estamos trabajando con adolescentes que, como lo mencionabamos, recién inician o

iniciarán próximamente el ejercicio activo de su sexualidad, vía las relaciones sexuales que implican el coito y la transmisión de fluidos corporales entre ambos miembros de la pareja.

Siendo éste un momento vital en el ciclo vital del humano, es factible que no sea claramente asociado con el peligro y, mucho menos, con la adquisición del virus del SIDA. Es mas probable que éste sea asociado con un embarazo no deseado.

A la pregunta sobre la actitud hacia la sexualidad, es interesante observar que, los datos de los diferenciales semánticos utilizados, pueden claramente dividirse en lo negativo de la sexualidad y lo positivo de la misma; de tal manera que, la masculinidad; el sexo opuesto; relaciones sexuales; feminidad y autopercepción como pareja obtienen una actitud positiva de parte de los adolescentes participantes en el estudio.

Los fenómenos psicosociales que representan estos conceptos entran en la categoría de lo social y culturalmente aceptado. Los adolescentes participantes en este estudio, con sus respuestas, nos muestran claramente que, a pesar de encontrarse en el período vital cuya característica principal es la rebeldía ante lo establecido,

han internalizado algunos valores de su cultura con respecto a la sexualidad. Antes sus aspectos positivos se muestran tradicionales.

La calificación de ligeramente de igual manera puede ser interpretada a la luz de las características de la adolescencia. Es en este período en el que el rol de género enraiza con mas profundidad y, cuando se van delineando con mayor claridad las características individuales que prevalecerán en el futuro. Es, pues, un acercamiento cualitativamente diferente a si mismos, al sexo opuesto y al tipo de relaciones que puede establecerse con él. Es un acercamiento permeado por la búsqueda de identidad (entendida ésta como una diferente manera de concebir y relacionarse con el mundo), por el desconocimiento del otro (igual) que también cambia y el deseo de reconocerlo. Estamos ante un fenómeno de acercamiento-alejamiento para el establecimiento de relaciones diferenciadas.

Relaciones que también estarán sobredeterminadas por las actitudes que se tengan hacia lo "negativo" de la sexualidad; calificación otorgada por los adolescentes a: homosexualidad masculina; homosexualidad femenina; promiscuidad y prostitución.

Como es perfecta y claramente detectable, éstos conceptos representan fenómenos que, secularmente, han obtenido el rechazo social. Su aceptación colocaría al sujeto, en lo interno y -quizá- en lo externo, en una categoría de desviante.

Un dato de enorme reevancia que viene a apuntalar lo anterior, es la actitud manifestada ante la heterosexualidad. En nuestro rango de calificaciones le llamamos neutralidad . Psicológicamente ésta categoría no significa que no se tenga posición frente al tema que se aborda. Nuestras escalas dicotómicas, antes bien, señalan un continuo de apreciación de un fenómeno determinado. Por tanto, si encontramos una calificación en el punto medio, psicológicamente significaría que él o los sujetos en cuestión se encuentran en la posición de optar hacia lo positivo o lo negativo.

Lo que resalta es el hecho de que fue precisamente la categoría de heterosexualidad la que recibió esta calificación.

De acuerdo con las teoría de desarrollo, es en la adolescencia donde alcanza a definirse con claridad el objeto de deseo. Esta elección forma parte culminante de toda la estructuración del individuo humano; ésto querría decir que previo a tal salto cualitativo, se pasa por un estado de indefinición sexual (en cuanto a la selección de objeto).

Es posible que ésto ayude a fundamentar las explicaciones formuladas en torno a la calificación ligeramente otorgada tanto a los aspectos -socialmente- considerados como negativos y positivos de la sexualidad humana.

Mención aparte merece el concepto Yo como Pareja. La calificación otorgada por los adolescentes cayó en el rango de lo bastante positivo. Primero hay que recordar que este concepto hace referencia a la autovalorización que, en este caso, es en cuanto a la relación con otro.

La autopercepción de los participantes en el estudio concuerda con algunos postulados teóricos que hablan de la adolescencia. Nos dicen que, si bien, en esta etapa el sujeto humano se encuentra en búsqueda de identidad, también es en ella donde florece ampliamente el sentimiento de poder, independencia y libertad; sobre todo, al comparar sus capacidades con las de los adultos que se encuentran en su entorno próximo.

En síntesis, con respecto a la sexualidad, los adolescentes participantes en nuestro estudio, respondieron a los reactivos de nuestros instrumentos de evaluación, conforme a los supuestos teóricos empleados para fundamentar la investigación.

La tercera pregunta está enfocada a las actitudes hacia los agentes de socialización. Esta es una variable compleja difícil de definir. En nuestro caso la subdividimos en otras variables que, quizá no resulte muy claro el por qué fueron consideradas como agentes sociales.

En principio, partimos del supuesto de que un agente social no es tan solo un ser humano, sino que puede ser

considerado como tal toda cosa, evento, situación, circunstancia o personaje que posibilite la transmisión de los valores de la cultura.

Desde esta perspectiva, los fenómenos representados por los conceptos las tradiciones; mi futuro y mi vida, pueden ser perfectamente considerados como agentes sociales. Estos, en la perspectiva mas usual son considerados como productos de la socialización; por tanto, elementos transmitidos por agentes sociales.

Desde nuestra perspectiva, que no es otra mas que la misma percepción de las tradiciones, el futuro y la vida propia, se convierten en agentes de socialización, a participar en la selección, vivencia e interpretación de los fenómenos de vida cotidiana.

Partiendo de este entendido globalizamos los resultados bajo la categoría enunciada en agentes de socialización y ésta es bastante positiva.

En un plano mas particular encontramos que aquella que habla de las tradiciones es tan solo ligeramente positiva. Recordando que las definimos como "conjunto de normas, valores, creencias, actitudes y comportamientos que caracterizan una cultura", no es difícil aceptar que la calificación de ligeramente sea otorgada por un grupo de adolescentes, quienes se encuentran en un punto medular de discusión con los mandamientos de su cultura.

Contrasta un poco, sin embargo, con la calificación otorgada a yo como creyente de mi religión. Si este

concepto lo que ampara es la autovaloración como miembro activo de un grupo con creencias religiosas; éstas forman parte de las tradiciones de una cultura. En México ésto adquiere particular relevancia.

Al respecto hacemos las siguientes suposiciones:

En primer lugar que, al ser presentadas dos categorías que señalan hacia las tradiciones, les permitió separar las religiosas de cualquier otro tipo de tradición.

En segundo lugar que, las tradiciones en materia de religión pueden llegar a ser mas importantes que cualquier otro tipo de tradición.

Con ello confirmaríamos la relación que existe entre la información proporcionada por nuestra muestra y, la de los conceptos teóricos utilizados para tal efecto; ellos nos hablan de la importancia que la religión tiene en la cultura mexicana.

Por otro lado mi vida y mi futuro nos hablan de significado de las experiencias cotidianas y las expectativas a largo plazo, respectivamente. Esto está directamente relacionado con el sujeto mismo y, de alguna manera con su calidad de vida percibida. El que sean bastante positivas puede estar relacionada con la característica de optimismo que tiene la adolescencia, que, en cierto sentido desean ser y estar mejor que la generación que les antecede. Esto adquiere mayor significación al reparar que los adolescentes que participaron en el estudio pertenecen a un estrato socioeconómicamente bajo.

También vemos que a pesar de la supuesta rebeldía adolescente, que se manifiesta particularmente al interior y con la familia, ésta sigue ocupando un sitio importante en la percepción de los sujetos. Confirma la importancia neurálgica concedida a ésta por Díaz-Guerrero, en relación con el desarrollo de la personalidad de los mexicanos.

La actitud bastante positiva concedida a mi grupo social confirman las observaciones realizadas en torno al papel que el grupo de pares tiene para el adolescente. Al interior de éste irá encontrando un campo fértil para su desarrollo.

Respecto al proceso salud-enfermedad se confirman las hipótesis de que la salud ha sido privilegiada y la enfermedad rechazada. Esto por lo menos desde un punto de vista de representación social, pues hemos visto que, en el terreno de las acciones quien ha resultado privilegiada es la enfermedad.

En torno a las respuestas otorgadas a la pregunta sobre la orientación cultural del adolescente mexicano es posible realizar las siguientes observaciones:

La tendencia a la tradicionalidad está focalizada en la virginidad; la abnegación; temor a la autoridad y rigidez cultural. Por las calificaciones obtenidas fueron colocadas en esta categoría. Sin embargo, es difícil decidir si

realmente hay una tendencia a la tradicionalidad o, por el contrario, un distanciamiento de la misma.

Partimos del supuesto de que en los albores de la adolescencia se puede llegar a ser tradicional, entendida esta postura como la aceptación de afirmaciones que ubican al sujeto en la aceptación de cierta premisa cultural. Esto, porque en principio, estamos en recepción de aquello que nuestra cultura señala como positivo y lo que señala como negativo. Con la adolescencia llegan cambios a nivel cognitivo que pueden facilitar cambios cualitativos en la percepción social del sujeto, previa discriminación y reflexión sobre la información que se recibe.

Y es precisamente en la infancia donde se puede llegar a desarrollar una mayor dependencia del medio familiar, particularmente de las figuras paternas y, una concepción más tajante del rol de género. Por esto resulta difícil decidir si van hacia lo tradicional o salen de ella.

Mención aparte merece el factor virginidad. En la adolescencia ésta se encuentra mayormente relacionada con el amor romántico; la idealización de la pareja y del deseo femenino de ser de un solo hombre, preferentemente de aquél que será el marido.

Esto quiere decir que otra simbolización de la virginidad tiene, en esta época de la vida menor peso; como por ejemplo, el ejercicio del poder de un sexo sobre otro o, la pérdida de importancia por la resignificación del acto sexual.

En la tendencia a la innovación encontramos el honor familiar; el machismo y, el respecto sobre el amor. El cambio en estos conceptos podría estar influido por el énfasis social que, sobre su resignificación, se ha venido haciendo desde hace aproximadamente tres décadas.

Otra interpretación es menos factible debido a que según señalan los escritos sobre adolescencia, en esta etapa se reafirman los patrones cognitivo-conductuales asociados al rol de género y, precisamente aquellos representados por tales conceptos, han sido característicos de la psicología del mexicano.

En el punto medio del continuo, precisamente encontramos elementos del honor familiar y la obediencia afiliativa vs. autoafirmación activa. Los elementos componentes de esta última categoría, al estar en oposición representan el quid de la adolescencia. La resolución de las contradicciones que presenta este ciclo vital encaminaría directamente hacia la autoafirmación activa. En los adolescentes que participaron en el estudio no observamos -aún- la resolución de la oposición. Creemos que optar por la obediencia afiliativa no resuelve, en ningún caso, la opción por la autoafirmación activa si permitiría hablar de desarrollo.

Si rescatamos el hecho de que aún existe temor a la autoridad y una cierta aceptación de la abnegación, resulta prometedor encontrarlos en la transición de obediencia

afiliativa y autoafirmación activa.

MARCO TEORICO E HIPOTESIS

Hipotetizamos sobre la existencia de una relación entre el grado de tradicionalidad y los agentes de socialización. Dados los resultados obtenidos, establecimos que ésta es positiva. Por una relación positiva entendemos que ambas variables se manifiestan en la misma -positiva-dirección.

Teóricamente los factores que califican hacia los tradicional, lo intermedio y lo innovador se relacionan positivamente con los conceptos que representan a los agentes sociales.

Al calificar como bastante positiva la actitud hacia mi familia y yo como creyente de mi religión y ligeramente positiva hacia las tradiciones, podemos relacionarlas con los factores virginidad; abnegación temor a la autoridad y rigidez cultural, pues como ha quedado asentado en el marco teórico, son valores culturales promovidos en gran medida por la religión y transmitidos en el contexto familiar.

