



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES HACIA EL SIDA
Y EL USO DEL CONDON: PERCEPCION DE RIESGO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:

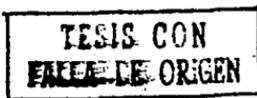
MA. ELENA GOMEZ VERGARA

Y

MA. TERESA MUÑOZ SANCHEZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. MIRTA FLORES GALAZ

MEXICO. D.F.



1993



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.

Lo más importante no es "trabajar",

sino producir y disfrutar el fruto de nuestro trabajo.

Roger Patrón Luján

A mis padres, por guiarme siempre por el camino de la responsabilidad, por su ejemplo, paciencia y amor.

A mi abuelita, por su cariño, enseñanzas y ejemplo.

A mis hermanos Arturo, Gloria y Cindy, por su compañía, amor y amistad.

Con todo mi amor a Miguel, por estar conmigo y brindarme su paciencia y amor en todo momento.

A mis tíos con todo mi cariño.

A mis primos y sobrinos, por su ejemplo de fortaleza, amor, espontaneidad y alegría ante la vida.

La ausencia aviva el amor, el amor vence a la muerte.

A Tere en especial por su amistad, comprensión, paciencia y empeño en el trabajo que hemos compartido.

A todos ustedes por el apoyo brindado a lo largo de mi carrera.

Mil gracias.

Ma. Elena

A mi Padre que siempre mostró interés en mi trabajo.

A mi Madre que incondicionalmente estuvo siempre a mi lado.

Y a ambos que con su ejemplo y cariño supieron orientarme en todo momento.

A mis hermanos Norma, Adriana e Hiram con mucho cariño.

A mi Abuelito Agustín que siempre estará en mi corazón.

Con amor a Javier que con su ejemplo, ternura y mucha paciencia siempre supo apoyarme y alentarme para seguir adelante.

Y en especial a Nena con quién compartí momentos difíciles, momentos felices y siempre tuvo la paciencia y las ganas de seguir juntas hasta terminar este trabajo, gracias por tu amistad.

Ma. Teresa

A los compañeros y amigos que durante la carrera nos permitieron compartir conocimientos y experiencias inolvidables, con cariño a Paty, Ere, Vicky, Juan Carlos y Gina.

Ma. Elena y Ma. Teresa

AGRADECIMIENTOS

Con agradecimiento y respeto a la Maestra Mirta Flores Galaz por su apoyo, confianza, ayuda y sus valiosas sugerencias.

A la Dra. Lucy Reidl, la Maestra Sofía Rivera, el Dr. Rolando Díaz Loving y la Maestra Luz María Javiedes por haber aceptado asesorar nuestro trabajo y por sus atinadas observaciones.

Gracias a la División General de Asuntos del Personal Académico (D.G.A.P.A.) que financió el proyecto "Sexualidad y SIDA en adolescentes: una aproximación Psicosocial" llevado a cabo en la Facultad de Psicología, UNAM dentro del Departamento de Psicología Social, gracias al cual fue posible la realización de éste trabajo.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO 1- ASPECTOS DEL SIDA	
PRIMERA PARTE .	
1.1.1- ANTECEDENTES	4
1.1.2- DEFINICION DE SIDA	8
1.1.3- VIAS DE TRANSMISION	8
1.1.3.1- VIA PERINATAL	9
1.1.3.2- VIA SANGUINEA	9
1.1.3.3- VIA SEXUAL	10
1.1.4- SITUACION DEL SIDA EN EL MUNDO	14
1.1.4.1- TRANSMISION DEL VIH EN EL MUNDO	15
1.1.5.- SITUACION ACTUAL DEL SIDA EN MEXICO	16
1.1.5.1- TRANSMISION DEL VIH EN MEXICO	19
SEGUNDA PARTE	
1.2.1- MEDIDAS DE PREVENCION	22
1.2.2- CONDON	24
1.2.2.1- ANTECEDENTES DEL CONDON	24
1.2.2.2- ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDON	26
1.2.3.- ACTITUD HACIA EL SIDA	29
1.2.4.- PERCEPCION DE RIESGO DE CONTAGIO DE SIDA	32
CAPITULO 2- METODO	
2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
2.2.- OBJETIVOS GENERALES	37
2.3.- HIPOTESIS	38

2.4.- VARIABLES	38
2.5.- SUJETOS	41
2.6.- MUESTREO	42
2.7.- TIPO DE ESTUDIO	42
2.8.- TIPO DE DISEÑO	42
2.9.- INSTRUMENTO	43
2.10.- PROCEDIMIENTO	44

CAPITULO 3.- RESULTADOS

3.1.- ANALISIS DESCRIPTIVO	46
3.2.- ANALISIS PSICOMETRICO	52
3.2.1.- ESCALA DE ACTITUD HACIA EL SIDA	52
3.2.2.- ESCALA DE ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDON	53
3.3.- ANALISIS DE DIFERENCIAS	55
3.3.1.- PARA PERCEPCION DE RIESGO DE CONTAGIO DE SIDA ..	55
3.3.2.- PARA ACTITUD HACIA EL SIDA Y EL USO DEL CONDON .	57

CAPITULO 4.- DISCUSION

4.1.- CONCLUSIONES	65
4.2.- SUGERENCIAS	65

REFERENCIAS

APENDICE 1

RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad hasta la fecha incurable y mortal producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual se instala en las células y puede permanecer ahí por años antes de manifestarse, durante este período el individuo infectado es capaz de transmitir la enfermedad sin darse cuenta.

Actualmente México ocupa el tercer lugar en América de casos de SIDA. Hasta agosto de 1993 se habían reportado 15,404 casos, de los cuales 81.4% se deben a la transmisión por vía sexual (CONASIDA, 1993). Avila, Sepúlveda, Hernández y Nazar (CONASIDA, 1989) estudiaron la transmisión del VIH en parejas heterosexuales demostrando un incremento del 2% en los comienzos de 1987, hasta el 12% al final de 1988, y encontraron que el mayor número de casos era en hombres jóvenes, pudiéndose atribuir principalmente a la frecuencia de actividad sexual sin protección, patrón que parece señalar una baja percepción de riesgo ante el contagio de esta enfermedad, pues se niegan a aceptar que pueden contraer una enfermedad sexualmente transmisible como es el caso del SIDA y de ahí que continúen los tipos de comportamiento que entrañan alto riesgo (Reflexión juvenil, 1991).

Carentes no sólo de formación sino de información suficiente, los adolescentes inician sus relaciones sexuales sin la menor protección.

Debido a que en nuestro país una gran proporción de la población está constituida por menores de 25 años, la presente investigación tuvo como objetivo conocer las actitudes hacia el SIDA y el uso del condón en estudiantes de bachillerato y su percepción de riesgo de contagio de SIDA. Participaron 1,509 estudiantes: 766 hombres y 743 mujeres. De la encuesta total, se seleccionaron para el estudio reactivos relacionados con aspectos sociodemográficos, han tenido o no relaciones sexuales, dos escalas de actitudes: una hacia el SIDA y otra hacia el uso del condón, cinco reactivos relacionados con la percepción de riesgo de contraer SIDA en grupos

con prácticas y preferencias sexuales diferentes y una sobre autopercepción de riesgo de contagio de SIDA. Los ANOVAS encontrados indican que existen variaciones significativas en la Escala de Actitud hacia el SIDA y en la Percepción de Riesgo de contagio de SIDA en cuanto a género, tipo de escuela y si han tenido o no relaciones sexuales; en cambio en la Actitud hacia el uso del Condón sólo se encontraron diferencias por género y tipo de escuela.

INTRODUCCION

El origen del SIDA ha sido una controversia, debido a la cantidad de teorías que existen al respecto; el 5 de Junio de 1981 en la revista titulada *Morbidity and Mortality Weekly Report* (Reporte semanal sobre morbilidad y mortalidad) del Centro para el control de enfermedades (Center for Diseases Control) se dieron a conocer los primeros casos de lo que posteriormente se denominaría SIDA.

Dichos casos eran hombres jóvenes con preferencias homosexuales sometidos a tratamiento debido a una neumonía causada por *Pneumocystis carinii*, estos pacientes también estaban afectados por infecciones confirmadas por el laboratorio causadas por un *Citomegalovirus candidiasis* (CMV); simultáneamente se detectaron casos de pacientes con un cáncer raro en la piel denominado Sarcoma de Kaposi, casualmente todos estos casos presentaban algunas características comunes como:

- Un grave deterioro en el sistema inmunológico.
- Edades alrededor de los 30 a 35 años.
- Preferencias homosexuales.

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida corresponde a un déficit inmunitario crónico inducido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); cuando este virus logra penetrar y desarrollarse dentro del organismo humano desencadena un proceso degenerativo en el sistema inmunológico que culmina con la muerte a causa de enfermedades oportunistas.

Existen tres principales formas de contagio del VIH: vía sanguínea, vía perinatal y vía sexual. Para la prevención y control de esta enfermedad, en México se han creado diversos grupos que tienen como objetivo fomentar entre otras medidas el uso del condón como medio de prevención y control del SIDA al considerarse éste dentro del contexto de sexo seguro el método más eficaz para prevenir la infección por VIH en aquellas personas sexualmente activas (Orellan, 1991).

Se han encontrado investigaciones en otros países que reportan un incremento mínimo en el uso de condón mientras que en México el uso de este preservativo se ha incrementado notablemente a partir de la aparición del SIDA; esta controversia en adición a la falta de información sobre la actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón como medio de prevención son motivo del presente estudio.

Se analiza e interpreta la actitud hacia el SIDA y el uso del condón a través de la percepción de riesgo en estudiantes de preparatoria y CCH; debido a que el 50% de la población en México la constituyen personas menores de 25 años de edad, de igual forma se ha encontrado información que muestra una tendencia a la madurez sexual precoz, lo que sugiere que la proporción de adolescentes sexualmente activos con poca responsabilidad y en consecuencia los embarazos a corta edad van en aumento; de tal forma los adolescentes representan un grupo de alto riesgo en el contagio del SIDA en la población nacional.

Los puntos que se abarcan en esta investigación son los siguientes.

El capítulo uno está dividido en dos partes, en la primera se define lo que es el SIDA, se presentan las principales vías de transmisión y se muestra una panorámica general de la situación del SIDA tanto en México como en el mundo; la segunda parte está constituida por medidas de prevención, historia, definición y actitud hacia el uso del condón; percepción de riesgo de contagio y actitud hacia el SIDA.

En el capítulo dos se describe el método que se siguió para llevar a cabo esta investigación, se plantea el problema, los objetivos y el procedimiento.

En el capítulo tres se dan a conocer los resultados obtenidos, mediante un análisis descriptivo, un análisis psicométrico y un análisis diferencial.

Finalmente en el capítulo cuatro se plantea una discusión en torno a los resultados y se emiten las conclusiones a las que se llegaron.

El presente estudio es parte de una investigación que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología, UNAM dentro del Departamento de Psicología Social de la División de Estudios de Posgrado "Sexualidad y SIDA en adolescentes: una aproximación Psicosocial"; financiado por la División General de Asuntos del Personal Académico (D.G.A.P.A).

CAPITULO 1.- ASPECTOS DEL SIDA

PRIMERA PARTE

1.1.1 ANTECEDENTES

Los reportes encontrados sobre SIDA indican la detección de una neumonía causada por *Pneumocystis carinii* en varones homosexuales jóvenes, a principios de la década de los 80', quienes además estaban afectados por infecciones confirmadas por el laboratorio causadas por *Citomegalovirus candidiasis* (CMV).

La neumocistis es una neumonía ocasionada por un parásito unicelular que cualquier persona puede portar en algún momento, sin que por ello se manifieste enfermedad alguna; en su larga prehistoria ha sido confundida con otras neumopatías mal definidas. Carlos Chagas describió el *Pneumocystis carinii* en 1909. La presencia de ese parásito fue comprobada en los órganos de diversos animales y en 1942 fue descubierto en los pulmomonos de un niño de pecho, pero hubo que esperar hasta los años cincuenta para que se demostrara realmente su papel en la patología humana. Fuera del uso de inmunosupresores, la neumocistis sólo se ha reconocido en bebés infectados *in utero*, en niños pequeños subalimentados y en algunos adultos leucémicos (Mirko, 1992).

El número de casos de neumocistis aumentó de manera considerable durante esta década (Barré, Chermann y Rozenbaum, 1990).

Esta infección es el ejemplo más característico de lo que se conoce como "una enfermedad oportunista" (Ramírez,1989); pues aprovecha la inmunodeficiencia del organismo para atacarlo (Orellan,1991).

Como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no presenta cuadros clínicos que permitan un diagnóstico retrospectivo seguro, se deben buscar las anomalías en la aparición de estas enfermedades oportunistas, entre las cuales se encuentra también el sarcoma de Kaposi.

El sarcoma de Kaposi es una enfermedad cutánea, una especie de proliferación tumoral múltiple descrita a fines del siglo XIX por Moritz Kaposi, quien además lo consideraba como una infección inicialmente generalizada (Patrice, Pesce y Francois, 1987). Desde la primera observación de la enfermedad, se impuso la evidencia de que se trata de un cáncer distinto de los demás (Mirko, 1992).

En los manuales de medicina, el sarcoma de Kaposi se describe como una afección crónica, relativamente benigna y limitada a las personas de edad, de sexo masculino (nueve enfermos de cada diez) y de pertenencia étnica bien definida: judíos o por lo menos de origen centroeuropeo; hombres de piel oscura de las márgenes septentrionales del Mediterráneo; ciertas tribus negras de Africa, especialmente los bantúes (Mirko, 1992).

El perfil general de los casos encontrados no correspondía al de las víctimas habituales debido a que no poseían tales características "raciales" y, además, eran relativamente jóvenes. De los ocho primeros homosexuales neoyorquinos afectados por ese sarcoma, en marzo de 1981 ya habían muerto cuatro.

Los manuales no mencionaban una peculiaridad que sin embargo todas las víctimas neoyorquinas tenían en común: la homosexualidad.

En los ochentas se observó una forma fulminante en sujetos homosexuales varones, que fué denominado por algunos sarcoma de Kaposi epidémico que se caracteriza por su comienzo explosivo, por la rapidez de su extensión cutánea que no respeta la cara, por la frecuente afección de las mucosas, los ganglios, el bazo, el tubo digestivo y los pulmones. Las lesiones son a veces muy atípicas y resulta indispensable recurrir a la biopsia.

La conjunción de ambas enfermedades, habitualmente raras excepto en algunos terrenos, inquieta y se inicia en E.U. una encuesta en plano epidemiológico;

se sospecha de una enfermedad nueva. Pronto se descubren como características frecuentes en los enfermos, la promiscuidad sexual y determinadas costumbres en este ámbito. Diferentes agentes etiológicos posibles son invocados y luego descartados. Se constata un déficit profundo de la inmunidad celular en todas las parejas de los sujetos vulnerables a esta enfermedad (Patrice, Pesce y Francois, 1987).

Se estableció que el SIDA afecta no sólo a los homosexuales sino también a heterosexuales toxicómanos que usan drogas intravenosas, describiéndose los primeros casos de SIDA en heroínómanos, así como también los originados por una transfusión de sangre o de uno de sus derivados, como en el caso descrito en enero de 1982 por una infección oportunista en un hemofílico en el centro de vigilancia de Atlanta (Mirko, 1992).

En Europa occidental, el primer lugar en el estudio del SIDA corresponde sin duda a una institución privada, el Instituto Pasteur de París, creado en 1888 por una suscripción pública y destinado inicialmente a efectuar la vacunación contra la rabia y a estudiar las enfermedades contagiosas, el Instituto Pasteur se convirtió rápidamente en un prestigioso centro de investigaciones microbiológicas y bioquímicas, de enseñanza especializada y de producción biomédica (Mirko, 1992).

En este Instituto entre 1982 y 1983 se obtuvo una primera indicación de la presencia de retrovirus distintos de HTLV-1 y HTLV-2 en los tejidos de personas afectadas por el SIDA o en estado anunciador de la enfermedad. Después, en mayo de 1983, L. Montagnier y sus colegas Françoise Barré-Sinoussi y Jean-Claude Chermann descubrieron un nuevo retrovirus en un enfermo atacado de linfadenopatía (estado que precede al SIDA establecido). Ese virus fué llamado LAV, lo que significa virus asociado a las linfadenopatías. Ese descubrimiento de LAV era interesante, pero no probaba en forma absoluta que fuese el agente responsable del SIDA. En realidad los únicos métodos disponibles entonces (los test asociados con el microscopio

electrónico que descubrían la transcriptasa inversa) mostraban que había un virus presente en un tejido pero no precisaban su naturaleza (Mirko, 1992).

El desarrollo cronológico de los hechos establecidos sugiere que Gallo y colaboradores realmente no examinaron de cerca ni tomaron en consideración las muestras obtenidas en julio: estaban obnubilados por el deseo de demostrar que "su" virus provocaba el SIDA. Fue sólo después de repetidos fracasos, y al enfrentarse a una creciente resistencia de otros virólogos estadounidenses, que por fin retrocedieron y se inclinaron sobre el virus del Instituto Pasteur.

La comparación de los dos virus (LAV y HTLV-III) mediante tests serológicos y luego por la clonación y la determinación de sus secuencias dará una respuesta definitiva: son idénticos. Durante un tiempo se adoptó una solución tan poco práctica como ridícula e injusta: se designaba al virus del SIDA con el doble acrónimo LAV/HTLV-III (uso recomendado por la Organización Mundial de la Salud), o más bien HTLV-III/LAV (uso adoptado por el gobierno de E.U. y las redacciones de la mayoría de las revistas científicas de lengua inglesa). En mayo de 1986, una comisión de nomenclatura virológica puso fin a esa situación absurda adoptando una nueva sigla: VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) (Mirko, 1992).

El virus causante del SIDA (VIH), solamente ataca a dos grupos de células (colaboradoras y de apoyo) del sistema inmunológico, cuando éstas mueren debido a la infección, este sistema es privado de un apoyo fundamental (Ramírez, 1989). Lo que sucede entonces es que si bien esta infección no mata directamente a la persona la dejará afectada sin protección contra padecimientos graves debido a que al penetrar y desarrollarse dentro del organismo humano desencadena un proceso degenerativo en el sistema inmunológico que culmina con la muerte a causa de enfermedades oportunistas. Se puede estar infectado por el VIH sin presentar síntomas ni desarrollar la enfermedad corriendo el riesgo de poder transmitir el virus a otras personas sin saberlo (Barré, Chermann y Rozenbaum, 1989).

Una vez que las enfermedades oportunistas atacan al organismo sin defensas y comienzan a manifestar sus síntomas existen diversas posibilidades de evolución de la enfermedad causada por el VIH, en función del grado de los daños sufridos por el sistema de inmunidad, las manifestaciones pueden ser muy diferentes (Barré, Chermann y Rozenbaum, 1989). Podrán mostrar una ausencia total de traducción de la infección, tanto desde el punto de vista biológico como clínico, o causar un daño menor que entonces hará ver una modificación de los signos biológicos y que presentará ciertas manifestaciones físicas, o bien puede desembocar en una de las formas más importantes de la infección, engendrando alteraciones considerables convirtiéndose en la causa última de mortalidad de los individuos (Ramírez, 1989).

1.1.2 DEFINICION DE SIDA

En octubre de 1983, se acepta una definición describiéndose como: SIDA, síndrome que se expresa por un cierto número de enfermedades cuyo diagnóstico se puede llevar a cabo con suficiente certeza. Evoca una deficiencia de la inmunidad. Definición que no tiene causa anterior conocida: es adquirida. También se define por un conjunto de enfermedades que explotan en un organismo inmunodeprimido por una razón desconocida. Las principales perturbaciones biológicas conciernen a la inmunología y todos sus componentes. Es un conjunto de anomalías biológicas (Rozenbaum et. al., 1985. Citado en Acevedo, 1993).

El SIDA es el síndrome o conjunto de síntomas propios de una enfermedad con una producción deficiente de defensas del organismo, dejándolo inmune ante agentes externos como bacterias, hongos virus y parásitos (Ramírez, 1989).

1.1.3 VIAS DE TRANSMISION

Con base en los conocimientos actuales, se ha demostrado que el VIH se desintegra a la estructura genética de la célula huésped para reproducirse, pero como

cualquier otro virus, no puede vivir fuera de ella, pues es muy vulnerable.

Ya que el VIH es muy frágil y no subsiste a las condiciones ambientales, las únicas formas de transmisión son las siguientes:

1.1.3.1 VIA PERINATAL

La mayor fuente infección entre los infantes es a través de su madre infectada. La evidencia sugiere actualmente que entre el 25 y el 50% de todas las madres infectadas por el VIH transmitirán el virus a sus hijos antes, durante o poco tiempo después del nacimiento (Hatcher et. al., 1989).

Los mecanismos de contagio por esta vía son, en primer lugar, dentro del útero, es decir, cuando el feto se encuentra en gestación en el vientre materno. Se ha aislado el virus en placenta y líquido amniótico y se han registrado tejidos afectados en un feto de 15 semanas. La segunda forma tiene lugar durante el parto al entrar en contacto la sangre materna con la del niño. Aunque hay quienes dudan de este mecanismo y piensan que la infección ocurre antes del parto, lo cual no es fácil de refutar. Por último, la transmisión postnatal, por medio de la leche materna, el VIH ha sido aislado en este fluido; no obstante; se piensa que el riesgo de contagio durante la lactancia es muy bajo. Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz niños sanos, y madres sanas pero seropositivas, que paren niños infectados. En realidad se desconocen aún muchos aspectos de esta vía de transmisión y su crecimiento un tanto acelerado es preocupante (Carrillo, 1990).

1.1.3.2 VIA SANGUINEA

Esta se produce por el paso de células de la sangre directamente al torrente circulatorio, de un individuo infectado por el virus a un individuo sano, debido a la gran concentración de partículas virales en las células sanguíneas, esta vía es de las más

eficientes.

El contagio por sangre puede ser por la transfusión de sangre contaminada y hemoderivados, el uso de agujas y jeringas no esterilizadas; y lo que se ha denominado punción ocupacional esto es, la picadura accidental al ocuparse de los enfermos, así como el transplante órganos y tejidos infectados y algunos microorganismos tales como el virus de la hepatitis tipo B, el herpes y las bacterias que generan enfermedades venéreas (Carrillo, 1990).

La forma más segura de contraer el virus, es a través de la sangre, pues la infección se desarrolla a partir de la invasión del virus a los linfocitos. Una vez incorporado a la estructura nuclear de estas células (específicamente los linfocitos T), el VIH se reproduce al mismo tiempo que destruye las estructuras celulares.

La consecuencia más perniciosa, a largo plazo, es el deterioro del mecanismo inmunitario de la persona, lo que la convierte en un terreno sumamente propicio para la acción patológica de cualquier tipo de bacterias.

Hasta antes de que fuera descubierto el mecanismo de transmisión de este mal, las transfusiones de sangre constituían el mecanismo más eficaz de transmisión del VIH. Prueba de lo anterior se encuentra en las estadísticas mundiales, que muestran un aumento del número de enfermos con SIDA producto de transfusiones recibidas años atrás. Así mismo, se ha observado que los hemofílicos, que por razón de su padecimiento han tenido que recibir periódicamente componentes de la sangre -específicamente plasma y/o factor VIII-, están presentando como complicación ajena a su padecimiento, el SIDA (Domínguez, 1988).

1.1.3.3 VIA SEXUAL

Cuando existe intercambio de líquidos corporales principalmente el semen,

secreciones vaginales y sangre entre una persona infectada y otra sana, ya sea en relaciones homo o heterosexuales, más aún si éstas son con parejas múltiples y frecuentes. Se ha comprobado particularmente que tanto el esperma como las secreciones vaginales, son los vectores principales de la transmisión del VIH (Ramírez, 1981).

Numerosos estudios han indicado que la transmisión heterosexual puede ser la principal ruta de la infección por VIH a nivel mundial. "La transmisión heterosexual parece estar aumentando en algunas partes de América Latina y el Caribe, y posiblemente en los E.U." (Hatcher et. al., 1989).

Dentro de la transmisión por vía sexual se encuentran principalmente tres formas:

-Coito rectal:

La penetración del compañero o compañera constituye la forma de relación sexual más eficaz en la transmisión del virus tanto en hombres como en mujeres. Durante el coito rectal el epitelio sufre heridas, por lo que al depositarse el semen en ellas, el VIH pasa directamente al torrente sanguíneo, así mismo, si el penetrador tiene pequeñas lesiones (muchas veces imperceptibles) al entrar en contacto con la sangre rectal, el virus entra a través de las heridas directamente al torrente circulatorio (Carrillo, 1990).