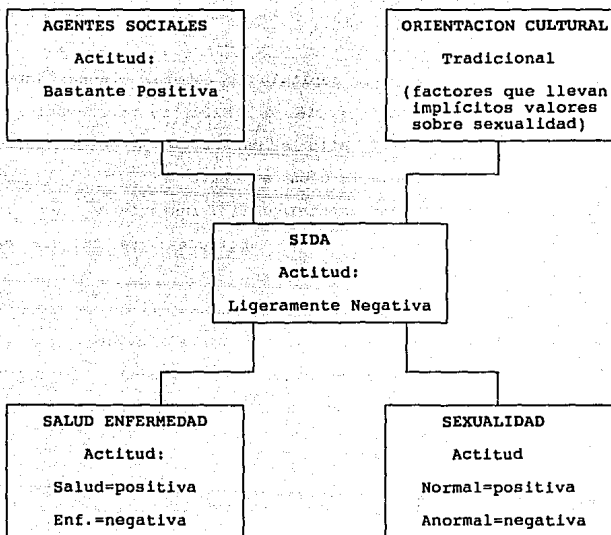
Mi vida; mi futuro y mi grupo social pueden estar relacionados con los factores que se encuentran en el punto intermedio o que muestran tendencia a la innovación. Todos ellos hablan de una definición de la personalidad o, en otras palabras, de la continuidad del desarrollo.

La relación hipotetizada entre la orientación cultural y el SIDA, de acuerdo con los datos recabados resultó en sentido negativo. Entendemos por una relación negativa la yuxtaposición de dos variables; es decir, que mientras una va en una dirección la otra va en dirección contraria.

En los factores que califican con tendencia a la tradicionalidad podemos ubicar el peso de tal relación, puesto que en ellos se encuentra implícita la significación de las diferentes dimensiones del SIDA; como sería el caso de la sexualidad y desviación implícita. Por ejemplo, en el temor a la autoridad podría residir también el temor a la estigmatización. En síntesis, son éstos los factores que engloban valores importantes de la cultura mexicana.

Globalmente los factores que tienden hacia la innovación ejercerían un cierto contrapeso a los que tienden a la tradicionalidad. Ello y las razones expuestas en la discusión de la actitud hacia el SIDA, posibilitarían que ésta se encuentre calificada como ligeramente negativa.

Respecto a la relación orientación cultural y proceso salud-enfermedad, resta poco o casi nada que decir después de lo expuesto en el apartado que antecede. Tan solo diríamos que los datos confirman las hipótesis propuestas y que, en lo referente a elementos teóricos, éstos no fueron manejados en el cuerpo del escrito.



Influencias psicosociales de la actitud hacia el SIDA.

REFLEXIONES EN TORNO AL SIDA

El objetivo de este capítulo es esbozar algunas ideas en torno a la concepción social del SIDA; su problemática y sus perspectivas; todo ello a partir de los resultados obtenidos en la investigación expuesta en los capítulos anteriores pero, fundamentalmente, insistiendo en la importancia del estudio de las actitudes; la cultura en México y, la psicología del mexicano.

En primera instancia nos gustaría insistir en el énfasis puesto en el estudio de las actitudes. En algún momento señalamos que se había convertido en "El tema" de la psicología social.

La definición que nos permite operacionalizar el estudio de las actitudes, nos dice que éstas representan una posición favorable o desfavorable hacia un objeto estímulo determinado. De esta manera, en su medición, podemos movilizarnos en un continuo que oscila entre lo mas favorable y lo mas desfavorable.

Una elección realizada en cualquier punto del continuo, psicológicamente estaría indicándonos que se ha tomado una decisión en torno a algo (el objeto-estímulo) o, dicho de otra manera, que el sujeto que la hizo está manifestando parte de su esquema conceptual de vida cotidiana.

Por ello es que, teóricamente, se ha considerado que la actitud puede representar el punto neurálgico de unión entre lo social y lo psicológico.

Lo psicológico, puesto que es producto de un acto cognitivo y, al ser tal, es fundamentalmente humano e individual. Y es social, puesto que revela la internalización de la cultura por parte de un sujeto. La actitud es la exposición sintética de la cosmovisión individual y grupal.

Y el objeto de estudio de la psicología social es, precisamente, la relación dialéctica individuo-sociedad. Y es dialéctica porque al afirmarse un miembro de la diada niega al otro, siendo esto posible por la individualización de lo social y la socialización de lo individual.

En el primer proceso (individualización de lo social) el sujeto recibe la información cultural necesaria para su estancia en el mundo de los hombres; estancia caracterizada

por la adopción de formas de pensamiento y estilos de vida comunes en su contenido, diferentes en su manifestación discursiva y conductual.

En el proceso de socialización de lo individual, el humano promueve su cultura y, puede hacerlo desde dos perspectivas: para su mantenimiento o, para su cambio.

En palabras del Doctor Rogelio Díaz-Guerrero el proceso de individualización de lo social y, la alternativa de mantenimiento de los cánones de la cultura, nos ubicarían dentro de la primera parte de la diada cultura-contracultura, que trata, precisamente, del sostenimiento del status quo. La alternativa del cambio ubicaría dentro de los procesos contraculturales. Solo si existen éstos será posible observar la dinamización de la cultura, sostiene el autor citado.

Es necesario enfatizar que la cultura no cambia en bloque; es decir, que algunos aspectos pueden y deben ser transformados y otros no. Normalmente el criterio que los agilita está en el orden de los objetivos socialmente determinados y, éstos pueden ser de índole económica y social.

Por otro lado hay valores y creencias sociales y

culturales firmemente arraigados en la conciencia popular, vía la representación social que, es difícil promover el cambio. Esto los psicólogos sociales lo han denominado resistencia al cambio.

En este orden de cosas, sostenemos que la problemática del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida adhiere sus raíces en el submundo de las actitudes; en la posición de sostenimiento de status quo y, en la concepción de la psicología del mexicano.

El submundo de las Actitudes

Con este termino queremos entender la idea de que es todo aquello que subyace a la actitud. Lo subterráneo en tanto que es lo que está por abajo de la apariencia. La manifestación de la actitud se convierte en lo meramente fenoménico. Es un acto de la conciencia en tanto que cognitivo; pero también se convierte en un acto de lo no conciente (no en el sentido freudiano) dado aquello que lo sustenta.

Al ser las actitudes síntesis de valores, creencias, mitos, costumbres, ritos, pensamientos, etc., se convierte en la expresión de todo un esquema conceptual. Esquema conceptual que permite el entendimiento del criptograma de la naturaleza física, social y humana.

Todos los seres humanos dado nuestro proceso de socialización llegamos a estar en posesión y ejercicio de nuestro propio sistema conceptual. Esto es inobjetable.

Sin embargo, una cosa es poseerlo y ejercerlo y otra, muy diferente, saber que se tiene y que se ejerce. Estamos hablando del pensamiento cotidiano o, del sentido común. Que en un momento determinado (cap. 3) lo definimos como verdades sobre las cuales no se cuestiona el individuo humano y que, le permite sustentar los actos de su existencia.

Los fenómenos psicosociales que influyen en la actitud hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, pertenecen a aquellos que difícilmente son accesibles al cambio. De acuerdo con la revisión histórica que realizamos sobre la sexualidad, hemos podido percatarnos que la esencia del contenido de la conceptualización y significación social de los actos de la sexualidad humana, poco han variado; y, por el contrario, hemos visto como en momentos histórico-sociales determinados se ha reforzado: por un lado exaltando sus aspectos positivos y rechazando los negativos (que fueron señalados en el capítulo 2).

Esto nos habla de un esquema conceptual de cientos de años de vida. Este ha dado lugar a las mas diferentes formas de pensamiento; los discursos mas exaltados y, la mas sorprendente exhibición de patrones conductuales. Estamos hablando de un esquema conceptual que ha resistido los tiempos y las civilizaciones-generaciones mas heterogéneas. Estamos hablando sobre que la resolución de la problemática psicosocial del SIDA es un proceso lento, consistente y a largo plazo.

Aquí nos permitimos un paréntesis para el siguiente comentario. Esta situación compleja y dilemática ha causado un gran impacto a nivel mundial, los factores asociados al SIDA han dificultado, en gran medida, su aceptación y, por ende, una participación mas activa en el terreno de la prevención, por parte de los grandes grupos societarios. Por ello, no es difícil calcular la magnitud de la importancia que tiene el descubrimiento de la vacuna, con ella la prevención sería factible y ... muchos problemas se resolverían (de hecho es el terreno donde se invierten las cantidades de dinero mas estratosféricas).

Este paréntesis sirve para reforzar una singular situación. El SIDA tiene dos grandes correlatos que lo estigmatizan: la sexualidad y la muerte. Aún ahora la vía de contagio mas factible son las relaciones sexuales. La consecuencia -casi- segura, la muerte. Hipotetizamos que

son estas dos situaciones las que fundamentan el distanciamiento psicológico, que los grandes grupos humanos toman del síndrome. Ante la presencia de la sexualidad tornan a las "buenas maneras" y, ante la presencia de la muerte, inmunes.

Como podemos ver, es posible percatarnos de la complejidad de la psicodinamia grupal e individual y, mucho mas complejo resulta aproximarnos a su estudio y, eventual modificación en pos de la salud. Si se descubre una droga que prevenga la aparición del síndrome y otra que la cure, suponemos que todos o, por lo menos muchos de los problemas psicosociales desaparecerían.

La presencia del síndrome atenta contra valores culturales y sociales secularmente establecidos. Se pretendería convertirlo en un mero fenómeno biológico, tal y como ha sucedido con otras grandes enfermedades del pasado, como las pestes, el paludismo, el cáncer, la tuberculosis, el cólera, etc.; todas ellas en su momento han cobrado un número alto de víctimas.

Hipotetizamos que se pretenderían acallar todos los problemas psicológicos, políticos y sociales, pretendiendo tomarlos como una consecuencia natural de la aparición del síndrome, pero sin nada que ver con él. Si éste no

existiera, aquellas hubieran permanecido incólumes. Como en muchas otras ocasiones se negaría la aparición social de muchas enfermedades. El triunfo médico sobre el SIDA sería declarado como un triunfo de la ciencia sobre la naturaleza. El triunfo sobre la naturaleza sería declarado como manifestación de la creencia de que para el intelecto humano nada es imposible. Este triunfo permitiría seguir creyendo en la inmortalidad humana.

Nos postulamos, en consecuencia, por un origen social del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Son las condiciones materiales de existencia las que permiten la aparición y diseminación del virus. Los grandes grupos afectados en Africa y América nos permiten afirmarlo. Los grandes sectores poblacionales que han reportado sus casos, también han reportado su miseria extrema. Es posible que en algunos grupos tan solo sea suficiente la relación sexual para expandir el virus; pero en otros, una de las condiciones mas importantes para ello, son las condiciones materiales de existencia. Recordemos que el SIDA por sus características de propagación, pertenece a las enfermedades infecto-contagiosas. Para que éste proceso se de (infección-contagio) se requiere de un medio propicio y, éste es tanto social como biológico.

Con ésto adquiere también un papel relevante la actitud hacia la enfermedad; particularmente hacia sus orígenes y

sus consecuencias. En nuestros datos encontramos que ésta es ligeramente negativa. En sí mismo este dato nos proporciona muy poca información con respecto a la cuestión que estamos planteando.

Suponemos que si bien es cierto que se ha valorado culturalmente la salud, también es cierto que se le ha conceptualizado como un proceso biológico, con poco o nada que ver con las situaciones sociales. Tan es así que, los principales esfuerzos de la medicina moderna han estado enfocados a la prevención por inmunización y, a la cura mediante la medicalización del cuerpo. El cuerpo y su resistencia se han convertido en su objeto de estudio.

Pocas, muy pocas veces, la prevención ha sido enfocada a la calidad de vida de la población; entendida ésta como la dotación de la infraestructura habitacional, de servicios públicos y, la percepción de un ingreso que permita el acceso a satisfactores materiales y sociales.