La transmisión del VIH guarda más relación con la práctica sexual que con la orientación sexual. Se señala a los varones homosexuales como individuos de alto riesgo. Ciertamente lo son, pero no por la homosexualidad en sí, sino porque practican el coito anal. Los heterosexuales que practican el sexo anal tienen el mismo riesgo elevado. Según el Kinsey Institute, "el coito anal... es más frecuente en las parejas heterosexuales de lo que muchos miembros de la profesión médica creen" (Conferencia Bloomington; The Lancet, 2/9 enero 1988; pág. 31). Sin embargo, pocos trabajos sobre la propagación del SIDA entre los heterosexuales abordan este punto.

Las pruebas de la transmisión a través de la inseminación artificial con semen contaminado por VIH se citan con frecuencia como ejemplo bien definido, casi experimental, de infección vaginal. Sin embargo, la inseminación artificial no es vaginal, es intrauterina y comporta también un cierto riesgo de hemorragia. Es más probable que estas infecciones se produzcan a través del traumatismo y la contaminación por sangre que por la exposición vaginal.

Dos estudios sobre la transmisión del SIDA entre heterosexuales diferencian el coito anal del vaginal. La transmisión del VIH a través del coito vaginal se debe probablemente a que este tipo de relación constituye la norma; es decir, puede producirse un gran número de infecciones a pesar de una baja infecciosidad del VIH. De todos modos, en ambos estudios se encontró un mayor índice de infección en los heterosexuales que practicaban la relación sexual anal. El riesgo (1,8 veces mayor para la relación anal que para la vaginal) era el mismo que para la infecciosidad del homosexual receptor anal (Lorian, 1988).

-Coito vaginal:

Este tipo de contacto parece ser menos propicio a la transmisión del VIH. La vagina se encuentra cubierta por un epitelio que posee varias capas de células aplanadas, lo cual le confiere una mayor resistencia a la fricción que se produce durante el coito. Se piensa que durante la menstruación las condiciones pueden ser más favorables para la transmisión del virus.

Una última consideración es que, aparentemente, en esta forma de relación sexual la mujer tiene más riesgo de ser infectada por el hombre que a la inversa. Se piensa que ello se debe a que el semen posee una mayor concentración de partículas virales (Carrillo, 1990).

-Sexo oral:

La transmisión del VIH en las distintas modalidades del sexo oral no ha sido

demostrada. La manera en que se sabe podría ocurrir el contagio, es por el depósito de semen o de secreciones vaginales en heridas imperceptibles en la mucosa bucal. El caso inverso, es decir, el paso del virus por medio de la saliva a la mucosa anal o vaginal, o vía pequeñas heridas en el pene, se considera casi imposible debido a la baja concentración de partículas virales en la saliva.

El problema en la determinación precisa de la transmisión a través del sexo oral, es que esté siempre es parte o termina con el coito (Carrillo, 1990).

Aunque la transmisión sexual del VIH está actualmente fuera de toda duda, no existen pruebas concluyentes acerca del papel de prácticas sexuales específicas. Sólo un estudio ha asociado la actividad sexual oral con la seroconversión de compañeros sexuales inicialmente seronegativos, pero, puesto que estas parejas también realizaban coitos vaginales, no pudo establecerse la actividad oral como factor de transmisión. Otros estudios sobre prácticas orales concretas en varones homosexuales y parejas heterosexuales no han observado que el contacto orogenital insertivo constituya un factor independiente de riesgo para la infección por VIH. En realidad, valorar el riesgo de exposición a la saliva en tales situaciones suele ser difícil, ya que por lo general los individuos llevan a cabo diversas prácticas sexuales. Para investigar las vías de transmisión del VIH, se ha examinado un grupo voluntario de varones homosexuales seronegativos mediante ELISA e inmunotestación western cada tres meses. Los pacientes eran interrogados sobre sus prácticas sexuales y se les ofreció asesoramiento para una actividad sexual segura. Si se producía seroconversión, los pacientes volvían a ser entrevistados por otro médico después de un mes como mínimo con el fin de corroborar sus afirmaciones (Rozenbaum et. al., 1988).

El análisis de casos individuales estableció que dos pacientes se habían infectado por relación insertiva, que era su única práctica sexual, con exclusión incluso del beso profundo; esto sugiere que la saliva puede ser un vector del VIH en estas circunstancias. Es imposible averiguar si los otros tres pacientes se infectaron a través

de la felación insertiva o receptiva, pero en cualquier caso parece que la actividad sexual oral se asocia a riesgo de contaminación por VIH (Rozenbaum et. al., 1988).

1.1.4 SITUACION DEL SIDA EN EL MUNDO

No es necesario examinar volúmenes de datos para saber que el SIDA se ha convertido en una preocupación mundial. Aunque algunas áreas del mundo tienen una mayor prevalencia que otras, todas las regiones habrán tenido que enfrentar el reto del SIDA antes de que se logre controlar la epidemia. Para algunas áreas, se sabe que el número de casos informados no refleja con precisión la extensión del problema porque los métodos de recolección de datos son deficientes o inexistentes o porque las autoridades médicas/políticas son reacias, por muchas razones a informar los casos de SIDA. Pero en todas las situaciones, lo más probable es que el número de casos aumente. Adicionalmente, la OMS predice que la situación global empeorará antes de que pueda ponerse bajo control (Hatcher, et. al. 1989).

Entre los países en desarrollo, Brasil, Haití y países del Africa Central presentan el mayor número de casos de SIDA. La epidemia en el Africa, donde la difusión geográfica está aumentando rápidamente, ilustra el alcance y la naturaleza de la pandemia del VIH. Varios países africanos parecen tener una prevalencia del 2 al 20% de infección por VIH entre adultos sanos. En algunas áreas del Africa Central y Oriental, del 2 al 15% de las mujeres embarazadas se informan como seropositivas. Prostitutas asintomáticas en Rwanda, Kenia y Zaire tienen tasas de prevalencia de VIH del 25 al 88% (Hatcher, et. al. 1989).

Los EE.UU han informado cerca del 70% del total de casos de SIDA en el mundo. En Europa, la mayoría de los países enfrentan en este momento una epidemia. El mayor número de casos per cápita de SIDA se encuentra en Suiza, Dinamarca, Francia y Bélgica. El VIH parece difundirse a diferentes velocidades en los países latinoamericanos. Se encuentra disponible una información limitada acerca de la

transmisión de SIDA en Asia debido a que es reciente la introducción del SIDA en ese continente (Hatcher, et. al. 1989).

En el continente americano, 44 países han notificado más de un caso. En este continente, los cinco países que más casos han notificado en orden decreciente son: Estados Unidos de Norteamérica, Brasil, Canadá, Haití y México. En EE.UU el 30% de los casos correspondió a los estados fronterizos con México: California, Arizona, Nuevo México y Texas (Soberón, 1988).

1.1.4.1 TRANSMISION DEL VIH EN EL MUNDO

En Norteamérica, Europa Occidental, Australia, Nueva Zelanda y algunas áreas de Sudamérica, más del 80% de los casos de SIDA aparecen en hombres homosexuales y bisexuales y en usuarios de drogas intravenosas. Por cada mujer, generalmente de 10 a 20 hombres desarrollan el SIDA. Se espera que aumente la transmisión entre heterosexuales. El número de casos pediátricos es bajo. Adicionalmente la transmisión por sangre y productos sanguíneos es prácticamente inexistente desde que se iniciaron las pruebas selectivas en 1985.

En Africa, partes del Caribe y algunas zonas de América del Sur los heterosexuales constituyen la mayor proporción de los casos de SIDA. Hasta el 25% del grupo de edad de 20 a 40 años en algunas áreas urbanas está infectado, y hasta el 90% de las prostitutas mujeres. Las principales fuentes de riesgo son el contacto con prostitutas, las relaciones con múltiples compañeros sexuales y una historia de enfermedades ulcerativas sexualmente transmitidas. En el Africa, alrededor del 90% de los casos de SIDA se atribuyen a la transmisión heterosexual, y entre ellos es mayor el número de mujeres que de hombres. La proporción de casos que resultan de transmisión de madre a hijo es significativa; ocurren grandes números de casos pediátricos. La transmisión a través de transfusiones de sangre y otras posibles rutas

parenterales continúan siendo un problema significativo en muchos países en desarrollo.

En algunos países la enfermedad ha aparecido sólo recientemente como en Europa Oriental, El Medio Oriente, Asia y las Islas del Pacífico (excluyendo Australia y Nueva Zelanda), y algunas áreas de Suramérica. En estos países, la infección es generalmente el resultado de importaciones. Las prostitutas y las personas con múltiples compañeros sexuales corren el mayor riesgo.

1.1.5 SITUACION ACTUAL DEL SIDA EN MEXICO

El panorama general de la epidemia de SIDA en México ha presentado tres tipos de tendencia, hasta 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 el crecimiento fué de tipo exponencial y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización; sin embargo, el comportamiento de la epidemia es la conjunción de varios tipos de epidemias en donde las diferentes velocidades de crecimiento están determinadas en las diferentes localidades, municipios o entidades por: a) antigüedades de los primeros casos autóctonos de SIDA; b) modos de transmisión preponderante; c) disponibilidad de susceptibles; y d) adopción de medidas preventivas específicas en cada población (SIDA/ETS, 1993).

En general los casos de SIDA en adultos atribuibles a transfusión sanguínea (incluye casos en hemofílicos) son cada día menos frecuentes: 15.9% en 1991; 6.5% en el mismo mes de 1993. Se ha calculado que el número total de casos de SIDA transfusionales prevenidos es mayor a 1,200. Contrariamente a esto la proporción de casos en los que se desconoce el factor de riesgo se ha ido incrementando 8.8% en 1991 vs 35.9% en 1993, esta situación indica que la calidad de la notificación ha disminuído.

De acuerdo con las tasas por millón de habitantes, las ciudades más afectadas

son: Veracruz con 1356 casos; Guadalajara con 612; D.F. con 565; Cuernavaca con 550 y Puebla con 462 casos (SIDA/ETS, 1993).

En cuanto a la fecha de inicio y de notificación, hasta fines de Agosto de 1993, han ingresado en el Registro Nacional de casos de SIDA un total de 15,404 casos. El promedio diario de nuevos casos fue de 14.3%, 443 casos fueron notificados en el primer mes. En los casos notificados durante este año se sigue observando retraso en la notificación, ya que sólo el 63.9% de los casos inició su padecimiento, fué diagnosticado y se notificó en los últimos 20 meses. De enero a agosto de 1993 se notificaron 3,112 casos, 1,742 se notificaron en el mismo período de 1992, y 2,371 en 1991. De enero de 1991 a agosto de 1993 iniciaron y notificaron 5,921 nuevos casos, lo que representa el 38.4%.

Se puede estimar que el número real de casos de SIDA en México es de 23,410 al corregir la subnotificación y el retraso en la notificación (SIDA/ETS, 1993).

Durante el mes de agosto, el D.F. y los estados de Nuevo León, Morelos, Guerrero, Tamaulipas, Puebla, México, Yucatán, Oaxaca y Chiapas notificaron en conjunto el 75.4% de los casos registrados en el último mes. Al comparar los casos acumulados hasta el mes de agosto de 1991 y 1993, se aprecia que en 24 estados el número de casos notificados en 1993 es mayor al notificado en 1991, en 8 estados es menor. Del total de casos, 8,585 (55.7%) se acumulan en el D.F., México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el D.F. (565 casos); Jalisco (331 casos) y Morelos (318 casos). Las entidades con menor incidencia son: Chiapas, Zacatecas, Hidalgo, Tabasco y Guanajuato.

Las entidades de mayor razón de casos por habitante son: el D.F. en donde uno de cada 1,770 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento, en el estado de Jalisco uno de cada 3,024 habitantes y en el estado de Morelos uno de cada 3,149 (SIDA/ETS, 1993).

En relación a la edad y sexo, durante los meses de agosto de 1991 a agosto de 1993, la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 44 años, de ellos entre el 84.7% y el 85.9% de los casos correspondió a hombres. De los casos acumulados la mayor proporción se ubica en el grupo de 25 a 34 años con 40.4%; en el de 35 a 39 años 15.0%; en el de 20 a 24 años 10.9%; en el de 40 a 44 años 10.1% y el 23.6% restante se distribuye en los grupos etéreos (SIDA/ETS, 1993).