El ejemplo mas palpable y dramático al que tenemos acceso los mexicanos radicados en el Distrito Federal, es al de los estragos que en la salud está ocasionando el exceso de contaminación ambiental. Estamos ante el desastre ecológico, si lo prevenimos, en sus causas sociales, -dicen- el desastre será económico. Se opta por el primero.

Ante el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida hay que tomar conciencia de ésta situación. Es posible que se encuentre la manera de inmunizar al cuerpo (la historia de las enfermedades, es una historia de triunfos del hombre sobre ellas) o, bien, de recuperarlo; pero las condiciones sociales que le propiciaron siguen su inexorable y degradante curso. Podría en un futuro aparecer otra y mas tenaz enfermedad.

Sostenemos, en síntesis, que la prevención debe ser amplia, severa y difusa. Que debe incidir en las mas dimensiones del acontecer cotidiano humano. Que debe incidir en aquello que sustenta las actitudes hacia el SIDA y las actitudes hacia la enfermedad misma. En consecuencia, que se debe insistir en un conocimiento mas profundo de ello. Que, en este sentido se debe gestar un movimiento de tipo contracultural.

La dialéctica cultura-contracultura

Siguiendo con el mismo orden de ideas, nos encontramos dos tipos de discursos: el de vida cotidiana y el científico. El discurso tal y como lo entendemos es un trozo del lenguaje puesto en acción.

El discurso es la enunciación de un esquema conceptual. El esquema conceptual nos permite realizar una cierta lectura de la realidad. El discurso de vida cotidiana o de

sentido común, como lo nombran algunos autores, permite a los individuos y a sus grupos sociales el acceso a una cosmovisión. Esta se ha conformado en el transcurso de la historia de la humanidad y a sido transmitida de generación en generación, sea a través del lenguaje verbal (hablado o escrito) o, a través de la creación de productos denominados culturales. Este discurso en la representación individual y colectiva ha tomado a forma de verdades que no se cuestionan.

El discurso científico, por su parte, surge del anterior para, en el mejor de los casos oponersele. Un objetivo de éste es la aniquilación de mitos que, en cierto sentido, impiden el desarrollo del conocimiento de la naturaleza, mismo que permitiría la posibilidad de transformación de aquellos fenómenos que refiere.

Sin embargo, en muchos casos el discurso científico se mezcla con el discurso de vida cotidiana, reforzandole e impidiendo, de manera magnificada, su transformación.

Hipotetizamos que este fenómeno se presenta con mayor frecuencia en el ámbito de las ciencias sociales. En la psicología en particular porque se confronta al hombre consigo mismo, con su posibilidad ontocreadora y ontotransformadora.

La experiencia nos demuestra que la ansiedad y el miedo hacen acto de presencia superlativa cuando el ser humano se acerca a sí mismo. En términos de Gastón Bachelard (1986) estamos en presencia de un obstáculo epistemológico y, en términos de Enrique Pichón-Riviere (1970), también estamos ante la presencia de un obstáculo epistemofílico.

El obstáculo epistemológico se inscribe en el orden de la experiencia sensorial; el acercamiento a lo fenoménico y, principalmente, en el orden de la posesión de técnicas y herramientas que nos permitan el acceso al objeto de conocimiento.

El obstáculo epistemofílico nos acerca mas a la cosmovisión individual y coactiva que actúa como barrera al acceso de nuevo conocimiento. Para la filosofía de la ciencia estaríamos hablando de la confrontación de esquemas conceptuales.

Nuestra principal suposición es que el SIDA y sus influencias psicosociales, se enfrenta a un fenómeno de esta naturaleza.

Sostenemos que, en este orden, el discurso científico y e discurso cotidiano se mezclan y, en este proceso, se fundamentan y oponen una barrera que propicia la llamada "resistencia al cambio".

Los elementos del marco teórico nos permiten proponer y argumentar lo anterior al poner al descubierto contradicciones en el discurso científico elaborado en torno al SIDA.

Caso 1. Desde el gabinete científico circuló a noticia de que el SIDA era una enfermedad propia de un grupo social. Tan es así que, en primera instancia se le conoció con las siglas GRID (Gay Related Inmunodeficiency Disease).

Caso 2. Desde el gabinete científico circuló, igualmente, la noticia de que el virus del SIDA se transmite fundamentalmente a través de la vía sexual.

Caso 3. Desde el gabinete de la ciencia circuló la noticia de que la mayor concentración del virus se encontraba en el semen.

Caso 4. Desde el gabinete científico circuló la noticia de que patrones de comportamiento sexual (negativos) estaban asociados a la propagación del virus.

Caso 5. Igualmente se difundió la noticia de que la consecuencia segura del SIDA, es la muerte.

Estas noticias recorrieron rápidamente el mundo. Pusieron en acción la maquinaria de la mentalidad colectiva. Este ha sido un impacto difícil de acallar. De ahí surgieron las primeras voces que permitieron la estigmatización de la enfermedad y de grandes grupos sociales, secularmente marginados ... por el discurso cotidiano y por el discurso de la ciencia (dominante) y, a su vez, propició lo que nos parece a consecuencia mas grave, que la humanidad se dividiera en dos bandos: los desviantes y los normales. Estos últimos en su esquema conceptual, de manera automática e instintiva alejaron de si el peligro de la enfermedad. Su preferencia sexual los mantendría inmunes.

En este contexto las nuevas informaciones encontraron un obstáculo difícil de sortear. A nuestro parecer por dos razones:

La primera por el acto de defensa realizado al ser recibidas las primeras informaciones: la impunidad ante la muerte, por lo menos de SIDA y,

La segunda, por los dobles mensajes emitidos por los múltiples comités científicos.

Caso 6. En la conferencia mundial sobre SIDA, realizada en 1988 en Estocolmo, se dieron importantes y cruciales datos:

a. El número de casos presentados por heterosexuales había aumentado.

b. De ellos, los adolescentes, por lo menos en el mundo occidental, son los mas afectados.

c. La epidemiología sugiere que el contagio ha sido a través de prácticas bisexuales, transfusiones sanguíneas, intercambio de jeringuillas (entre los drogadictos) sin previo proceso de esterilización.

d. Las proyecciones a 1992 indicaron que el porcentaje de infectados aumentaría, de manera dramática, entre los homosexuales, mientras que entre los heterosexuales será mínimo.

Informaciones como las precedentes pueden producir diversas reacciones. Entre otras, reforzar el entendido popular de que existen prácticas sexuales de alto riesgo. Vox populi: la homosexualidad no es solo una desviación y como tal, una patología, sino que es una práctica de alto riesgo. Pone en riesgo a la humanidad.

Otra reacción son los discursos exaltados. Trozos de lenguaje puestos en acción que provocan una reacción represiva. Se persigue y encierra a los homosexuales. Sus lugares habituales de reunión son allanados y clausurados. Se les cierran espacios de expresión y, se les rehuye de cualquier tipo de contacto. La conexión fué instantánea
SIDA=HOMOSEXUALIDAD=DESVIACION=MUERTE.

En el caso particular de México, se clausuraron bares, baños y discotecas. El motivo oficial: falta de medidas de seguridad relacionadas con las características del inmueble. El motivo extraoficial: el SIDA convertido en pandemia; la culpabilidad adjudicada a este grupo social. El deseo oculto: su desaparición social.

Los hechos han demostrado el equívoco.

Caso 7. En los informes de la OMS a nivel mundial y de la SSA a nivel nacional para 1990, muestran que la tasa de morbi-mortalidad por SIDA ha disminuido considerablemente en grupos de homosexuales y, aumentado en forma acelerada en el grupo de heterosexuales.

Otras voces lo advirtieron con anterioridad.

Caso 8. Agnes Heller (1988) escribió: "... el SIDA es una metáfora ... el que los primeros casos, en occidente, fueran detectados en homosexuales, es una coincidencia ..." (p. 11).

Caso 9. En México Rodolfo Stavenhagen (1988) advirtió que existían condiciones materiales de existencia que favorecen la transmisión del virus del SIDA. Como ejemplo señaló que en Africa grandes grupos humanos, sin

importar preferencia sexual, eran portadores del virus. Que en Norteamérica grupos de chicanos y negros tienen un gran número de afectados. Que en Haití se presentaba una situación semejante a la de África. La constante: la pobreza extrema.

Caso 10. En un informe de CONASIDA a finales de 1990 se señala que en América Latina la morbi-mortalidad va en aumento. Las condiciones sociales de los afectados también es de extrema pobreza (este último señalamiento es nuestro)

Como puede verse, con el transcurso de los años el panorama de conocimiento del síndrome se ha ampliado. ¿ Qué hemos observado a nivel de respuesta social ? (aclaramos que nos referimos a la que emana de una autoridad).

A través de algunas informaciones nos hemos enterado de que el número de casos va en aumento; de hecho los científicos lo pronosticaron al realizar sus proyecciones hace algunos años. Sin embargo, nos encontramos ante un muro de silencio (antes fue de desinformación). Actualmente se torna difícil encontrar información nacional al respecto. De vez en cuando aparece alguna nota informativa, casi siempre respecto a los avances en materia de medicamentos que prevengan y curen. En México la información mas completa la publicó un periódico capitalino a fines de 1990.

Una consecuencia negativa que prevemos es que, ante el silencio, la conciencia popular llegue a creer que el peligro ha sido conjurado.

En términos del proceso cultura-contracultura, para que se produzca un acto de transformación, se requiere de un movimiento contracultural.

Desde la investigación psicosocial, una alternativa es el seguimiento del método de investigación utilizado por diferentes autores para propiciar rupturas epistemológicas (Bachelard, G., 1986; Barreix, Juan, 1986; y, Kosik, Karel, 1984). Sus principales elementos se agrupan en la triada: concreto; concreto-abstracto y abstracto.

Concreto. Es el primer momento de la investigación. Es el momento de la experiencia sensorial. Significa el enfrentamiento con lo fenoménico. El objetivo es la descripción del fenómeno en sus elementos, las interacciones de éstos y sus relaciones con otros fenómenos.

Concreto-abstracto. Es el momento de las proposiciones; es decir, de la hipotetización sobre el tipo, calidad e intensidad de las relaciones entre los componentes de éste y otros fenómenos. Se trata de un acto cognitivo que permite cierto distanciamiento de lo concreto. Se trata

de un acto que puede transportarnos a la esencia de lo fenoménico; es decir, hacia lo que no se ve.

El segundo momento de este paso del proceso de conocimiento, consiste en la contrastación de lo hipotetizado (abstracto) con los datos de la experiencia (concreto). Este encuentro nos proporcionará nuevos datos que permiten la ampliación, reelaboración y transformación de nuestras hipótesis; mismas que volveremos a contrastar con los datos de la experiencia sensorial.

Este continuo nos permitiría la creación de teorías acerca de las relaciones establecidas, que sufrirán el mismo proceso de contrastación y, el tránsito al tercer elemento de la triada del proceso de conocimiento.

Lo abstracto. Se trata de la creación de esquemas conceptuales que permitan descifrar el criptograma del fenómeno bajo estudio.

Para que se de la praxis que, sostenemos, es el camino del conocimiento, necesitamos un continuo movimiento, vía la contrastación dialéctica de los tres elementos de la triada. A través de ello podemos lograr rupturas epistemológicas y con ello, como consecuencia, la creación de nuevo y mejor conocimiento.

En el caso de la investigación que reportamos en este informe, consideramos que toda la parte de marco teórico correspondería, en cierto sentido, a la fase del concreto. El diseño de la investigación de campo formaría parte del momento concreto-abstracto, al realizar una serie de preguntas y suposiciones (hipótesis), que fueron contrastadas. Esta tercera parte corresponde al análisis de tal acto -de contrastación-; utilizando para ello los conceptos teóricos y la información obtenida de los adolescentes que participaron en el estudio. De aquí han surgido varias hipótesis que será necesario contrastar.