El análisis por tasa indica que los hombres son seis veces más afectados que las mujeres, uno de cada 1,200 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad en comparación a una de cada 8,640 mujeres de este mismo grupo, en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 1,320 hombres, se ha visto afectado en comparación con una de cada 8,370 mujeres del mismo grupo etéreo. En el grupo de 25 a 29 años uno de cada 1,440 hombres se han visto afectados en comparación con una de cada 11,400 mujeres. La razón hombre mujer es diferente según los grupos de edad, para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre seis y ocho hombres por cada mujer afectada, mientras que esta relación es de 1:1 en el grupo de menores de un año (SIDA/ETS, 1993).

De acuerdo con la distribución por rama de ocupación y sexo, la tasa más alta por millón de habitantes se, presenta en los trabajadores del arte y los espectáculos con 1,686, para este rubro de ocupación existen 112 casos en hombres por cada caso de SIDA en mujer; la segunda tasa de incidencia corresponde a los trabajadores de servicios públicos con 1,650 casos por millón de habitantes, con una razón hombre mujer de 20:1, los profesionales ocupan el tercer lugar con 1,608 casos por millón de habitantes, en este grupo la relación por sexo es de una mujer afectada por 52 hombres. Las tasas de incidencia más bajas continúan presentándose en las personas dedicadas al hogar, los trabajadores domésticos y estudiantes. Se conoce la ocupación de 11,224 hombres y la 1,881 mujeres, se desconoce este dato en 1,835 de los 14,940 casos registrados en adultos hasta la fecha (SIDA/ETS, 1993).

En la evolución, más de la mitad de los casos 8,026 (52.1%) han fallecido, continúan vivos 6,031 (39.2%) y se desconoce la evolución de 1,345 (8.7%) (SIDA/ETS, 1993).

1.1.5.1 TRANSMISION DEL VIH EN MEXICO

En lo que se refiere a la transmisión del VIH en México, en los meses de agosto de 1991 a agosto de 1993, los casos notificados en hombres adultos, en los que se conoce el factor de riesgo se comportan en forma relativamente estable. La proporción de los casos atribuibles a transmisión sexual fué de 87.5% en 1991; 89.6% en 1992 y 90.6% en 1993, en los casos por transmisión sanguínea de la tendencia es similar 13.0% en 1991, 8.3% en 1992 y 8.4% en 1993. Al comparar los datos acumulados hasta mayo de estos mismos años, la proporción de casos en homosexuales tiende a estabilizarse. En cambio, los casos por transfusión muestran una clara tendencia a la disminución de 6.7% en 1991 a 4.5% en 1993.

Hasta el 31 de agosto de 1993 se ha notificado un número total de 12,845 casos en hombres adultos, 4,112 (39.8%) son homosexuales; 2,841 (27.5%) bisexuales y 2,123 (20.6%) heterosexuales. Atribuibles a transmisión sexual corresponden el 87.9% (9,076).

De los casos acumulados en mujeres, de agosto de 1991 a agosto de 1993, la proporción de casos por transfusión sanguínea han disminuído: 53.0% en 1991; 44.6% en 1992 y 38.7% en 1993. En las mujeres se ha presentado esta situación a la inversa: 1991 (40.9%); 1992 (51.6%) y 1993 (60.0%).

Hasta el 31 de agosto de 1993 se han notificado 12,095 casos en mujeres adultas: 42.0% se atribuyen a transmisión heterosexual; 55.0% a transfusión sanguínea; 2.3% en ex-donadoras remuneradas de productos sanguíneos y 0.7% por otras vías de transmisión (SIDA/ETS, 1993).

En niños, durante el último mes se notificaron 13 nuevos casos de SIDA, cuatro en niños y tres en niñas, ninguno de los cuales fue atribuible a transmisión sexual. Es importante mencionar que estos casos se han mantenido prácticamente estables y no se observan cambios importantes en las periodicidades. Existen 464 casos en menores de 15 años, 306 (65.9%) en niños y 158 (34.1%) en niñas, esta diferencia proporcional por sexo en parte podría estar dada por las características propias de la hemofilia. De los casos pediátricos acumulados hasta mayo de 1993, el 54.0% se transmitió por vía perinatal; 26.5% por transfusión sanguínea; 18.1% en hemofílicos; y 2.0% por abuso sexual. Se desconoce la categoría de transmisión de 55 casos.

En lo que se refiere a la adolescencia, de los 12,900 casos de SIDA reportados en México hasta marzo de 1993, en el grupo de 15 a 24 años se concentran 1,658 individuos con SIDA, en la que el 53.8% fué infectado por relaciones homosexuales, el 22.3% por relaciones bisexuales y el 15.8% por relaciones heterosexuales. Es importante señalar que en los dos grupos el contagio por drogadicción intravenosa es sumamente bajo.

En el grupo de edad de menores de 15 años predomina la transmisión sanguínea, mientras que en el grupo de 15 a 24 años la vía común de infección es la sexual.

Por lo anterior se puede afirmar que el SIDA se encuentra presente en la población adolescente en forma alarmante debido a las características psicológicas propias de lo jóvenes entre las que se pueden mencionar: búsqueda de la propia identidad, alguien a quien amar, intento de afirmar la identidad sexual, así como la autoestima, el deseo de probar su "poder sexual", interés por lo prohibido, rebelión contra la sociedad y la necesidad de sentirse adulto. Por esto, las medidas preventivas que se efectúen en este grupo de edad son sumamente importantes (Licea, 1993).

Los factores de riesgo asociados a la transmisión del VIH se presentan en

diferentes proporciones según la entidad federativa, así por ejemplo, se tiene que los más altos índices de transmisión en homosexuales se encuentran en: Yucatán 45.5%; Baja California Sur 43.5% y Nuevo León 41.5%. Por transmisión heterosexual: Chiapas 43.5%; Tlaxcala 36.5% y Aguascalientes 35.2%. Por transfusión sanguínea: Nayarit 24.1%, Jalisco y Puebla 23.5% cada uno. Los estados con mayor proporción de casos en donde el factor de riesgo es desconocido son: Estado de México 27.8%, D.F. 23.3% y Tlaxcala con 18.8% (SIDA/ETS, 1993).

En cuanto a sexo y edad, en el masculino, se observa que la mayor proporción de casos atribuibles a transmisión sexual se presenta en el grupo de 20 a 49 años de edad, que es el de mayor actividad sexual. Para esta misma categoría de transmisión pero en mujeres, los grupos de edad más afectados son entre los 20 y 34 años (edad reproductiva). En relación a los casos por transfusión sanguínea, estos se observan en todos los grupo etáreos, pero la mayor proporción para los hombres entre los 20 y los 49 años, mientras que para las mujeres es entre los 25 y 49 años. Los casos en hemofílicos se encuentran entre escolares y adolescentes. En cuanto a los casos en drogadictos intravenosos, existen 10 casos en hombres por cada caso en mujeres. Para el sexo masculino el mayor problema se encuentra entre los 25 y 34 años de edad. En los casos de hombres en ex-donadores remunerados de productos sanguíneos, la mayor proporción de casos se sitúa entre los 25 y 35 años mientras que en las mujeres es entre los 30 y 39 años. Sólo en los casos perinatales no se observan diferencias importantes por sexo y la mayor proporción de casos se encuentra en lactantes y preescolares (SIDA/ETS, 1993).

SEGUNDA PARTE

1.2.1 MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Se han realizado diversas investigaciones en relación a las medidas de prevención de contagio de SIDA; tal es el caso de un estudio que se refiere a la Comunicación y conocimientos sobre SIDA y uso del condón entre los habitantes de la ciudad de México (Licea, 1988).

La encuesta se llevó a cabo en una muestra de 1,748 personas representativas de la población de 15 años y más del área metropolitana de la ciudad de México. El 45.7% fueron hombres y el 54.3% mujeres; la distribución de edades va desde los 15 años hasta los 45 o más. Respecto al nivel socioeconómico el 20.9% corresponden al alto; el 52.9% al medio y 26.2% al bajo (Licea, 1993).

En lo que se refiere a las nociones sobre formas de contagio y prevención, se encontró que entre la población general existe todavía desinformación con respecto a estos temas.

Los grupos mejor informados son hombres, jóvenes, personas con nivel socioeconómico alto, solteros, los más escolarizados y los que mayor rememoración tienen de la campaña y por ende han buscado información en los medios de comunicación.

Hay una proporción importante de los encuestados que aún creen que el SIDA puede transmitirse por donar sangre (43%); por usar sanitarios públicos (29%); nadar en albercas donde ha nadado una persona infectada (12.4%) y hasta por respirar (4%) o darle la mano (3%) a alguien con SIDA (Licea, 1993).

Casi toda la población encuestada está enterada de la campaña de prevención contra el SIDA realizada por CONASIDA, pero existen diferencias en cuanto a la

evocación: prácticamente todos los adolescentes y jóvenes recuerdan la campaña; en los adultos mayores de 45 años, el índice del recuerdo disminuye al 80%. Asimismo, influye el nivel socioeconómico y el estado civil.

Las diferencias en la evocación mencionadas entre los distintos grupos poblacionales parecen deberse a dos factores principales: el riesgo de contraer la enfermedad y la capacidad para entender la información (Licea, 1993).

La población recuerda básicamente dos mensajes: el uso del condón y la fidelidad como medidas preventivas para no contraer el SIDA. La mayoría de la población opina que la información es interesante, verídica, útil y buena. Por lo que se refiere a conocimientos sobre la enfermedad, los resultados fueron: el SIDA es incurable (90%) y mortal (96%); no existe vacuna (92%); es contagioso (90%) y es una enfermedad prevenible (87%) (Licea, 1993). Al respecto, la OMS concluye que la única medida de prevención por el momento para la epidemia, es mediante acciones educativas e informativas, asimismo, se subraya la necesidad de que dicha educación, destierre las "técnicas de miedo", así el objeto de la prevención consistirá en ayudar a desterrar mitos sobre el SIDA y hacer conciencia de que su expansión es un asunto de responsabilidad personal. El objetivo fundamental no es imponer reglas de comportamiento sino proporcionar una información actualizada para que se haga elección responsable de una sexualidad sin riesgo, es decir que se tomen medidas para reducir en lo posible la probabilidad de contraer la enfermedad (Ramírez, 1989).

Es por esto que para reducir el riesgo de infectarse por el VIH, es necesario adoptar cambios en las prácticas sexuales, que no deben entenderse como abstenerse de tener relaciones sexuales, sino tomar en cuenta las tres precauciones que el Sector Salud a sugerido mediante su campaña publicitaria. estas son:

- 1.-Práctica de relaciones sexuales monógamas.
- 2.-Evitar la inoculación de la sangre y material.
- 3.-Uso de preservativo (condón) (Ramírez, 1989).

1.2.2 CONDON

Dada la capacidad de los condones para prevenir la transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras enfermedades sexualmente transmitidas, los beneficios del condón se extienden mucho más allá de la anticoncepción.

Aunque aún no se han visto estudios que demuestren un mayor uso de los condones desde la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se predice un mayor interés en los condones y un mayor uso de ellos (Hatcher et. al., 1989).

1.2.2.1 ANTECEDENTES DEL CONDON

El hecho de que ciertos historiadores piensen que los habitantes del Nilo ya conocían el condón, se debe a la presencia en frescos egipcios, de figuras con el pene cubierto por una envoltura aparentemente de fibra vegetal trenzada. También se dice que hace dos mil años los chinos fabricaban condones con papel de seda, y que los legionarios romanos obtenían de sus enemigos muertos en batalla el material necesario para hacer los suyos (Carrillo, 1992).

Los primeros condones que existieron (siglo XVIII) se hacían de intestinos de animales con el objeto de prevenir la transmisión de enfermedades sexuales. Sin embargo, las desventajas eran obvias: no podían producirse masivamente, además de disminuir la sensibilidad. No fue sino hasta el año de 1839, cuando el célebre vulcanizador Charles Goodyear, conocido en todo el mundo por la invención del proceso para fabricar llantas de hule, inició la revolución del condón, al permitir con su descubrimiento la producción masiva de los mismos. A partir de la segunda mitad del siglo XIX los condones se utilizan ampliamente (Tonda, 1991).

No está de más aclarar que los condones tienen varios usos. No todos están pensados para evitar el contagio de enfermedades. De hecho, este objeto sigue

formando parte de los escaparates. Los hay de puntitos, con motitas, de colores, rugosos, con figuritas, para dar más volúmen, etc.. Los modelos tratan de ir a la par de la fantasía.

Una de las primeras interrogantes era si el látex realmente detenía al virus, organismo submicroscópico, cuyo nombre significa "filtrable". Un espermatozoide mide 3 micrómetros de ancho y 25 de largo. El agente causal de la sífilis, *Treponema pallidum*, mide 0.2 micrómetros de ancho al igual que la *Chlamydia trachomatis*, que produce urteritis. El virus del herpes y el VIH que produce el SIDA, tienen ambos 0.1 micrómetros de ancho. Ante estas medidas, el "sensibilísimo" condón de piel, el muy natural, no detiene ninguno de los virus. Se ha demostrado que el VIH pasa a través de él, por lo que se recomienda que se utilice esencialmente para efecto de contracepción. El condón de látex, para detener a todos estos organismos presenta una película de polisopreno que produce un "efecto de barrera", por lo que las posibilidades de que el VIH pase a través de ésta son prácticamente inexistentes, lo cual ha sido comprobado en múltiples experimentos.

Sin embargo, ocasionalmente ocurren fallas. De acuerdo con varios estudios, las causas de tan lamentables situaciones se deben en primer lugar al error humano, es decir, a la mala utilización del condón, a no seguir las instrucciones correctamente. Esto se debe, por un lado a la falta de instrucciones en el producto o a la poca claridad de ellas y, por otro lado, a la escasa experiencia de los usuarios, que aparentemente constituye la causa más común.

No se debe olvidar la mala costumbre de cargarlo durante mucho tiempo en la bolsa del pantalón o en la guantera del coche, en los cálidos veranos o en latitudes que desconocen el invierno. El uso de lotes caducos o el no poner atención a la fecha de caducidad que llevan impresos los condones que contiene espermicidas -los cuales dañan el látex después de cierto tiempo- es otro de los problemas. Le sigue el empleo de lubricantes grasos durante el coito, los cuales deterioran severamente el condón

provocando que se raje o se haga chicoso. Las fallas en los sistemas de control de calidad eran frecuentes hasta hace algunos años, pero el peligro del SIDA ha tenido como consecuencia en el control de calidad una mayor vigilancia de las normas que deben seguirse durante su fabricación (Carrillo, 1992).

A pesar de todo esto, el condón ofrece más ventajas que desventajas. Por ello, su alta estima como una de las formas más seguras de evitar el contagio del virus de inmunodeficiencia humana.

Es cierto que disminuye en el hombre la sensibilidad al contacto directo de la vagina con el pene, así como también es cierto que colocarse un condón antes de la penetración puede significar una discontinuidad, una interrupción, sin embargo, emplearlo puede convertirse en parte de un juego amoroso (Tonda, 1991).

1.2.2.2 ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDON

El uso del condón, dentro del contexto del sexo seguro -tener relaciones sexuales disminuyendo el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, la sífilis, la gonorrea, etc., utilizando el condón-, es el método más eficaz para prevenir la infección por el VIH, en aquellas personas que son sexualmente activas (como es el caso de un gran número de adolescentes). Sin embargo, su uso no ha parecido incrementarse entre los jóvenes, a pesar de la dimensión de la epidemia y de la publicidad que se le ha dado en las distintas campañas preventivas.

Lamentablemente, a pesar del ligero aumento en el uso del condón, su consumo es aún bajo. De acuerdo a las cifras actuales 46 millones de parejas aproximadamente lo emplean como forma de contracepción. La gran mayoría de ellas pertenecen a países del llamado Primer Mundo y únicamente un 0.3% a América Latina y el Caribe.

Ahora, si bien es cierto que las campañas han logrado incrementar el uso del

condón, la respuesta no ha sido proporcional al grado de avance de la epidemia en cada región o país en particular. Aparentemente la respuesta es más positiva en los países donde existe una verdadera educación sexual, abierta, clara y sin tapujos. Por ejemplo, en E.U. país que tiene el mayor número de casos de infección en el mundo, el aumento en el uso del condón es de sólo 10%, mientras que en algunos países europeos, éste se ha doblado en unos cuantos años. La diferencia estriba en que mientras en los países escandinavos se habla claramente acerca del SIDA, de la importancia del condón y en las escuelas se enseña a los estudiantes todo lo que se debe conocer para su uso correcto, en ciertos estados de E.U. se propone la abstinencia como solución. Otro de los factores que influyen en el uso del condón es su disponibilidad en ciertas regiones del mundo, hay países en donde con dificultad se consiguen y si se encuentran el costo es muy alto.

En México, al igual que sucede con muchas cosas, las cifras y porcentajes del uso del condón son un tanto desconocidas. Quizás lo único que se sabe con certeza es que su empleo es poco frecuente. Las estimaciones más optimas no pasan de un 7%. Según algunos cálculos, durante 1986 se vendieron un millón de condones al mes. Las ventas en 1988 se estimaron en 28 millones de unidades. Poco se puede sacar de estas aproximaciones. Aparentemente el aumento en su consumo ha ocurrido principalmente entre quienes realizan prácticas de riesgo.

Pero a pesar de la falta de precisión, el hecho de que el consumo del condón sea tan bajo, mientras que en el país cada día se engrosa el número de enfermos de SIDA, no deja de ser motivo de preocupación. Las condiciones socio-económicas que México comparte con el resto de los países tercermundistas, la tradición católica de recibir "todos los hijos que Dios me mande", la falta de una educación sexual adecuada, clara y sin pudores, los prejuicios, tabúes y demás fantasmas que impiden que se hable abiertamente de sexo, son de los tantos factores que contribuyen a la existencia de esta situación (Carrillo, 1992).

En un interesante estudio realizado en San Francisco, E.U., por Kegeguels y colaboradores (1988), con la intención de conocer los cambios a lo largo de un año en cuanto al conocimiento, actitudes y uso del condón en jóvenes, se encontró con que un 40.3% de las mujeres y un 69.4% de los varones reportaban que habían tenido más de una pareja sexual en el transcurso del año de la investigación. Al finalizar el estudio, el 23% de las mujeres señalaron que su pareja sexual había utilizado el condón y el 49% de los varones reportó su utilización. Solamente el 2.1% de las mujeres y el 8.2% de los varones habían utilizado el condón todas las veces que tuvieron relaciones sexuales ese año (Orellan, 1991).

Datos de la industria del condón, señalan que a partir de la aparición del SIDA ha proliferado en el mundo el consumo de preservativos. En México, hace 10 años se vendían anualmente 18 millones de preservativos, en 1986 las ventas aumentaron a 23 millones de piezas y en 1988 se calcula que las ventas de condones fueron de 28 millones de piezas. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, entre junio de 1986 y noviembre de 1987, el uso de preservativos aumentó de 15 a 30% en la población de entre 15 a 20 años de edad. En particular, el 73% de los compradores de condones de una marca comercializada por la Secretaría de Salud y distribuidoras CONASUPO, son hombres en edad promedio de 27 años y en el D.F., el 29% son solteros, el 51% son nuevos usuarios de preservativos y de estos, el 88% comenzaron a usarlos hace menos de 12 meses (Ramírez, 1989).

En una investigación para conocer el pronóstico del acceso al condón entre hispanos de San Francisco, se observó que el preparar el acceso al condón puede ser una manera importante de disminuir la propagación de enfermedades transmitidas sexualmente y el VIH. Identificándose los factores asociados con el cuidado y uso del condón en un exámen, dirigido al azar en 522 hispanos adultos entre las edades de 18 a 65 años en San Francisco, en total más hombres hispanos reportaron usar condones que las mujeres hispanas (55.2% vs 23.8%). Los hombres hispanos también reportaron niveles mucho más altos de riesgo en su comportamiento sexual,

que las mujeres hispanas, el esfuerzo en la promoción del uso del condón con hispanos, requerirá de diferentes accesos para cada sexo (Marín, 1992).

Un estudio con 759 mujeres en la asistencia de las unidades clínicas, tuvo como objetivo conocer la relación entre las actitudes de las mujeres acerca del condón y su uso, revelando que la mayoría de las mujeres apoyaron el uso del condón como una manera importante de reducir la propagación del SIDA. El 82% reportó que acepta el uso del condón, pero solamente el 14% reportó usar el condón, además de otras formas anticonceptivas, para prevenir infecciones con patógenos transmitidos sexualmente, incluyendo VIH. En la notificación del uso del condón en hombres, estos perciben por igual el uso del condón y su efecto en el placer sexual, esto predice el aumento en el uso del condón (Valdiserri, 1989).

Investigaciones realizadas en zonas urbanas de México indican que los programas de información sobre el SIDA no perjudican la imagen del preservativo como método de planificación familiar. Gracias a una campaña informativa de alto impacto y penetración, aumentó el conocimiento espontáneo del preservativo como método anticonceptivo y de prevención contra el SIDA. Ambos tipos de conocimientos estaban estrechamente relacionados (Stover, 1991).

1.2.3 ACTITUD HACIA EL SIDA

El intento de cambio de actitudes se ha llamado persuasión. Los movimientos sociales, son intentos de originar cambios sociales, o una alteración significativa en la estructura social existente, acompañados de cambios en las actitudes y los comportamientos. Los intentos de resistir al cambio social se llaman contramovimientos (Witting, 1983).

Un ejemplo de movimiento social, son las campañas preventivas contra el SIDA, formadas del reclutamiento de esfuerzos y desarrollo de organizaciones formales que

llevan a hacer llamamientos públicos orientados a influir en el comportamiento y cambiar actitudes.

La infección por VIH ha provocado diversas actitudes, desde discriminación, prejuicios, miedo, temor exagerado en la población, por lo tanto, la persona que ejerce su sexualidad independientemente de la preferencia sexual (heterosexual, bisexual y homosexual), se han visto acorralados por personas que los consideran gente con prácticas de alto riesgo (Cruz et.al., 1991).

Existen diferentes investigaciones en relación a la actitud de los adolescentes hacia el SIDA, por ejemplo la realizada por Flores y Díaz (1991) "Actitud hacia la vida, muerte y SIDA", realizada en la UNAM, en 1991; con 171 estudiantes de trabajo social y 155 estudiantes de medicina, los resultados en cuanto a la actitud hacia el SIDA, reportan que los estudiantes de medicina lo perciben más común, fuerte y activo que los de trabajo social. Así mismo, se encontraron diferencias significativas por estatus sexual en cada uno de los conceptos y una correlación significativa entre muerte y SIDA.

Otra investigación realizada en Estados Unidos, "Actitudes de los Adolescentes hacia las precauciones del SIDA e intento del uso del condón", con 370 estudiantes de secundaria de 15 a 16 años de edad, las actitudes reflejan niveles de apatía, negación y alta confusión, en lo concerniente al grupo de alto riesgo. La intención del uso del condón en encuentros sexuales futuros fué relacionado al sexo conflictos y confusión acerca de las precauciones hacia el SIDA (Barling y Moore, 1990).

En lo referente a las actitudes hacia el SIDA, se ha encontrado que este síndrome evoca asociación con sexo, sangre, drogas y muerte, que son miedos básicos e inhibitorios en el ser humano.

Diversos estudios como el de Kegels, Coates, Christopher y Lazarus (1989),

mencionan que muchos estadounidenses continúan con la idea de que la gente con SIDA tiene su merecido castigo por una conducta inmoral y ofensiva. Este tipo de personas tiene actitudes intolerantes hacia la gente con SIDA. En otro de sus estudios, los mismos autores señalan que sujetos con diferentes nacionalidades expresan que la gente con SIDA no debe ser tratada con compasión. Los resultados acerca de las actitudes hacia el SIDA asociados con la religión son contradictorios, ya que por una parte, algunas religiones como la católica se compadecen y atienden a las personas con SIDA y por otra parte, condenan algunas formas de contagio, como la sexual (Flores y Díaz, 1991).

Mortón y Mc. Manes (1986), sugirieron que la educación acerca de la homosexualidad antes que la infección del VIH, requiere reducir dudas con respecto a éste. Estudios realizados acerca de actitudes sobre la infección por este virus y percepciones hacia la homosexualidad en estudiantes de psicología y personal de salud, arrojan los siguientes resultados: Semkins y Kushonerc (1986), encontraron una correlación baja entre la percepción con respecto a la homosexualidad y la actitud hacia la infección por el VIH. Por el contrario en el año de 1987, Bouton y Dowel hallaron una correlación alta respectivamente entre estos, sólo que la llevo a cabo en un grupo del sector salud (Cruz et al., 1991).