Desde la Psicología del Mexicano

Desde el punto de vista de la psicología para que se de un acto contracultural es necesario incidir en lo individual y en lo colectivo. En nuestros fundamentos teóricos abordamos la cultura, principalmente desde el punto de vista de sus efectos en sus miembros activos. En el capítulo 4 revisamos algunas y diferentes aproximaciones al estudio del mexicano y de lo mexicano. En este espacio pretendemos retomarlas para reforzar nuestras propuestas en torno al estudio del SIDA.

Fundamentamos nuestra investigación en los postulados teórico-metodológicos propuestos por el Doctor Rogelio Díaz-Guerrero, por cuatro razones:

a. Por la creación del concepto Premisa históricociocultural. Este como elemento subyacente de la filosofía de vida -psicología- del mexicano.

b. Por la taxonomización de las mismas en Cardinales y Menores.

c. Por la posibilidad de medición a través de los diferentes instrumentos de evaluación creados.

d. Por su concepto cultura-contracultura, entendido como el proceso dialéctico necesario para la dinamización de la cultura.

Este concepto nos parece central en las propuestas de Díaz-Guerrero, sin embargo lo sentimos muy poco trabajado y profundizado. Nuestra hipótesis al respecto es que, el concepto cultura-contracultura representa un contrasentido ante la clasificación del mexicano como arrostrador pasivo de su realidad.

Este adjetivo calificativo del mexicano no solo aparece en las propuestas de Díaz-Guerrero, sino en la mayoría de

los autores mencionados en el capítulo 4; de ellos sólo Roger Bartra parece oponerse ante esta visión del mexicano.

En cierto sentido nos encontramos ante un discurso científico que impide la aparición de procesos contraculturales, al reforzar el mito del mexicano con complejo de inferioridad, edípico y pasivo. Y ante todo, el mito de que, de existir estas supuestas características centrales del mexicano, representan lo negativo. Este es un discurso cotidiano que se ha creado y reforzado de generación en generación, a partir del acto colonialista español.

Ahora bien, desde la filosofía, la antropología, la sociología y la psicología se ha desarrollado un pensamiento que se opone al anterior. Estas disciplinas parten del supuesto de ontocreación y ontotransformación. El primer concepto hace referencia en que, el humano para llegar a Ser humano requiere de un medio específico que lo propicie; éste es el medio social; el medio social es creación humana. El segundo concepto hace referencia a la capacidad de cambio, apoyándose en las cualidades cognitivas de nuestra especie.

En palabras de Roger Bartra, sería necesario dejar de concebir al mexicano como el axolote típico; es decir, aquel que nunca se transforma en salamandra o, cuando menos, visualizarlo como aquel ejemplar que en un famoso acuario de

Paris, ante los atónitos ojos de los científicos, llegó a convertirse en salamandra. Nunca supieron las razones ni la circunstancia que propició la transformación. Los mexicanos no necesitamos ir a París para dejar el estado larvario en que se nos ha querido confinar.

Apoyándonos en lo anterior, hipotetizamos que para enfrentar las influencias psicosociales del SIDA es necesario realizar un replanteamiento, particularmente sobre las capacidades reales y potenciales del ser humano, en nuestro contexto, de nosotros como mexicanos. Utilizando la terminología del Doctor Díaz-Guerrero, visualizando la posibilidad de ser arrostradores activos de nuestra realidad.

El hecho de que en repetidas ocasiones los resultados de las investigaciones, hayan apuntado y confirmado el carácter pasivo de los mexicanos, no es razón suficiente para hacer el señalamiento de su "naturalidad"; por el contrario, representa dos situaciones de origen claramente social. A saber:

a. La cosmovisión que se tenía en el México precolombino. Esta era de estrecha unidad entre el hombre y el universo. Señalaba una convicción profundamente religiosa; la que inclinaba al mexicano antiguo, a la autoreflexión y la reflexión en torno a todo aquello que le

rodeaba. Este carácter contemplativo, herencia del México Profundo de antaño, es posible observarlo en generaciones actuales; particularmente en grupos sociales del interior de la provincia mexicana.

b. El acto de barbarie perpetrado por los españoles. Manifestación clara del ejercicio del poder. Sojuzgamiento de un grupo social por otro, vía el exterminio y la represión severa y ampliada. Imposición de los cánones de una cultura ajena. Descalificación de los códigos de relación social propios; la razón: eran producto de la bestialidad y la ignorancia.

Vistos desde esta perspectiva, los conceptos arrostrador pasivo y arrostrador activo de la realidad adquieren una connotación claramente permeada por objetivos socialmente determinados y, emanados no precisamente de las entrañas de México, sino surgido como nota principal en el concierto mundial, donde la batuta la llevan las superpotencias del primer mundo.

En el contexto latinoamericano esta dicotomía representa un contrasentido que empieza desde la definición de los conceptos.

Es arrostrador pasivo aquél que se modifica a sí mismo ante una situación determinada. Es arrostrador activo aquél

que modifica la situación. En el contexto teórico, la primera situación implica la aceptación por abnegación o sumisión; mientras que la segunda implica el rechazo de la situación y la posibilidad inmediata de trocirla.

A la mayoría de latinoamericanos le está cerrada la posibilidad de poder ejercer -realmente- cualquiera de las dos alternativas. Secularmente, cuando ha querido modificar su realidad, ha sido reprimido. A partir de esta situación se habla de su pasividad y, -lo que es mas grave- de las características de negatividad y naturalidad que adquiere.

Saliendonos de este modelo teórico, la pasividad tal y como está definida, representa una gran cualidad en la psicología del mexicano. La posibilidad de modificación interna representa la *conditio sine qua non* de los procesos de ontocreación y ontotransformación.

LA PRAXIS DEL PSICOLOGO SOCIAL: ENSAYO

"...George Devereux, un personaje claramente detestable, ha planteado la alarmante posibilidad de que la etnografía de campo (y con ella toda la ciencia social) tal y como se la practica en la actualidad, pudiera ser una especie de autobiografía..."

Weston La Barre

La finalidad sustantiva de este ensayo es realizar una reflexión y autocrítica de los elementos que intervinieron en la actividad desplegada en la gestación, evolución y conclusión de esta investigación sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Esta es la praxis. Es tal porque antes que real, concreta y objetiva surge como un acto de la conciencia. Un acto cognoscitivo. Los diferentes actos del proceso de construcción le dieron el siguiente caracter: proyección e independencia en el mundo externo. Es praxis porque el proceso implica la utilización de instrumentos y medios para ejercer una acción. Es praxis porque implica confrontación entre quienes la concibieron y los elementos externos, entendidos como la materia sobre la que se trabaja y lo creado en torno a ella. Ambos existen

independientemente de la conciencia y voluntad del que realiza la actividad. Es praxis porque involucra, de idea y de hecho la necesidad de una transformación. Es praxis porque desde su gestación implica la indisoluble relación que debe existir entre teoría y práctica.

La actividad sobre la que reflexionamos es ubicable en la categoría de "praxis científica". Adolfo Sanchez Vazquez (1980, p. 257) habla de la actividad "... científica experimental que satisface primordialmente, las necesidades de la investigación teórica y, en particular, las de la comprobación de hipótesis..."; y en otro lugar (p. 261), menciona, acerca de la actividad teórica que: "... no es por si una forma de praxis...". El objeto de la primera es la materia y, de la segunda, los conceptos. La primera, además, utiliza conceptos al conjuntar teoría y práctica; la segunda no, por lo que no implica actividad transformadora externa.

En nuestro caso la materia -u objeto de estudio- son las actitudes y la orientación cultural de los adolescentes mexicanos. La actividad, la investigación. La finalidad, una -determinada- transformación de éstas. Combinamos actividad teórica y actividad práctica, con hipótesis a contrastar.

El análisis que nos proponemos, en sí, puede tomar dos vertientes: en sus fundamentos teórico-metodológicos y en cuanto a la interacción que se establece entre el sujeto y la cosa estudiada. Nos enfocamos a la segunda.

PETICION DE PRINCIPIOS

La premisa fundamental del ensayo, es la suposición de que en el proceso de conocimiento, el sujeto y el objeto se influyen mutuamente. Esta influencia puede resultar decisiva en la creación de cuerpo teórico que posibilite la descripción y eventual explicación de objeto en cuestión. Este objeto y lo creado en torno a él (antes y como producto de la praxis científica) ejerce influencia sobre el sujeto, determinando el modo en que éste enfoca al mismo; a otros semejantes; y en general, a todos aquellos que formen parte del área de su especialidad científica.

La segunda premisa afirma que el ser humano se ha constituido históricamente como un ser cognoscente y juzgante (eventualmente actuante). En el ámbito de la ciencia esta premisa adquiere particular significación, pues al hablar de actividad científica estamos suponiendo el concurso de dos entidades que deben ser claramente identificadas y diferenciadas: aquél que conoce y juzga y, aquello que es conocido y juzgado. Al primero le denominamos "sujeto" y al segundo "objeto".

La tercera premisa sostiene que en psicología esta relación resulta relevante, dado que el sujeto que conoce es a la vez su objeto de conocimiento. La actividad comienza en la esfera psíquica. Aquello que se conoce es la psique.

A esta la concebimos como una esfera humana independiente, no reductible a lo orgánico ni a lo social y que, construye su especificidad surgiendo de la interacción de los otros elementos. Todos se influyen entre sí y, su interacción otorga unicidad al humano (Wallon, H., 1958).

La cuarta establece que la función mas importante de la ciencia es el conocimiento de un objeto. Objeto que se manifiesta caóticamente, lo que lo hace aparecer como incomprensible y, en ocasiones, incognoscible. La tarea del científico es idear y actuar la manera de develarlo lo que significa, dar un sentido a lo que aparentemente no lo tiene, describiéndolo y construyendo una explicación en torno a su génesis y evolución.

La quinta premisa afirma que, en aclarando el objeto de conocimiento, el científico construye paradigmas que, por definición, en adelante reglamentarán su problematización y la búsqueda de posibles soluciones.

La sexta premisa -y última de este ensayo- nos señala que un factor que ha caracterizado al científico durante el desarrollo histórico de su actividad, es la búsqueda de objetividad. Entendida como el conocimiento de la cosa en sí misma, en apariencia y esencia, implicando la posibilidad de su independiencia con respecto a aquél que la estudia.

EL PUNTO DE PARTIDA

Entendido como el sustento teórico del ensayo. Sus fuentes principales son: lo desarrollado en torno a la historia de la ciencia. Utilizamos conceptos de autores representativos como: Thomas S. Kuhn; Alexandre Koyré; Ernst Nagel; Gastón Bachelard; y otros de Aldo Gargani; Miguel Angel Sanchez Salazar; etc.

La segunda vertiente se nutre de los conceptos expuestos por los franceses George Devereux y Serge Moscovici. Representantes ampliamente conocidos de dos corrientes de pensamiento psicológico: psicoanalista el primero, psicólogo social el segundo.

Devereux (1989) en su libro titulado "De la ansiedad a método en las ciencias del comportamiento", desarrolla la tesis de que durante el proceso de investigación va a surgir un fenómeno de tipo contratransferencial. Con ello hace referencia a que el objeto de conocimiento va a provocar emociones y sentimientos que pueden afectar su concepción

subsiguiente, por resultar contradictorios entre sí y, con respecto al mismo. Sostiene que esta respuesta en quien investiga es producto de la ansiedad que provocan las características de la cosa estudiada.

Serge Moscovici (1986) habla del "Alter". Concepto utilizado para sintetizar las creencias, actitudes, sentimientos, pensamientos, valores, normas, etc., que posee un sujeto y que adquiere en relación con el otro (o los otros). Para el investigador su "Alter" representa una cosmovisión, la que potencialmente afectará su relación con el objeto de estudio.

A pesar de las posiciones teóricas divergentes, los autores coinciden: para lograr la objetividad durante el proceso de investigación, el que la realiza debe estar conciente, en la medida de lo posible, de aquellas variables que sobredeterminan su concepción de un fenómeno, particularmente de aquellas que forman parte de sí mismos.