Un estudio llevado a cabo por el Dr. Sepúlveda y col. en 1987, en hombres homosexuales y bisexuales en 6 ciudades de la República Mexicana, consistió en la aplicación de 853 entrevistas, refiriendo que en caso de que alguno de sus amigos enfermara de SIDA, el 95% lo ayudaría, el 46% avisaría a alguna autoridad, el 23% lo mantendría en secreto y sólo el 1% lo rechazaría. Si esto sucediera a uno de sus familiares, el 95% lo ayudaría el 47% avisaría a alguna autoridad, el 19% lo mantendría en secreto y sólo el 2% lo rechazaría.

Sin embargo, si supiera que su pareja está infectada o con SIDA, el 90% le brindaría apoyo, 71% solicitaría consejo médico y el 25% se apartaría de ella.

Aún cuando hay datos que muestran preocupación y solidaridad con los enfermos de SIDA, el 60% de los entrevistados señaló que aislaría a las personas con SIDA si en sus manos estuviera dictar medidas de este tipo, lo cual pone en evidencia un rechazo social hacia los afectados por esta enfermedad (Cruz et. al., 1991).

La conclusión final a la que han llegado diversos autores en relación a la actitud hacia el SIDA es que existen diferencias significativas principalmente entre la gente que profesa religión y la que no la profesa y también entre la gente que está en contacto con homosexuales o enfermos de SIDA y los que no lo están (Marks, Richardson, Lochner, McGuigan y Levine, 1988) (citados en Flores y Díaz, 1991).

1.2.4 PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER SIDA

La percepción es un proceso por el cual una persona interpreta estímulos sensoriales. Los procesos sensoriales simplemente informan acerca de los estímulos ambientales; la percepción traduce estos mensajes sensoriales en forma comprensible (Witting, 1983).

La percepción parece ser en gran parte una función de la experiencia, es decir, una característica aprendida del comportamiento. Existen evidencias que indican que un sujeto cuya experiencia perceptiva se restringe o elimina, será incapaz de desarrollar reacciones perceptivas normales. Además, el sujeto que no puede, o a quien se le impide interactuar con los estímulos ambientales, no mostrará un desarrollo perceptivo normal.

Dos clases de factores influyen en la percepción señales externas (estímulos) y señales internas (factores personales). Tanto las señales externas como las internas afectan la manera como una persona atiende a los estímulos. Es necesario poner un mínimo de atención a un estímulo para que se dé la percepción (Witting, 1983).

La percepción de riesgo de contagio de SIDA es la conciencia de riesgo de contagio, protección contra el SIDA, precauciones para no adquirir la enfermedad, y puede ser analizada bajo dos factores que influyen la estructura típica para una mejor claridad de la variabilidad de la percepción de riesgo: el primer factor es el miedo y el segundo la comprensión o incomprensión del riesgo. Johnson (1991) propone que la percepción de riesgo se basa en los siguientes aspectos:

- 1.- Surge la atención (Qué eventos capta la persona en el medio y le llaman la atención porque le resultan significativamente amenazantes).
- 2.- Estimación del riesgo (Qué tan grande es el riesgo).
- 3.- Evaluación del riesgo (Qué tan serio es el riesgo).
- 4.- Atribución de la causa y culpa (Quién causa el riesgo y quién es el culpable de la distribución).
- 5.- El control del peligro (Cómo trata la persona del controlar el riesgo).
- 6.- Estrategia (Qué acciones elige la persona para conseguir un control sobre el riesgo) (Díaz y Rivera, 1992).

Estos aspectos se ven fuertemente influenciados durante la adolescencia que puede ser un período difícil, por la incertidumbre, presiones de los compañeros y mensajes contradictorios (Reflexión Juvenil, invierno 1991).

Si bien el inicio de la pubertad reconoce límites a veces difusos, la misma comienza entre los 12 y 16 años, tanto en mujeres como en varones.

Entre otras manifestaciones se anuncia el inicio de la madurez sexual, cuya consecuencia más natural e importante es capacitar a la mujer para concebir, y al varón para procrear (Gaceta CONASIDA, 1991).

Desde el punto de vista biológico no se puede ignorar el despertar sexual del

adolescente. Pubertad significa, fundamentalmente, entrar en la vida sexual activa (Gaceta CONASIDA, 1991).

Los adolescentes se niegan a aceptar que pueden contraer una enfermedad sexualmente transmitida como es el caso del SIDA y de allí que continuen los tipos de comportamiento que entrañan alto riesgo (Reflexión juvenil, 1991).

Carentes no sólo de formación sino de información suficiente, inician sus relaciones sexuales sin la menor protección. Sus posibilidades son aquí y ahora o hasta la próxima oportunidad. Esto los hace aceptar el "aquí y ahora" sin medir las consecuencias, que en muchos casos se traducen en embarazos no deseados, matrimonios predestinados al fracaso, enfermedades venéreas, etc. Hoy se suma un nuevo problema: el SIDA que, como la sífilis en otras épocas, se expande vertiginosamente.

Si bien la vía sexual no es la única fuente de contagio, estadísticamente es la que está causando más víctimas, y los adolescentes no permanecen al margen (Gaceta CONASIDA, 1991).

En Brasil, como en muchas partes del mundo, los niños y los jóvenes son los que más sufren las dificultades económicas y las desigualdades sociales. UNICEF estima que, de los 147 millones de habitantes que componen la población total de Brasil, 7 millones de niños y jóvenes trabajan jornadas completas o viven en la calle, a donde los lleva la pobreza o el maltrato recibido en sus hogares. El Ministerio de Acción Social estima que de estos, 500,000 son niñas menores de 19 años que trabajan de prostitutas.

El riesgo de contraer SIDA es extremadamente elevado entre estas jóvenes, pero es difícil convencer a una muchacha de la calle que el SIDA es una amenaza real. Si no devengan ingresos por medio de la prostitución, ellas, junto con los hijos que

muchas ya tienen, sentirán los efectos del hambre mucho antes de que tengan posibilidad de morir a causa del SIDA. Las jóvenes tienen dificultad en relacionarse con algo que no es concreto; como la vida que llevan es tan desolada, no son capaces de conceptualizar cosas que no estén inmediatamente a la vista (Reflexión juvenil, 1991).

Al realizarse un estudio a 989 estudiantes de la UNAM -515 hombres y 474 mujeres-, acerca de prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA, los grupos percibidos con más riesgo (en una escala de 1 a 3, donde 1 es igual a nada riesgoso y 3 es extremadamente riesgoso), según preferencias sexuales, son los siguientes: hombre homosexual con más de una pareja (2.88); mujer homosexual con más de una pareja (2.75); hombre y mujer heterosexuales con más de una pareja (2.68 y 2.69 respectivamente), Al mismo tiempo, al describir su propio riesgo, los estudiantes lo perciben como muy bajo (1.38). Incluso, al ver la autopercepción de riesgo, es claro que este es relativamente bajo aún en estudiantes con más de una pareja (Licea, 1993).

Otra investigación que resulta importante mencionar, es la que se refiere a la comunicación y conocimientos sobre SIDA y uso del condón entre los habitantes de la ciudad de México (1988).

La encuesta se realizó con una muestra de 1,748 personas, representativas de la población de 15 a 45 años. El 45.7% fueron hombres y el 54.3% mujeres. Sobre el riesgo percibido de contraer la enfermedad, sólo una de cada cinco personas declara tener riesgo de adquirir la enfermedad (Licea, 1993).

Strunin y Hingson (1987) realizaron un estudio en adolescentes que mostró que un 54% de estos no se hallaba preocupado por la posibilidad de contraer la enfermedad, lo que concuerda con lo encontrado por Price y cols. (1985), quienes reportaron que un 73% de los preparatorianos estudiados no se sentían preocupados por esto. Asimismo, DiClemente y cols. (1987) señalaron que, aunque un 79% de los

estudiantes temían contagiarse de SIDA, un porcentaje menor (67%) estaba preocupado por el contagio. Además, el 61% se percibió con pocas probabilidades de contagiarse de SIDA. Los sujetos que obtuvieron puntajes abajo de la mediana para el número total de respuestas correctas en cuanto a conocimientos, tuvieron más del doble de probabilidad de percibirse como muy susceptibles al contagio de SIDA (Díaz y Rivera, 1992).

Hamilton (1988) en un estudio sobre percepción de riesgo encontró que el SIDA es descrito como una enfermedad de homosexuales, ya que la mayoría de los estudiantes reportó que este grupo era el que tenía mayor riesgo de adquirir el virus y no los demás grupos, incluyéndose ellos. Mays y Cochran (1988) en un estudio realizado con estudiantes de preparatoria negros, encontraron que el 50% de las mujeres sexualmente activas estaban muy poco o nada preocupadas por contraer el SIDA, y un 30% de ellas no habían hecho nada por reducir la posibilidad de contraer alguna enfermedad sexualmente transmisible (Díaz y Rivera, 1992).

CAPITULO 2.- METODO

El interés del presente estudio se centra en analizar e interpretar la actitud hacia el SIDA, el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio en estudiantes de bachillerato que han tenido y no han tenido relaciones sexuales. Se analizaron también las diferencias entre hombres y mujeres con el fin de complementar la información concerniente a los jóvenes, quienes ocupan el mayor porcentaje de la población en México, relacionándolos con la enfermedad mas grave de la historia, el SIDA.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA de los estudiantes de preparatoria y CCH, hombres y mujeres que han tenido y no han tenido relaciones sexuales?

2.2 OBJETIVOS GENERALES

1.-Conocer la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre, estudiantes de preparatoria y CCH.

2.-Conocer la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre estudiantes hombres y mujeres.

3.-Conocer la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre estudiantes que han tenido y no han tenido relaciones sexuales.

2.3 HIPOTESIS

De Trabajo:

-Hay diferencias en la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre estudiantes de preparatoria y CCH.

-Hay diferencias en la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre estudiantes hombres y mujeres.

-Hay diferencias en la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre estudiantes que han tenido y no han tenido relaciones sexuales.

Nulas:

-No hay diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre estudiantes de preparatoria y CCH.

-No hay diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre estudiantes hombres y mujeres.

-No hay diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre estudiantes que han tenido y no han tenido relaciones sexuales.

2.4 VARIABLES

VARIABLES Dependientes:

- Actitud hacia el SIDA,
- Actitud hacia el uso del condón
- Percepción de riesgo de contagio de SIDA,

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

ACTITUD: Se refiere en general a un efecto o disponibilidad para responder de cierta manera (positiva-negativamente) frente a un objeto o fenómeno social (Kelinger, 1975).

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. **Síndrome:** Conjunto de síntomas de una enfermedad. **Inmunodeficiencia:** Falta de defensas contra las enfermedades. **Adquirida:** Que se contrae (Gordon, 1990).

CONDÓN: También llamado preservativo, esta hecho de una goma fina de latex o de una membrana animal procesada. Este es de forma cilíndrica, por lo que sirve como guante al pene (Morales, 1991).

PERCEPCIÓN DE RIESGO: La percepción es el proceso a través del cual una persona interpreta estímulos sensoriales. Los procesos sensoriales simplemente informan acerca de los estímulos ambientales; la percepción traduce estos mensajes sensoriales en forma comprensible. La percepción de riesgo de contagio de SIDA se refiere a la conciencia de riesgo de contagio, protección contra el SIDA, y las precauciones para no adquirir la enfermedad (Reflexión Juvenil, invierno 1991).

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

ACTITUD HACIA EL SIDA: Fueron las respuestas obtenidas por cada uno de los sujetos en el diferencial semántico, es decir, el grado de favorabilidad o desfavorabilidad hacia el SIDA, esto es, lo bueno, decente, seguro y agradable que las personas consideran que es el SIDA.

ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN: Fueron las respuestas obtenidas por cada uno de los sujetos en un diferencial semántico, es decir, el grado de favorabilidad o

desfavorabilidad hacia el uso del condón con la pareja sexual regular u ocasional, es decir, lo agradable, caro, inteligente, bueno, dañino, placentero, cómodo, difícil, natural y excitante que es el condón.

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO DE SIDA: Fueron, las respuestas obtenidas por cada uno de los sujetos en cuanto al grado de posibilidad de que las personas homosexuales, heterosexuales, bisexuales y el mismo se contagie de SIDA.

Variables Independientes:

- Tipo de escuela,
- Género,
- Relaciones sexuales,

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

TIPO DE ESCUELA: El grado de escolaridad que fluctúan entre la educación secundaria y la iniciación del nivel de licenciatura se denomina preparatoria. En este nivel se obtiene un título con el que se acreditan los estudios correspondientes a una área u opción específica. La Universidad Nacional Autónoma de México ofrece dos tipos de sistemas escolares, la Escuela Nacional Preparatoria y el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), ambas planeadas para ser acreditadas en tres años. En esencia los dos primeros años se cursan materias básicas consideradas dentro de un tronco común, el último año, el alumno elige la materias del área de su interés, entre las cuales están: disciplinas Económico-Administrativas, Ciencias Fisicomatemáticas, Ciencias Químico-Biológicas, disciplinas Sociales, Artes Plásticas y Música y Humanidades.

La diferencia entre estos dos sistemas escolares estriba en que el plan de estudios de la Escuela Nacional Preparatoria se cubre por años y el del Colegio de Ciencias y Humanidades por semestres.

GÉNERO: Conjunto o agrupación de varios seres u objetos que poseen propiedades comunes, clase a que pertenecen personas o cosas, o bien, conjunto de seres que pertenecen a la especie humana (Salvat Editores, 1977).

RELACIONES SEXUALES: Es el acto en el cual, hay un intercambio de placer sexual entre seres humanos, implica algunas o todas las siguientes características: besos, caricias, masturbación mutua, penetración anal o vaginal.

Las relaciones sexuales pueden ser heterosexuales, cuando hay actividad sexual con miembros del sexo opuesto, homosexuales cuando hay actividad sexual con miembros de su propio sexo o bisexual cuando mantienen actividad sexual con miembros de ambos sexos (Ramírez, 1993).

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

TIPO DE ESCUELA: Estudiantes de preparatorias y CCH, es decir, alumnos inscritos en la Escuela Nacional Preparatoria de la no.1 a la no.9, período 93/1 y alumnos inscritos en el Colegio de Ciencias y Humanidades, planteles Sur, Vallejo, Oriente y Naucalpan, en el período 93/1.

GÉNERO: Grupo formado por seres humanos que tienen entre ellos características comunes: Hombres, Mujeres.

RELACIONES SEXUALES: Sujetos que ya han tenido y no han tenido relaciones sexuales.

2.5 SUJETOS

Participaron 1,509 estudiantes de nivel medio superior, seleccionados mediante un muestreo probabilístico aleatorio proporcional, de los cuales 744 pertenecían a la Escuela Nacional Preparatoria y 765 al Colegio de Ciencias y Humanidades en la

Ciudad de México, de primero, segundo y tercer año. El 50.8% (766) de la muestra fueron hombres y el 49.2% (743) mujeres.

2.6 MUESTREO

La selección de los sujetos en el estudio se realizó mediante un muestreo probabilístico aleatorio, proporcional y representativo con base en el número de estudiantes (hombres y mujeres), de la Escuela Nacional Preparatoria y del Colegio de Ciencias y Humanidades. Para el cálculo del tamaño de la muestra se siguió el procedimiento de estimación sencillo (Rojas, 1979), con un nivel de confianza de 95% y de precisión del 5%.

2.7 TIPO DE ESTUDIO

Expost-facto: Es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico o experimentador no tiene control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o por que son inherentes no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes. En este caso el fenómeno ya ha ocurrido y lo que se pretendió fue establecer la relación entre las variables dependientes (Actitud hacia el SIDA, actitud hacia el uso del condón y percepción de riesgo de contagio de SIDA) e independientes (Tipo de escuela, género y relaciones sexuales).

2.8 TIPO DE DISEÑO

Dos muestras independientes para conocer si había diferencias entre el tipo de escuela (Preparatoria y CCH), género (hombre y mujer) y relaciones sexuales (han tenido y no han tenido relaciones sexuales) en la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y percepción de riesgo de contagio de SIDA. Se utilizó un diseño de dos

muestras independientes para cada uno de ellos.

2.9 INSTRUMENTO

Para medir las conductas de percepción de riesgo de contagio, así como las de las variables psicológicas y sociales que son precursoras y consecuentes de dichas conductas, se utilizaron algunos indicadores de la encuesta nacional sobre variables psicosociales sexualidad y SIDA en México, desarrollado por la Dirección General de Epidemiología y CONASIDA de la Secretaría de Salud y aquellos elaborados y validados en los estudios previos sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionados con el SIDA en estudiantes universitarios (Díaz-Loving et. al., 1991). Las áreas que se midieron con dicho instrumento, fueron las siguientes:

1.-Datos sociodemográficos, tales como: género, estado civil, etc.

2.-Prácticas preventivas y de riesgo, se exploraron:

a) Patrones de conducta sexual, tales como, debut sexual, número de parejas, orientación sexual y número parejas sexuales.

b) Enfermedades sexualmente transmisibles, tipos, frecuencia y conducta de prevención.

c) Uso de alcohol asociado a prácticas sexuales, tales como consumo de bebidas alcohólicas, frecuencia y relación con la pareja sexual.

d) Uso de condón, frecuencia de uso con parejas habituales y ocasionales.

3.-Antecedentes afectivos y cognoscitivos de conductas de prevención y contagio del VIH.

- a) Actitudes y conocimientos hacia el SIDA.
- b) Conocimiento sobre el condón y actitudes hacia su uso.
- c) Personalidad, valores y premisas socioculturales.
- d) Percepción de riesgo y temor de contagio del VIH.
- e) Actitud hacia enfermos de SIDA y hacia la homosexualidad.

En este caso se trabajó con aquellas áreas del instrumento que midieron actitud hacia el SIDA, actitud hacia el uso del condón y percepción de riesgo de contagio de SIDA, además, algunas preguntas de datos sociodemográficos y de patrones de conducta sexual.

La actitud hacia el SIDA fue medida a través de un diferencial semántico con cuatro adjetivos bipolares en un continuo de cinco puntos.

Para medir la actitud hacia el uso del condón se manejó también un diferencial semántico de diez adjetivos bipolares en un continuo de cinco puntos, como: agradable-desagradable, bueno-malo, placentero-displacentero, natural-artificial.

Finalmente para medir la percepción de riesgo se utilizó una escala tipo likert de seis afirmaciones con un continuo de tres puntos que va de ninguna a muchas (Ver apéndice 1).

2.10 PROCEDIMIENTO

En el piloteo el instrumento tentativo se aplicó a 200 estudiantes de preparatoria y CCH para verificar los reactivos no claros, la longitud del instrumentos

y las áreas que habrían de incluirse.

La elaboración del instrumento final se hizo con base en el piloteo realizado, se elaboraron las modificaciones al instrumento, para tenerlo en forma final. A partir de los listados de los estudiantes de preparatoria y CCH (hombres y mujeres) se obtuvo la muestra para cada una de ellas en la delimitación e identificación de la muestra.

La aplicación del Instrumento se realizó en los diferentes planteles seleccionados.

Una vez recopilada la información para cada una de las muestras de preparatoria y CCH, se procedió a la codificación y captura de los datos obtenidos.

CAPITULO 3.- RESULTADOS

3.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los patrones de conducta sexual, del uso del condón y de la percepción de riesgo y temor de contagio de SIDA.

En la pregunta ¿has tenido relaciones sexuales? el 28.9% (428) respondió que Si y el 71.1% (1055) respondió que No (Ver Tabla 1).

TABLA 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA ¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?.

Han tenido relaciones sexuales	Porcentaje	(F)
Si	28.9%	(428)
No	71.1%	(1055)
Total	100%	(1483)*

*26 personas no contestaron.

Y en la de ¿con quién tuviste tu primera relación sexual? el 63% (266) respondió Novio (a), y el 23.9% (101) respondió Amigo (a) (Ver Tabla 2).

TABLA 2. DISTRUBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA ¿CON QUIEN TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL?.

Con quien?	Porcentaje	(F)
Novio (a)	63.0%	(266)
Amigo (a)	23.9%	(101)
Conocido (a)	5.9%	(25)
Esposo (a)	1.2%	(5)
Pariente	2.1%	(9)
Otro (Especifique)	3.8%	(16)
Total		(422)

*6 personas no contestaron.

En la preferencia sexual, se encontró que el 69.5% (289) de los sujetos ha tenido relaciones sexuales sólo con mujeres y el 28.1% (117) sólo con hombres (Ver Tabla 3).

TABLA 3. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA REFERENTE A LA PREFERENCIA SEXUAL.

Prefenencia sexual	Porcentaje	(F)
Sólo con mujeres	69.5%	(289)
La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres	1.4%	(6)
Tanto con hombres como mujeres	0.7%	(3)
La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres	0.2%	(1)
Sólo con hombres	28.1%	(117)
Total		(416)*

*12 personas no contestaron.

TABLA 2. DISTRUBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA ¿CON QUIEN TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL?.

Con quien?	Porcentaje	(F)
Novio (a)	63.0%	(266)
Amigo (a)	23.9%	(101)
Conocido (a)	5.9%	(25)
Esposo (a)	1.2%	(5)
Pariente	2.1%	(9)
Otro (Especifique)	3.8%	(16)
Total		(422)

*6 personas no contestaron.

En la preferencia sexual, se encontró que el 69.5% (289) de los sujetos ha tenido relaciones sexuales sólo con mujeres y el 28.1% (117) sólo con hombres (Ver Tabla 3).

TABLA 3. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA REFERENTE A LA PREFERENCIA SEXUAL.

Preferencia sexual	Porcentaje	(F)
Sólo con mujeres	69.5%	(289)
La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres	1.4%	(6)
Tanto con hombres como mujeres	0.7%	(3)
La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres	0.2%	(1)
Sólo con hombres	28.1%	(117)
Total		(416)*

*12 personas no contestaron.

En cuanto a si han oído hablar del condón o preservativo el 89.2% (1346) contestó que Sí y el 10.8% (163) contestó que No (Ver Tabla 4).

En la frase Explica como se usa, se observó que el 8% (875) si sabe usarlo, y el 42% (634) no sabe (Ver Tabla 5).

TABLA 4. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA ¿HAS OIDO HABLAR DEL CONDON O PRESERVATIVO?

Has oido halar del condón	Porcentaje	(F)
Si	89.2%	(1346)
No	10.8%	(163)
Total	100%	(1509)

TABLA 5. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA EXPLICA COMO SE USA.

Explica como se usa	Porcentaje	(F)
Sabe	58.0%	(875)
No Sabe	42.0%	(634)
Total	100%	(1509)

En la pregunta ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja sexual regular en el futuro usen siempre el condón el 1.9% (771) respondió Muy probable, el 29.3% (365), respondió Medianamente probable y el 8.8% (109) respondió Nada probable (Ver Tabla 6).

TABLA 6. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA ¿QUE TAN PROBABLE ES QUE TU Y TU PAREJA SEXUAL REGULAR EN EL FUTURO USEN SIEMPRE EL CONDON?.

Que tan probable es que...	Porcentaje	(F)
Nada Probable	8.8%	(109)
Medianamente probable	29.3%	(365)
Muy probable	61.9%	(771)
Total	100%	(1245)*

*264 personas, no contestaron.

Con respecto a la pregunta ¿Qué tan probable es que tú y tu(s) pareja(s) ocasional(es) en el futuro usen siempre el condón? el 67.1% (869) respondió Muy probable, el 25.7% (333) respondió Medianamente probable y el 7.2% (93) respondió Nada probable (Ver Tabla 7).

TABLA 7. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA ¿QUE TAN PROBABLE ES QUE TU Y TU PAREJA (S) PAREJA (S) OCASIONAL (ES) EN EL FUTURO USEN SIEMPRE EL CONDON?.

Que tan probable es que...	Porcentaje	(F)
Nada probable	7.2%	(93)
Medianamente probable	25.7%	(333)
Muy probable	67.1%	(869)
Total	100%	(1295)*

*214 personas no contestaron.

En cuanto a la percepción de riesgo de contagio de SIDA, el 91% (1338) percibe al grupo de homosexuales con más de una pareja como el de mayor riesgo, y sólo el 5.1% (74), se perciben a sí mismos en muchas probabilidades de contagio (Ver Tabla 8).