Estas aproximaciones nos permitirán demostrar que el fenómeno Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, por sus características e influencias psicosociales, provocaron respuestas en quienes lo abordamos. Respuestas que influyeron en la elección de la perspectiva teórica, los temas adyacentes seleccionados para complementar el estudio y, la discusión de los datos de la experiencia.

Para ello haremos una descripción -breve- de los problemas a los que nos fuimos enfrentando y la manera en que los resolvimos. Estamos seguras que ni planteamos todos ni, resolvimos todos los planteados. Hicimos lo posible.

LA ARGUMENTACION

I.

Iniciamos con una referencia a la "Docta Ignorantia". Alexandre Koyré (1987) adjudica este término a Nicolás de Cusa, por ser uno de los primeros en hablar de un "universo indeterminado (su formación teológica le impidió hablar de infinito, por ser el concepto que, por definición, solo es adjudicable a Dios) en contraste con la concepción del "universo finito y determinado".

Al postular y aceptar el carácter indeterminado del universo, implícitamente se reconoce la factibilidad de un conocimiento parcial y, la imposibilidad de la construcción de una representación unívoca y totalmente objetiva (agregamos inequívoca) del mismo (p. 12).

Este es un principio general de la ciencia aplicable al conocimiento del hombre, en tanto que parte de ese universo infinito y determinado. Parte que lo representa de un modo distinto al de todas las demás, al "contraer" (contractio)

la riqueza del universo de acuerdo a su propia individualidad.

En esa individualidad el ser se vuelve igualmente infinito e indeterminado: en las posibilidades de su existencia (todo aquello que es capaz de ser y hacer) y, en el desarrollo de aquellas con que, se sabe, cuenta.

Partiendo de este principio general, toda representación (y significación) mental del ser humano con que contamos (y contemos) es incompleta. Solo hace referencia a aquella parte a la que se enfoca, que no es lo mismo que conocer al Ser Humano.

Ruth Nanda Anshen (1984) al prologar el libro que Erich Fromm escribió sobre Sigmund Freud, señala "... La naturaleza del conocimiento, ya sea científico u ontológico, consiste en conciliar el significado y el ser. Y ser significa realizar las potencialidades, realizarse a si mismo en armonía con la transformación. Esto nos lleva a la experiencia individual y a organizar y a establecer patrones universales. Así el organismo y el mundo se realizan simultáneamente ..." (pp. 14-15).

Con ello damos por vista la advertencia sobre el carácter parcial y relativo del conocimiento científico. A

continuación abordaremos las condiciones de su génesis, permanencia y evolución.

Thomas Kuhn (1986) enfoca su estudio al análisis histórico de la ciencia. Señala que adquiere validez al considerar el contexto histórico particular en que se desarrolla la ciencia, antes que en la búsqueda de sus orígenes. Privilegia el análisis histórico "horizontal" antes que el "vertical".

En su obra "La estructura de las revoluciones científicas" señala que:

"... las primeras etapas del desarrollo de las ciencias se han caracterizado por una competencia continua entre una serie de -- concepciones distintas de la naturaleza... lo que diferenciaba estas escuelas no era uno u otro error de método... sino lo que llegáramos a denominar sus modos incommensurables de ver al mundo y de practicar en él las ciencias... un elemento aparentemente arbitrario compuesto de incidentes personales e históricos, es siempre uno de -- los ingredientes de formación de las ciencias sostenidas por una comunidad científica dada en un momento determinado ..." (pp. 24-25).

Esta cita apunta hacia los que hacen posible la ciencia y su desarrollo y, nos permite verlos en su doble carácter:

- a. Como miembros de una comunidad social y,
- b. Como miembros de una comunidad científica.

Por tanto los consideramos poseedores de dos tipos de pensamiento: de vida cotidiana y de contenido científico.

También resalta la importancia de las colectividades de científicos. En ellas tiene lugar el conocimiento y su posterior transmisión. Conocimiento que cada vez más se caracteriza por la utilización de "modelos" soslayando los principios que dieron origen a la actividad científica como tal.

Este modelo será denominado por Kuhn (Ibid.) "paradigma", al que considera como realización científica universalmente reconocida que, durante cierto tiempo, proporciona modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (p. 13).

De aquí se desprende otra premisa fundamental, que nos dice que el desarrollo de la ciencia solo es posible si se da una Revolución Paradigmática. Kuhn considera "ciencia estéril" a aquella que no ve surgir contradicciones en su interior e, investigadores capaces de develarlos, enfrentarlos y resolverlos.

En esta situación el paradigma se presenta como una interferencia entre el sujeto y el objeto. Nos revela la posesión de un discurso científico; la elaboración de un modelo de conocimiento. Un modelo producto del raciocinio

por tanto, un modelo de racionalidad. Al respecto Aldo Gargani (1983) nos advierte:

"..Es solamente con esquemas racionales abstractos, rígidos y no relacionados, por otra parte, que el estilo del pensamiento clásico podía erigir su superorden y superlenguaje - privilegiados, en los cuales disciplinar todo evento y toda forma de experiencia ... Así, - la razón se exhibía como el superorden, como la armonía absoluta del cosmos y, al mismo tiempo, como la norma disciplinaria natural de la mente ... Por efecto de tal tratamiento, mediante el cual los paradigmas de la razón clásica, se convirtieron en el andamiaje de la realidad entera. La razón resulta una estructura que es dos veces absoluta y dos veces natural. Puesto que ella vale en sí y por sí sin referencia a nada externo, disciplinando todos los fenómenos, sin ser, a su vez modificada por ellos; por lo que se expresa la legalidad natural del pensamiento y, al mismo tiempo, la legalidad intrínseca a la naturaleza y al universo ... la estructura garantizada por la racionalidad natural impide al individuo alterar con sus iniciativas el curso del mundo ..." (pp. 9-10).

II.

Weston La Barre señala (cita inicial) que George Devereux nos alerta sobre la relación afectiva que se establece entre el científico y su objeto de estudio "...particularmente cuando son interactuantes..." (Sanchez Salazar, M., 1989, p. 7). Esta relación se estrecha, fortalece y adquiere inusitada importancia en las ciencias del comportamiento, particularmente la psicología, pues aquello que se estudia, es aquello con lo que se conoce.

Devereux dice:

"... En resumidas cuentas los datos de la ciencia del comportamiento suscitan ansiedades, a las que se nos ha dado por eludir -- con una pseudometodología inspirada por la -- contratransferencia; esta maniobra es la causante de casi todos los defectos de la ciencia del comportamiento..." (p. 20).

Mas adelante:

"...No se hace buena ciencia pasando por alto sus datos mas fundamentales y característicos -- que son, muy concretamente, las dificultades -- propias de esa ciencia. El científico del comportamiento no puede ignorar la acción recíproca de sujeto y objeto con la esperanza de que ...acabará por desaparecer ... El científico debe cesar de destacar exclusivamente su manipulación del objeto y tratar de entender -- al mismo tiempo -- y a veces primordialmente -- a sí mismo qua observador ..." (p. 21).

III.

Para aproximarnos al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida elegimos como puntos de partida teóricos, los aportes de la psicología social al área de las actitudes (área que durante cierto tiempo fue considerada como "la área" de la psicología social, particularmente en la escuela norteamericana); y los conceptos teórico-metodológicos utilizados por el Doctor Rogelio Díaz-Guerrero en sus investigaciones sobre la psicología del mexicano.

Nuestro objetivo de investigación era describir las actitudes que los adolescentes mexicanos presentan ante el SIDA y, correlacionarlas con la orientación cultural. Al inicio de este reporte argumentamos estas elecciones. En

este espacio anotaremos las razones y motivaciones personales subyacentes.

A.

Las primeras informaciones que recibimos sobre el SIDA nos orientaron hacia el terreno de la sexualidad y, particularmente hacia la homosexualidad masculina. Nos replanteamos las concepciones existentes (reseñadas en el capítulo correspondiente). En los discursos encontramos una movilización de la concepción de 'sexualidad reproductiva' a 'sexualidad creativa y satisfactoria'; mientras que para la homosexualidad existen predominantemente conceptos de tipo 'desviacionista', categoría que históricamente le ha dado un significado. Significado asumido por el público en general. Ante él las respuestas han sido afectivas antes que intelectivas. El SIDA asociado con homosexualidad ha provocado una respuesta similar. Los hemos entendido como la enfermedad de los otros, de los 'desviados'.

Y decimos 'lo hemos' porque no fuimos la excepción. Pensamos en SIDA y de inmediato asociamos con 'homosexualidad' (en el tiempo en que este ensayo estaba siendo redactado se nos ocurrió preguntar, de una manera informal, a estudiantes universitarios de licenciatura, que era lo primero que pensaban cuando escuchaban la palabra SIDA. 89 de 100 nos contestaron: homosexualidad. ¿ por

qué, si no, nuestra primera acción fue recoger material en torno a la homosexualidad ?.

El principio metodológico que nos dice que para entrar en contacto con el objeto de conocimiento es menester tener una representación del mismo, nos condujo por otros senderos. Los informes sobre el SIDA como fenómeno biológico y psicosocial, ampliaron el rango de grupos afectados y las posibilidades de contagio, que teníamos que considerar. Creemos que fué la 'apertura de boquete' (el término es del frances Jacques Loureau), a través de ella permitimos, en nuestra persona, el acceso de otro tipo de información y, la salida de la nuestra.

En este tránsito analizamos nuestra concepción y ejercicio de la sexualidad particularmente, en relación con la sexualidad de 'los otros', descubriendo que, cognoscitivamente, nos postulabamos por una apertura en ambos sentidos. En nuestro ejercicio la posición resultó mas conservadora.

Otra característica relevante del SIDA: la promiscuidad, nos llevó a la emisión de un juicio negativo, al plantearnoslo en oposición a temas como el amor, la fidelidad, la elección y permanencia de la pareja.

Ante esta nueva circunstancia tomamos una decisión: conocer mas acerca y de cerca a los homosexuales. ¿ Por qué de nuevo este grupo ?. Seguimos en la opinión de que la divulgación masiva y tendenciosa de que son uno de los grupos mas afectados, consigue reacciones en el público que les impide considerarse como sujeto potencial de contagio, tal y como nos sucedió a nosotras. Tenemos la certeza de que hay que dar información en sentido contrario. Por otro lado, surgió la inquietud con respecto a los patrones de comportamiento sexual de los homosexuales.

El siguiente paso fue dejar el escritorio y familiarizarnos con ellos. Queríamos escucharlos. Queríamos 'limpiar' nuestras apreciaciones. Queríamos confrontar nuestras opiniones con las de ellos. Queríamos hacer surgir en nosotras una nueva actitud y un nuevo discurso hacia la sexualidad y la homosexualidad: un nuevo discurso hacia el ejercicio de las mismas y hacia el uso del cuerpo. Queríamos tener una 'elección personal' por convicción y no por imposición o, internalización pasiva.

Asistimos a los foros donde discuten sobre su condición social; su personalidad jurídica; el libre ejercicio de su sexualidad; y sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Asistimos a sus sesiones culturales abiertas a todo público y, a los grupos reducidos (llamamos así a los diferentes círculos 'gays' que existen en la ciudad de

México y al interior de la República). Asistimos a los sitios de diversión (discotecas y bares); buscando en todo momento un espacio pertinente para 'observar el ambiente' y entablar conversaciones informales. Pusimos énfasis en la prudencia y discreción, concretadas en el deseo y acción de "no molestar" o, utilizando su término, de "no invadir".

Nuestra primera reacción fue homofóbica. En principio no sabíamos. La lectura de otros autores, particularmente europeos, las charlas con los homosexuales (dedicados al estudio y ejercicio de la psicología), la autocrítica y la reflexión nos ayudaron a aclarar y a poner nombre a la serie de emociones y sentimientos que surgieron durante las primeras aproximaciones. Dejamos de ser homofóbicas.

Como resultado de esto; de la aparición de nuevos grupos de afectados; el incremento de casos, proporcionalmente mayor que en los grupos originariamente detectados; pero sobre todo por los canales de transmisión reportados, no solo dejamos de ser homofóbicas, sino que orientamos nuestros esfuerzos en otras direcciones. Aclaremos.

En primer término modificamos ampliamente nuestra concepción sobre la sexualidad y su ejercicio. Se manifestó en nuestro comportamiento sexual y, cuando empezamos a sentirnos 'a gusto'; 'en confianza' y; con 'cierto grado de

durante el tiempo de gestación. Uno de los grupos menos afectados hasta el momento, es el de las lesbianas.

Con ello regresamos al punto de partida: a los adolescentes, en sus actitudes y en su orientación cultural. El objetivo: aportar información para la prevención.

B.

La elección del ¿ qué estudiar ? resultó paradigmática. Primero porque se pensó en actitudes. Es tema central de la psicología social. Las actitudes son evaluación hacia un objeto-estímulo. En principio no sabíamos todo lo que implicaba el concepto; su estudio y; la forma elegida para evaluarlo. Seguimos las tendencias dominantes en esta área de conocimiento. Segundo, porque sí partimos de la creencia de que ante un objeto-estímulo determinado el sujeto, ante todo juzga.

Aquí nos movemos en el terreno de lo afectivo y encontramos que, las cosas que pueden resultar agradables o desagradables; simpáticas o antipáticas, pasan por el terreno de lo moral, por lo que las juzgamos buenas o malas y; emitimos un juicio ético señalándolas como pertinentes o impertinentes; derivando con ello, en un acto de manifiesta omnipotencia, la decisión de si pertenecen o pueden pertenecer a nuestro ámbito de acción, que incluye el decidir si nos afecta o no y, cómo.

intimidad' con los integrantes de los grupos de homosexuales a los que nos acercamos (en nuestros primeros encuentros presentamos malestares físicos, los que se manifestaron a través de evacuaciones intestinales frecuentes, durante la duración de aquellas).

En segundo término pasamos a problematizar en torno a los patrones de comportamiento sexual masculinos. Los nuevos informes señalaban que el grupo heterosexual se había visto afectado por sostener relaciones con bisexuales. En particular a los varones heterosexuales -se decía- el virus les fué transmitido a través de relación sexual con varón bisexual u homosexual (lo que los convierte en bisexuales, no declarados hasta entonces) o a través de relaciones sexuales sostenidas con prostitutas (posibilidad mas bien remota, porque el grupo de las prostitutas se ha revelado como de lo mas observador y ejecutante de las sugerencias de sanidad. Lo supimos por informes publicados, en conferencias y, en pláticas directas con ellas). Por su parte, la mayoría de las mujeres fué infectada por transmisión de semen.

En niños la transmisión del VIH tuvo lugar por violación; prostitución; transfusión sanguínea; gestación y lactancia. México, en este sentido, aportó al mundo el primer caso de SIDA desarrollado en un recién nacido,

Este, aunque se trata de un acto cognoscitivo, no es intelectual (racionalizado). Un acto intelectual -que también es cognoscitivo- tiene por objeto el conocimiento de la cosa en sí. Nos permite acceder a su comprensión y la posibilidad de modificar la interrelación que establecemos con ella.

Extraemos que la cosa ejerce diferentes efectos en quienes entran en contacto con ella; entre otras:

- a. Evaluación y afecto.
- b. Pensamiento racional.
- c. Patrones de comportamiento.

Puede o no haber congruencia entre uno y otros (s) o entre los tres. En diversas corrientes de pensamiento se señala que el ideal es el equilibrio entre éstas -y otras- manifestaciones de la naturaleza humana.

El manejarnos a nivel de vida cotidiana y vida científica bajo la máxima de que 'poseemos o evitamos cosas de acuerdo con la simpatía o antipatía; satisfacción o insatisfacción que nos provocó', afecta la representación mental de la cosa bajo estudio. Así los dos elementos del análisis adquieren mayor claridad.

a. Que la cosa que se analiza es la actividad del analista, particularmente de los elementos 'personales' que la permearon durante su desarrollo; y,

b. Que la actividad del analista se enfocó a las actitudes.

Queda marcada -también- la doble dificultad del análisis: la entrada al ser psíquico del humano, valorando los efectos afectivo-evaluativos que nos provoca y, a la particularidad abordada: la actitud, que es evaluación permeada por el afecto. Resulta un encuentro entre dos elementos afectivo-evaluativos.

No es lo mismo -por ejemplo- el estudio de los procesos de pensamiento y el efecto que nos causa que, el estudio de la actitud y el efecto que, sin duda, nos causa. Asimismo, adquiere un carácter diferencial el estudio de la actitud hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; la sexualidad y la cultura en México.

Al que investiga no solo le afecta la actitud manifestada, sino los objetos estímulos a la que está dirigida. El efecto resulta, pues, doble.

B I B L I O G R A F I A

- ADAMS, JAD (1989). AIDS the HIV Myth. St. Martin's Press, New York.
- ALONSO RODRIGUEZ, ANA MARIA (1986). De la Perversión de la Práctica a la Perversión del Discurso: La Fornicación. En: Ortega Noriega, S. De la Santidad a la Perversión. Ed. Enlace Grijalbo, México.
- ARIES, PHILIPPE (1987). Reflexiones en torno a la Historia de la Homosexualidad. En: Aries, P.; Bejin, A.; y Foucault, M. Historia de las Sexualidades. Ed. Paidós, México.
- ARIES, PHILIPPE (1987). San Pablo y los Pecados de la Carne. En: Historia de las Sexualidades. Aries, Philippe; Bejin, A.; y, Foucault, M. Ed. Paidós, México.
- AYASSA, S. y VERA, M (1973). Identidad y Aprendizaje en la Adolescencia. El Concepto de Identidad en la Adolescencia. Warnes, E., et al. Paidós, Buenos Aires.
- BACHELARD, GASTON (1988). La Formación del Espíritu Científico. Quinceava Edición. Siglo XXI, México.
- BARTRA, ROGER (1989). La Jaula de la Melancolía. Ed. Grijalbo, México.
- BATESON M., and GOLDSBY, R. (1989). Thinking AIDS: The Social Response to Biological Threat. Addison-Wesley, New York.
- BAUMAN, L. and SIEGEL, K. (1987). Misperception Among Gay Men of the Risk for AIDS Associated with Their Sexual Behavior. Journal of Applied Social Psychology, 17, 3, pp. 329-350.
- BEJAR NAVARRO, RAUL (1979). El Mexicano: aspectos culturales y psicosociales. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- BELLINGHAUSEN, HERMANN (1988). El Tratamiento del SIDA: Tierra de Nadie. Gaceta CONASIDA, noviembre/diciembre, año 1, No. 4, p. 12.
- BERGER, G. ET AL. (1987). Detection of Sexual Orientation by Heterosexuals and Homosexuals. Journal of Homosexuality, Vol. 13 (4). Summer.

- BRUNELLA, MARIA et al. (1973). Psicopatología de la Identidad del Adolescente. El Concepto de Identidad en la adolescencia. Warnes, E., et al. Paidós, Buenos Aires, pp. 97-103.
- BURG, ANDREA (1987). SIDA: Punto de Interrogación. Entrevista con el doctor Luc Montagnier. Información Científica y Tecnológica, Septiembre, Vol. 9, Num. 132. México.
- COATES, T. ET AL. (1984). Psychosocial Research is Essential to Understanding AIDS. American Psychologist, November, Vol. 39, 11, 1309-1314.
- COHEN, M. A. (1986). A Biopsychological Approach to AIDS. Psychosomatics 27 (4), 245-249.
- CONASIDA (1989). Informe leído en la Reunión Nacional SIDA y Participación Social. México.
- CONDE, GABRIEL (1989). Testimonio leído en la Reunión Nacional SIDA y Participación Social. México.
- CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA (1987). Número Especial sobre el SIDA. Septiembre, Vol. 9, Num. 132.
- CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA (1989). SIDA y Sociedad (Número especial). Vol. 11, No. 148, México.
- CORNEJO, M. ET AL. (1986). Transmisión Heterosexual de Virus HTLV-III. Revista Médica de Chile 114:687.
- CORTES DEL MORAL, R. (1977). El Método Dialéctico. ANUIES, México.
- DABROWSKI, IRENE (1985). Liberating the "Deviant" Feminist Image Through Education. Social Behavior and Personality an International Journal. Vol. 13, No. 1, 73-81.
- DE BEAUVOIR, SIMONE (1977). El Segundo Sexo. Dos Tomos. Ed. Siglo XX, Buenos Aires.
- DE LA MAZA, FRANCISCO (1985). La Erótica Homosexual en Grecia y Roma. Ed. Oasis, México.
- DEL RIO, EDUARDO (1988). El Amor en los Tiempos del SIDA. Ed. Grijalbo, México.
- DEROGATIS, L. R. ET AL. (1979). Psychological Coping Mechanisms and Survival Times in Metastatic Breast Cancer. Journal of the American Medical Association, 242, 1504-1508.

- DEVEREUX, GEORGE (1989). De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento. Quinta Edición en español. Ed. Siglo XXI, México.
- DIAZ-GUERRERO, R. (1970). Procesos Socioculturales y Psicodinámicos en la Transición Adolescente y en la Salud mental. Problemas de la Juventud. Sherif, M., et al., Ed. Trillas, pp. 156-181.
- DIAZ-GUERRERO, R. (1984). Psicología del Mexicano. Ed. Trillas, México.
- DIAZ-GUERRERO, R. y SALAS, M. (1984). El Diferencial Semántico del Idioma Español. Ed. Trillas, México.
- DIAZ-GUERRERO, ROGELIO (1983). Psicología del Mexicano. Ed. Trillas, México.
- DICLEMENTE, RALPH (1987). Adolescents and AIDS: A survey of Knowledge Attitudes and Beliefs About AIDS in S. F. American Journal of Public Health. Vol. 76, No. 12.
- DILLEY, J. ET AL. (1986). Psychiatric and Ethical Issues in the Care of Patients with AIDS. Psychosomatics. August, Vol. 27, No. 8, 562-566.
- DRAFT REPORT (1988). Meeting on Social and Behavioural Research Aspects of HIV Infection and AIDS. Global Programme on AIDS. Addis Ababa, Ethiopia.
- FERNANDEZ DE CASTRO, HUGO (1989). Análisis y Diagnóstico del SIDA. UnomásUno. Octubre 30.
- ENGELS, FEDERICO (1978). El Papel del Trabajo en la Transformación del Mono en Hombre. Obras Completas. Fondo de Cultura Económica. México.
- FRANKS, KEN ET AL. (1990). Exploration of Death Anxiety as a Function of Religious Variables in Gay Men with and without AIDS. Omega, Vol. 22 (1), 43-50, 1990-91.
- FRIEDMAN, S. y LEBLANC, G. (1982). Crecimiento Fisiológico y Desarrollo de los Adolescentes. El Mundo del Adolescente. CECOSA, México, pp. 77-89.
- GALVAN DIAZ, FRANCISCO (1990). Por Una Reforma Legal que Preserve los Valores del Enfermo de SIDA. Excelsior. Viernes 26 de octubre.
- GARGANI, ALDO (1983). Introducción. Crisis de la Razón. 2a. Edición en español. Gargani, A., et al. Siglo XXI Editores, México.

- GELMAN, DAVID (1987). A Perilous Double Love Life. Newsweek, July 13, 40-43.
- GOMEZ ALVA, ARACELI (1987). Reacciones Psicológicas ante el SIDA. Revista de Psicología Alétheia. No. 8. Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social.
- GONZALEZ PINEDA, FRANCISCO (1985). El Mexicano, Psicología de su Destructividad. Novena Reedición. Ed. Pax, México.
- GONZALEZ PINEDA, FRANCISCO (1985). El Mexicano, su Dinámica Psicosocial. 6a. reimpression. Ed. Pax, México.
- GOTTLIEB, DAVID (1970). Subculturas de la Juventud. Variaciones sobre un Tema General. Problemas de la Juventud. Sherif, M., et. al. Ed. Trillas, México. pp. 42-61.
- GREEN, J. y MILLER, D. (1985). Psychology and AIDS in Britain. American Psychologist, November, 1273-1275.
- GRINDER, ROBERT (1982). Adolescencia. 3a. Reimpresión. Ed. Limusa, México.
- GRUPO LIBERALISTA (1988). Acquired Inmune Deficiency Syndrome. AIDS Project/ LA. Tijuana, México.
- GRUPO ORGULLO HOMOSEXUAL (SFP). SIDA. Guadalajara, México.
- GRUZINSKI, SERGE (1986). Las Cenizas del Deseo. Homosexuales Novohispanos a mediados del Siglo XVII. En: Ortega Noriega, S. De la Santidad a la Perversión. Ed. Enlace Grijalbo, México.
- GUZMAN, CAMILO (1986). Recomendaciones Para Limitar la Transmisión del SIDA. Macho-Tips. No. 5. Marzo.
- HAROWSKI, KATHY (1987). The Worried Well: Maximizing Cop'ng in the Face of AIDS. Journal of Homosexuality, Vol. 14, Nos. 1/2.
- HELLER, AGNES (1988). Derechos Humanos, Homosexualidad y Tradiciones Morales. Revista Mundo. Año II, No. 2, Primavera. pp. 11-16. México.
- HOLTZMAN, W. y MOORE, B. (1970). Estructura Familiar y Actividades de la Juventud. Problemas de la Juventud. Sherif, M., et al. Ed. Trillas, México.

- HOLTZMAN, W.; DIAZ-GUERRERO, R. y Otros (1975).
Desarrollo de la Personalidad en Dos Culturas: México-
Estados Unidos. Ed. Trillas.
- HORROCKS, JOHN (1970). Actitudes y Metas del Adolescente.
Problemas de la Juventud. Sherif, M., et al., Ed.
Trillas, México, pp. 29-41.
- HOWARD, J. and PIKE, K. (1986). Ideological Investment in
Cognitive Processing: The Influence of Social Statuses
on Attribution. Social Psychology Quaterly. Vol. 49,
No. 2, 154-167.
- IZAZOLA, J. (1986). Por qué el SIDA afecta a Hombres
Homosexuales y Bisexuales ?. Macho-Tips. No. 8.
- IZAZOLA, J. (1986). Sida en México. Macho-Tips. No. 6,
Mayo. 13-16
- JEMMENS, J. y JEMMENS, J. (1982). Desarrollo Fisiológico
y Adaptación Social de los Adolescentes. El Mundo del
Adolescente. CECSA, México, pp. 61-76.
- JENIKE, M. y PATO, C. (1986). Disabling Fear to AIDS
Responsive to Imipramine. Psychosomatics. February,
Vol. 27 No. 2, 143-144.
- JONES, LEWIS (1970). Nuevo Panorama Mundial para los
Jovenes Negros. Problemas de la Juventud. Sherif, M.,
et al. Ed. Trillas, México, pp. 82-108.
- JONES, RICHARD (1984). Human Reproduction and Sexual
Behavior. Ed. Prentice-Hall, U.S.A.
- KANTOR, JACOB (1974). Psicología Interconductual. Ed.
Trillas, México.
- KOYRE, ALEXANDRE (1988). Del Mundo Cerrado al Universo
Infinito. 6a. Edición en español. Siglo XXI Editores,
México.
- KUHN, THOMAS (1986). La Estructura del las Revoluciones
Científicas. Séptima reimpresión. Breviarios 213,
Fondo de Cultura Económica, México.
- KURSANOV, G. A. (1966). El Desarrollo del Concepto en el
Materialismo Dialéctico. Ed. Progreso, Moscú.
- LEAL, FRANCISCO (1988). SIDA: Dramático Reto Mundial.
Vision La Revista Latinoamericana. Vol. 71, No. 2,
Julio, 8-14.
- LEHALLE, HENRI (1986). Psicología de los Adolescentes.
Colección Crítica. Ed. Grijalbo, México.

- LEONTIEV, A. N. (1985). Ciencia, Cultura y Sociedad. Ed. Grijalbo, México.
- LEVIN, JACK (1977). Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales. Ed. Harla. México.
- LURIA, ALEXANDER (1984). El Papel del Lenguaje en el Desarrollo del Niño. Ed. Progreso, Moscú.
- LURIA, ALEXANDER (1985). Introducción a la Psicología Evolucionista. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- MAISONNEUVE, JEAN (1988). Psicología Social. 2a. Reimpresión. Paidós Estudio, México.
- MARKOVA, I. and WILKIE, P. (1987). Representations, Concepts and Social Change: The Phenomenon of AIDS. Journal for the Theory of Social Behaviour. 17:4, December.
- MARTIN BARO, IGNACIO (1988). Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamerica. Ediciones de la Universidad Centroamericana. San Salvador.
- MARTIN, J. and VANCE, C. (1984). Behavioral and Psychosocial Factors in AIDS. American Psychologist, Vol. 39, No. 11, 1303-1308.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V., y KOLODNY, R. (1989). El Comportamiento Heterosexual en la Era del SIDA. Ed. Diana, México.
- MATA, L. ET AL. (1987). Tipología y Conducta de Riesgo y de Infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), de Hombres Homosexuales de Costa Rica, 1985-1987. Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
- MATHEWS SMITH, H. (1987). SIDA: Lecciones de la Historia. MD En Español. Febrero, 41-56.
- MCCAULEY, C. ET AL. (1980). Stereotyping: From Prejudice to Prediction. Psychological Bulletin, Vol. 87, No. 1, 195-208.
- MITCHELL, ANGELA (1990). AIDS We Are Not Immune. Emerge, Volume 2, Issue 2
- MONSIVAIS, CARLOS (1981). Escenas de Pudor y Livandad. Segunda Edición. Narrativa Grijalbo, México.

- MONSIVAIS, CARLOS (1984). Amor Perdido. Lecturas Mexicanas. Fondo de Cultura Económica/Cultura SEP, México.
- MONTAGNIER, LUC (1966). 16 Especialistas dan Respuesta a sus Preguntas sobre SIDA. Libros Cupula, Barcelona.
- MORIN, S. ET AL. (1984). Psychological Impact of AIDS on Gay Men. American Psychologist. November, Vol. 39, No. 11, 1288-1293.
- MOSCOVICI, SERGE (1991). La Denegación. Influencia Social Inconsciente. Moscovici, S., et al. Anthropos Editorial. Barcelona, pp. 303-319.
- MOSCOVICI, SERGE (1991). Prólogo. Influencia Social Inconsciente. Moscovici, S. et al. Anthropos Editorial. Barcelona, pp. 11-23.
- NOVEDADES BIBLICAS EN AMERICA LATINA (1960). Santa Biblia, Antiguo y Nuevo Testamento. México.
November, Volume 2, Issue 2. 30
- NUNNALLY, JUM (1987). Teoría Psicométrica. 1a. Edición. Ed. Trillas, México.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1990). Remota aún la Posibilidad de Obtener una Vacuna. Excelsior. Viernes 26 de octubre.
- ORNELAS BALL, GLORIA (1990). ¿ Dónde queda el Derecho Constitucional a la Salud. Excelsior. Viernes 26 de Octubre.
- ORTEGA NORIEGA, S. (1986). Teología Novohispana sobre el Matrimonio y Comportamientos Sexuales 1519-1570. En: De la Santidad a la Perversión, Ed. Enlace Grijalbo, México.
- ORTIZ QUESADA, FEDERICO (1988). Reflexiones sobre una nueva Enfermedad. Revista Mundo. Año II, No. 2, primavera. pp. 11-16.
- PAGE, S. and MEE, M. (1985). Conception of Male and Female Homosexual Stereotypes Among University Undergraduates. Journal of Homosexuality, Vol. 2 (1).
- PAZ, OCTAVIO (1984). El Laberinto de la Soledad. Lecturas Mexicanas, 1a. Edición. Fondo de Cultura Económica/Cultura SEP, México.

- LEONTIEV, A. N. (1985). Ciencia, Cultura y Sociedad. Ed. Grijalbo, México.
- LEVIN, JACK (1977). Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales. Ed. Harla. México.
- LURIA, ALEXANDER (1984). El Papel del Lenguaje en el Desarrollo del Niño. Ed. Progreso, Moscú.
- LURIA, ALEXANDER (1985). Introducción a la Psicología Evolucionista. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- MAISONNEUVE, JEAN (1988). Psicología Social. 2a. Reimpresión. Paidós Estudio, México.
- MARKOVA, I. and WILKIE, P. (1987). Representations, Concepts and Social Change: The Phenomenon of AIDS. Journal for the Theory of Social Behaviour. 17:4, December.
- MARTIN BARO, IGNACIO (1988). Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica. Ediciones de la Universidad Centroamericana. San Salvador.
- MARTIN, J. and VANCE, C. (1984). Behavioral and Psychosocial Factors in AIDS. American Psychologist, Vol. 39, No. 11, 1303-1308.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V., y KOLODNY, R. (1989). El Comportamiento Heterosexual en la Era del SIDA. Ed. Diana, México.
- MATA, L. ET AL. (1987). Tipología y Conducta de Riesgo y de Infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), de Hombres Homosexuales de Costa Rica, 1985-1987. Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
- MATHEWS SMITH, H. (1987). SIDA: Lecciones de la Historia. MD En Español. Febrero, 41-56.
- MCCAULEY, C. ET AL. (1980). Stereotyping: From Prejudice to Prediction. Psychological Bulletin, Vol. 87, No. 1, 195-208.
- MITCHELL, ANGELA (1990). AIDS We Are Not Immune. Emerge, Volume 2, Issue 2
- MONSIVAIS, CARLOS (1981). Escenas de Pudor y Livandad. Segunda Edición. Narrativa Grijalbo, México.

- MONSIVAIS, CARLOS (1984). Amor Perdido. Lecturas Mexicanas. Fondo de Cultura Económica/Cultura SEP, México.
- MONTAGNIER, LUC (1966). 16 Especialistas dan Respuesta a sus Preguntas sobre SIDA. Libros Cupula, Barcelona.
- MORIN, S. ET AL. (1984). Psychological Impact of AIDS on Gay Men. American Psychologist. November, Vol. 39, No. 11, 1288-1293.
- MOSCOVICI, SERGE (1991). La Denegación. Influencia Social Inconsciente. Moscovici, S., et al. Anthropos Editorial. Barcelona, pp. 303-319.
- MOSCOVICI, SERGE (1991). Prólogo. Influencia Social Inconsciente. Moscovici, S. et al. Anthropos Editorial. Barcelona, pp. 11-23.
- NOVEDADES BIBLICAS EN AMERICA LATINA (1960). Santa Biblia, Antiguo y Nuevo Testamento. México.
November, Volume 2, Issue 2. 30
- NUNNALLY, JUM (1987). Teoría Psicométrica. 1a. Edición. Ed. Trillas, México.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1990). Remota aún la Posibilidad de Obtener una Vacuna. Excelsior. Viernes 26 de octubre.
- ORNELAS BALL, GLORIA (1990). ¿ Dónde queda el Derecho Constitucional a la Salud. Excelsior. Viernes 26 de Octubre.
- ORTEGA NORIEGA, S. (1986). Teología Novohispana sobre el Matrimonio y Comportamientos Sexuales 1519-1570. En: De la Santidad a la Perversión, Ed. Enlace Grijalbo, México.
- ORTIZ QUESADA, FEDERICO (1988). Reflexiones sobre una nueva Enfermedad. Revista Mundo. Año II, No. 2, primavera. pp. 11-16.
- PAGE, S. and MEE, M. (1985). Conception of Male and Female Homosexual Stereotypes Among University Undergraduates. Journal of Homosexuality, Vol. 2 (1).
- PAZ, OCTAVIO (1984). El Laberinto de la Soledad. Lecturas Mexicanas, 1a. Edición. Fondo de Cultura Económica/Cultura SEP, México.

- PEARL, ARTHUR (1970). La Juventud en la Clase Baja. Problemas de la Juventud. Sherif, M., et al. Ed. Trillas, México. pp. 110-133.
- PIOT, P. (1986). Orígenes y Propagación del SIDA. 16 Especialistas dan Respuesta a sus Preguntas sobre SIDA. Montagnier, L. (Comp.). Libros Cupula, Barcelona.
- POLLACK, MICHEL (1982). Homosexualidad Masculina o, la Felicidad del Ghetto ?. En: Aries, P.; Bejin, A.; y Foucault, M. Historia de las Sexualidades. Ed. Paidós, México.
- POLSKY, H. y CLASTER, D. (1970). Estructura y Funcionamiento de los Sistemas de los Jovenes Adultos. Problemas de la Juventud. Sherif, M., et. al. Ed. Trillas, México. pp. 223-247.
- PONCE DE LEON, S. ET AL. (1986). El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: bases para su prevención y control. Salud Pública en México. Vol. 28, No. 4. Julio-Agosto.
- POPULATION REPORTS (1987). El SIDA: Una Crisis de Salud Pública. Serie L, No. 6. Abril.
- POWELL, MARTIN (1981). La Psicología de la Adolescencia. 2a. Reimpresión. Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- QUADLAND, M. and SHATTLIS, D. (1987). AIDS, Sexuality and Sexual Control. Journal of Homosexuality, Vol. 14, Nos. 1/2.
- RAMIREZ, SANTIAGO (1977). El Mexicano: Psicología de sus Motivaciones. Novena Edición. Ed. Grijalbo, México.
- RAMOS, SAMUEL (1982). El Perfil del Hombre y la Cultura en México. Décima Edición. Espasa-Calpe Mexicana, S. A., México.
- ROJAS MILLAN, C. (1988). Simposio Internacional sobre el SIDA. Tiempo No. 2426, 8 de noviembre. México.
- ROJAS SORIANO, RAUL (1988). Aspectos Sociales del SIDA. Gaceta CONASIDA, noviembre/diciembre, año 1, no. 4. 5-7.
- ROWSE, A. L. (1977). Homosexuales en la Historia. Ed. Planeta, México.

- RUIZ MARTINEZ, C. (1986). La Moderación como Prototipo de la Santidad: Una imagen de la niñez. En: Ortega Noriega, S. De la Santidad a la Perversión. Ed. Enlace Grijalbo, México.
- RUIZ PALACIOS, G. ET AL. (1986). Prevalencia de Anticuerpos contra el Virus Asociado a Linfadenopatía/Virus Linfotrópico Humano Tipo III de Células T (LAV/HTLV-III) en una Población de Homosexuales en México. Salud Pública de México. Vol. 28, No. 2, Marzo-Abril. 180-185.
- SAN DIEGO AIDS PROJECT (1987). AIDS. San Francisco AIDS Foundation.
- SEBALD, HANS (1984). Adolescence: A Social Psychological Analysis. Third Edition. Prentice-Hall, New Jersey.
- SECRETARIA DE SALUD (1990). Situación del SIDA en México. Programa de Prevención y Control Para la Reunión Cumbre de la UNICEF. Septiembre.
- SEPULVEDA AMOR, JAIME (1989). El SIDA en México. Nexos. Año XII, Vol. 12, No. 138. Junio.
- SEPULVEDA AMOR, JAIME (1990). Seis Preceptos Contra la Propagación del Mal. Excelsior. Viernes 26 de Octubre.
- SHERIF, M. y SHERIF, C. (1970). El Adolescente en su Grupo y en su Ambiente. Problemas de la Juventud. Sherif, M., et al., Ed. Trillas, pp. 306-338.
- SHERIF, M. y SHERIF, C. (1970). Introducción: problemas de la Juventud en Transición. Problemas de la Juventud. Sherif, M., et al. Ed. Trillas, México. pp. 15-26.
- SOLA DE VILLAZON, ANA (1973). La Problemática de la Identidad y de la Afiliación en la Adolescencia. El concepto de Identidad en la Adolescencia. Warnes, E., et al. Paidós, Buenos Aires, pp. 131-141.
- SONTAG, SUSAN (1989). Illness as Metaphor and AIDS and its metaphors. Anchor Books Doubleday, New York.
- SPENCE, CHRISTOPHER (1985). AIDS, Time to Reclaim Our Power. Published by Lifestory, London.
- SWORDS, NICOLA (1990). " I Never Promised You a Rose Garden "- Female Sexuality, Disease and AIDS. Manchester Sociology Occasional Papers Number 26. Department of Sociology, University of Manchester.

- TAYLOR, CLARK (1985). Mexican Male Homosexual Interaction in Public Contexts. Journal of Homosexuality, Vol. 11 Nos. 3/4. Summer.
- TECLA, ALFREDO (1980). Metodología de las Ciencias Sociales. T. 1. Ed. Taller Abierto, México.
- TELEVISIA, S. A. (1988). SIDA: Los años de Plaga. Guión del Programa "Contrapunto". Mayo-Junio. México.
- TRIPP, C. A. (1978). La Cuestión Homosexual. Edaf, Madrid.
- URRIBARI, R. y SASLAVSKY, L. (1973). La Dinámica Familiar como Perturbadora de los Procesos de Asunción de la Identidad y de Exogamia en la Crisis Normal de la Adolescencia. El Concepto de Identidad en la Adolescencia. Warnes, E., et al. Paidós, Buenos Aires. pp. 82-90.
- VALDESPINO, JOSE LUIS (1988). Hablemos de Números. Gaceta CONASIDA, noviembre/diciembre, año 1, No. 4, 8-9.
- VELASCO, MARTA (1983). Características Inmunológicas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Revista Médica de Chile 111:1299-1306.
- VERA, RODRIGO (1989). El Respeto al Pudor Detiene la Promoción de los Condones. Proceso, No. 663, 17 de julio.
- VEYNE, PAUL (1987). La Homosexualidad en Roma. En: Arles, P.; Bejin, A.; y Foucault, M. Historia de las Sexualidades. Ed. Paidós, México.
- VILA, IGNASI (1986). Introducción a la Obra de Henri Wallon. Anthropos Editorial, Madrid.
- WALLON, HENRI (1974). La Evolución Psicológica del Niño. Ed. Grijalbo, México.
- WALLON, HENRI (1987). Del Acto al Pensamiento. Ed. Psique. Buenos Aires.
- WALLON, HENRI (1990). La Vida Mental. Colección Crítica. Ed. Grijalbo, México.
- WARTOFSKY, MARX (1986). Introducción a la Filosofía de la Ciencia. Ed. Alianza Universidad, Barcelona.
- YOUNG, KIMBALL (1973). Psicología de las Actitudes. Ed. Paidós. Buenos Aires.

ZICH, J. and TEMOSHOK, L. (1987). Perceptions of Social Support in Men with AIDS and ARC: Relationships with Distress and Hardiness. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 2, pp. 193-215.

APENDICE

ID. _____
CUESTIONARIO DE LA FAMILIA MEXICANA

INTRODUCCION

A continuacion aparecen unas frases; queremos que las lea y nos diga si esta muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con cada una de ellas.

Por ejemplo:

DURANTE EL VERANO HACE MUCHO CALOR EN LA CIUDAD DE MEXICO

X				
Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En Desacuerdo	Muy en de sacuerdo

Ahora va a leer algunas afirmaciones. Para cada una nos va a decir si esta de acuerdo, muy de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo.

1. LA MAYORIA DE LAS NIÑAS PREFERIRIAN SER COMO SU MADRE

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En Desacuerdo	Muy en de sacuerdo
-------------------	------------	--------------	------------------	-----------------------

2. ES MAS IMPORTANTE OBEDECER AL PADRE QUE AMARLO

Muy acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En Desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	------------------	-----------------------

3. UNA BUENA ESPOSA DEBE SER SIEMPRE FIEL A SU ESPOSO

Muy acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	------------------	-----------------------

4. LA VIDA ES MAS DURA PARA UNA MUJER QUE PARA UN HOMBRE

Muy acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	------------------	-----------------------

5. NO ES CASADA QUE UNA MUJER CASADA TRABAJE FUERA DEL HOGAR

Muy acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	------------------	-----------------------

6. A TODO HOMBRE LE GUSTARIA CASARSE CON UNA MUJER VIRGEN

Muy acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	------------------	-----------------------

7 . UNA MUJER CASADA NO DEBE BAILAR CON OTRO HOMBRE QUE NO SEA SU ESPOSO.

<u>Muy</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
-----------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

8, UN HIJO DEBE SIEMPRE OBEDECER A SUS PADRES

<u>Muy</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
-----------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

9. ES MAS IMPORTANTE RESPETAR AL PADRE QUE AMARLO

<u>Muy</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
-----------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

10. MUCHAS HIJAS TEMEN A SUS PADRES

<u>Muy de</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
--------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

11. NUNCA SE DEBE DUDAR DE LA PALABRA DE UNA MADRE

<u>Muy de</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
--------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

12. LAS MUJERES SUFREN MAS EN SUS VIDAS QUE LOS HOMBRES

<u>Muy de</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
--------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

13. LAS DESHONRAS SOLO PUEDEN SER LAVADAS CON SANGRE

<u>Muy de</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
--------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

14. SER VIRGEN ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA MUJER SOLTERA

<u>Muy de</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
--------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

15. LAS MUJERES SIENTEN MUCHO MAS QUE LOS HOMBRE

<u>Muy de</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
--------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

18. MUCHOS HIJOS TEMEN A SUS PADRES

<u>Muy de</u> acuerdo	<u>De acuerdo</u>	<u>Ni si, ni no</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Muy en de</u> sacuerdo
--------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------	------------------------------

17. UNA MUJER QUE DESHONRA A SU FAMILIA DEBE SER CASTIGADA SEVERAMENTE

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

18. UNA MUJER DEBE SER VIRGEN HASTA QUE SE CASE

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

19. LA MAYOR DESHONRA PARA UNA FAMILIA ES COMETER UN ASESINATO

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

20. ESTA BIEN QUE UNA MUJER CASADA TRABAJE FUERA DEL HOGAR

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

21. LAS MUJERES DOCILES SON LAS MEJORES

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

22. MIENTRAS MAS ESTRICTOS SEAN LOS PADRES MEJORES SERAN LOS HIJOS.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

23. LAS MUJERES JOVENES NO DEBEN SALIR SOLAS EN LA NOCHE CON UN HOMBRE

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

24. ES MUCHO MEJOR SER UN HOMBRE QUE UNA MUJER

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

25. NUNCA SE DEBE DUDAR DE LA PALABRA DEL PADRE

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

26. LOS HOMBRES SON MAS INTELIGENTES QUE LAS MUJERES

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni si, ni no	En desacuerdo	Muy en de sacuerdo
----------------	------------	--------------	---------------	--------------------

Pasivo	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Activo
Maravilloso	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Espantoso
Chico	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Grande
Responsable	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Irresponsable
Moderno	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Tradicional
Peligroso	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Seguro
Débil	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Fuerte
Conocido	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Desconocido
Sano	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Enfermo
Insignificante	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Grandioso
Profundo	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Superficial
Horrible	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Lindo
Viejo	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Joven
Soportable	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Insoportable
Malo	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Bueno
Perfecto	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Imperfecto
Pesimista	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Optimista
Alegre	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Triste
Lento	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Rápido
Placentero	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Doloroso
Escaso	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Abundante
Admirable	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Despreciable
Contagioso	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	No contagioso
Desagradable	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Agradable
Amargo	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Dulce
No familiar	__ : __ : __ : __ : __ : __ : __ :	Familiar