Observando las respuestas a ¿qué tanta preocupación existe de contagiarse de SIDA el 79.5% (1177) contestó Mucho, el 113.9% (205) contestó Algo y el 6.6% (98) contestó Nada (Ver Tabla 9).

En la pregunta ¿Has hecho algo para protegerte de contraer el SIDA?, el 51.8% (712) respondió Sí y el 48.2% (662) respondió No (Ver Tabla 10).

TABLA 8. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA PERCEPCION DE RIESGO.

Percepción de riesgo	Ninguna	Regulares	Muchas
Homosexuales con una pareja	12.9% (190)	46.0% (676)	41.1% (604)
Homosexuales con más de una pareja	0.5% (8)	8.5% (125)	91.0% (1338)
Heterosexuales con una pareja	27.8% (403)	48.3% (701)	23.9% (347)
Heterosexuales con más de una pareja	1.1% (16)	20.6% (300)	78.3% (1143)
Bisexuales	2.2% (32)	30.2% (441)	67.6% (986)
Tú	62.7% (907)	32.2% (466)	5.1% (74)

TABLA 9. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA ¿QUE TANTO TE PREOCUPA CONTAGIARTE DE SIDA?.

Que tanto te preocupa..	Porcentaje	(F)
Nada	6.6%	(98)
Algo	13.9%	(205)
Mucho	79.5%	(1177)
Total	100%	(1480) *

*29 personas no contestaron.

TABLA 10. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA ¿HAS HECHO ALGO PARA PROTEGERTE DE CONTRAER EL SIDA?.

	Porcentaje	(F)
Si	51.8%	(712)
No	48.2%	(662)
Total	100%	(1374) *

En cuanto a que han hecho para protegerse de contraer el SIDA, 510 refirieron usar condón y 226 refieren no tener relaciones con prostitutas y homosexuales.

3.2 ANALISIS PSICOMETRICOS

Para obtener la validez de construcción y la consistencia interna de las escalas de actitud hacia el SIDA y hacia el uso del condón, se realizaron los análisis psicométricos pertinentes, es decir, para la primera se obtuvieron análisis factoriales y para la segunda se calculó el coeficiente de Cronbach.

3.2.1 ESCALA DE ACTITUD HACIA EL SIDA

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, el cual reveló que en el caso de la escala de actitud hacia el SIDA sólo se formó un factor con valor propio mayor a uno y que explica el 59.9% de la varianza (Ver Tabla 11). Los pesos en la matriz de estructura factorial son los que se presentan en la Tabla 12. La consistencia interna obtenida por alpha de Cronbach fue de 0.82, sin embargo, el adjetivo decente-indeciente no correlacionó con la escala, por lo que se analizó como indicador.

TABLA 11. VALORES PROPIOS Y PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA PARA LOS FACTORES FORMADOS EN EL ANALISIS FACTORIAL (PA2)) VARIMAX DE LA ESCALA DE ACTITUD HACIA EL SIDA.

Factor	Valor propio	Porc. var.	Porc. acum.
1	2.39598	59.0	59.9
2	0.84132	21.0	80.9
3	0.44913	11.2	92.2
4	0.31357	7.8	100.0

TABLA 12. MATRIZ DE PESOS FACTORIALES CON ROTACION VARIMAX DE ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL SIDA.

Indicadores	Factor 1
Bueno-malo	0.81787
Decente-indecete	0.49640
Seguro-peligroso	0.86190
Agradable-desagradable	0.85899

3.2.2 ESCALA DE ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDON.

Por otra parte en la escala de actitud hacia el uso del condón se encontraron tres factores con un valor propio mayor a uno y que explicaban el 63.5% de la varianza (Ver Tabla 13).

TABLA 13. VALORES PROPIOS Y PORCENTAJES DE VARIANZA EXPLICADA PARA LOS FACTORES FORMADOS EN EL ANALISIS FACTORIAL (PA2) VARIMAX DE LA ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDON.

Factor	Valor Propio	Porc. var.	Porc. acum.
1	3.36605	33.7	33.7
2	1.85681	18.6	52.2
3	1.13179	11.3	63.5

Al analizar la matriz de estructura factorial se observó que el primer factor explicó el 33.7% de la varianza y que fue denominado hedonismo, debido a que agrupó cinco adjetivos que indicaban lo agradable-desagradable, placentero-displacentero, cómodo-incómodo, natural-artificial y muy excitante-nada excitante, del uso del condón. El segundo factor explicó el 18.6% de la varianza y agrupó adjetivos como inteligente-tonto, y bueno-malo, por lo que se le denominó evaluación.

Finalmente, el tercer factor explicó el 11.3% de la varianza y agrupó tres adjetivos que midieron la utilidad del uso del condón (caro-barato, dañino-benéfico y difícil-fácil) (Ver Tabla 14). La consistencia interna obtenida por medio del alpha de Cronbach para cada factor fue la siguiente (F1 =0.80; F2 =0.77; F3 =0.55).

TABLA 14. MATRIZ DE PESOS FACTORIALES CON ROTACION VARIMAX DE ESCALA DE ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDON.

Indicadores	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Agradable-desagradable	0.72690		
Placentero-displacentero	0.84993		
Cómodo-incómodo	0.80840		
Natural-artificial	0.66551		
Muy excitante-nada excitante	0.72377		
Inteligente-tonto		0.87413	
Bueno-malo		0.85799	
Caro-barato			0.80274
Dañino-benéfico			0.585997
Difícil-fácil			0.694118

3.3 ANALISIS DE DIFERENCIAS

Posteriormente se realizó un análisis de diferencias por género, tipo de escuela y por si han o no han tenido relaciones sexuales, para la percepción de riesgo de contagio, la actitud hacia el SIDA y el uso del condón.

3.3.1 PARA PERCEPCION DE RIESGO DE CONTAGIO DE SIDA

Hubo diferencias por género en la percepción de riesgo de que grupos de homosexuales con una pareja se infectarán [$F=(1,1412)=5.59;p=0.01$] en donde los hombres ($x=2.31$) perciben en mayor riesgo a estos que las mujeres ($x=2.25$), y en heterosexuales con más de una pareja [$F=(1,1412)=14.57;p=0.000$] en este caso son las mujeres ($x=2.83$) las que perciben en mayor riesgo a este grupo que los hombres ($x=2.73$) (Ver Tabla 15)

TABLA 15. ANALISIS DE DIFERENCIAS POR GENERO PARA LA PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER SIDA.

Percepción de riesgo	x Hombres	x Mujeres	F	P
Homosexuales con una pareja	2.31	2.25	5.59	0.01 **
Homosexuales con más de una pareja	2.90	2.92	1.28	0.25
Heterosexuales con una pareja	1.98	1.95	2.03	0.15
Heterosexuales con más de una pareja	2.73	2.83	14.57	0.000 ***
Bisexuales	2.64	2.67	1.40	0.23
Tú	1.44	1.41	0.42	0.51

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Se detectaron diferencias por tipo de escuela en la percepción de riesgo de contagio de SIDA, donde los estudiantes de preparatoria ($x = 2.93$), a diferencia de los estudiantes de CCH ($x = 2.89$), perciben en mayor riesgo a los homosexuales con más de una pareja [$F = (1, 1433) = 8.03; p = 0.005$], siendo los primeros ($x = 1.38$) quienes se perciben a sí mismos en menor riesgo de contagio [$F = (1, 1431) = 8.57; p = 0.003$] que los segundos ($x = 1.47$) (Ver Tabla 16).

TABLA 16. ANALISIS DE DIFERENCIAS POR TIPO DE ESCUELA PARA PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER SIDA.

Percepción de riesgo	Preparatorias	C.C.H.	F	Probabilidad
Homosexuales con una pareja	2.26	2.30	1.21	0.27
Homosexuales con más de una pareja	2.93	2.89	8.03	0.005 **
Heterosexuales con una pareja	1.92	2.01	6.54	0.01 **
Heterosexuales con más de una pareja	2.79	2.77	0.99	0.31
Bisexuales	2.67	2.64	0.73	0.39
Tú	1.38	1.47	8.57	0.003 **

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

En cuanto a si han tenido o no han tenido relaciones sexuales, se observaron diferencias en la percepción de riesgo en que están homosexuales con una pareja [$F = (1, 1412) = 10.41; p = 0.001$] siendo los que no han tenido relaciones sexuales ($x = 2.31$) quienes los perciben con mayor riesgo, que los que si han tenido relaciones sexuales ($x = 2.20$) (Ver Tabla 17).

TABLA 17. ANALISIS DE DIFERENCIAS POR HAN TENIDO Y NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES PARA LA PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER SIDA.

Percepción de riesgo	\bar{x} Han tenido relaciones sexuales	\bar{x} No han tenido relaciones sexuales	F	P
Homosexuales con una pareja	2.20	2.31	10.41	*** 0.001
Homosexuales con más de una pareja	2.91	2.91	0.15	0.69
Heterosexuales con una pareja	1.91	1.99	4.27	0.03
Heterosexuales con más de una pareja	2.76	2.79	0.01	0.91
Bisexuales	2.65	2.65	0.05	0.81
Tú	1.46	1.41	0.82	0.36

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

3.3.2 PARA ACTITUD HACIA EL SIDA Y EL USO DEL CONDÓN.

Respecto al género en la actitud hacia el SIDA y se observó que hubo diferencias en la actitud hacia el SIDA [$F=(1,1012)=8.10;p=0.005$] en donde las mujeres ($x=4.82$) lo evalúan en forma mas negativa, es decir, lo perciben como malo, peligroso y desagradable, que los hombres ($x=4.72$).

En la actitud hacia el uso del condón en el factor, de hedonismo [$F=(1,1056)=16.46;p=0.000$] en donde los hombres ($x=2.99$) no lo perciben ni placentero, ni cómodo, ni natural, ni excitante, en cambio las mujeres lo perciben un poco más positivo ($x=2.76$).

En el factor evaluación [$F=(1,1042)=16.44;p=0.000$] en donde las mujeres ($x=1.36$) perciben el uso del condón como más inteligente y bueno que los hombres ($x=1.53$) (Ver Tabla 18).

En la actitud hacia el uso del condón en el factor de utilidad [$F=(1,1056)=9.50;p=0.002$], se encontró que los estudiantes de CCH ($x=3.84$) lo perciben barato, benéfico y fácil de usar, a diferencia de los estudiantes de preparatoria ($x=3.99$) (Ver Tabla 19).

TABLA 18. ANALISIS DE DIFERENCIAS POR GENERO PARA LA ACTITUD HACIA EL SIDA Y EL USO DEL CONDON.

Variables	x Hombres	x Mujeres	F	P
Actitud hacia el SIDA	4.72	4.82	8.10	0.005 **
Indicador Decente-indecente	3.49	3.54	0.38	0.52
Actitud hacia el uso del condón				
Hedonismo	2.99	2.76	16.46	0.000 ***
Evaluación	1.53	1.36	16.44	0.000 ***
Utilidad	3.89	3.97	3.10	0.07

TABLA 19. ANALISIS DE DIFERENCIAS POR TIPO DE ESCUELA PARA ACTITUD HACIA EL SIDA Y EL USO DEL CONDON.

Variable	x Preparatoria	x C.C.H.	F	P
Actitud hacia el SIDA	4.82	4.69	10.29	0.001 ***
Indicador Decente-indecete	3.52	3.51	0.04	0.83
Actitud hacia el uso del condón				
Hedonismon	2.91	2.86	1.17	0.27
Evaluación	1.45	1.46	0.00	0.98
Utilidad	3.99	3.84	9.50	0.002 **

* P < 0.05

** P < 0.01

*** P < 0.001

Se observó que hubo diferencias por tipo de escuela en la actitud hacia el SIDA y el uso del condón, en donde los estudiantes de CCH ($x=4.69$) evaluaron en forma más negativa al SIDA que los estudiantes de preparatoria ($x=4.62$), $F=(1,1056)=10.29$; $p=0.001$].

Finalmente no se encontraron diferencias en la actitud hacia el SIDA por si han tenido o no han tenido relaciones sexuales, y en cuanto a la actitud hacia el uso del condón, sólo se observaron diferencias en el factor evaluación [$F=(1,1042)=4.22$; $p=0.04$] en donde los que han tenido relaciones sexuales ($x=1.41$) afirman que es inteligente y bueno el uso del condón, a diferencia de los que no han tenido ($x=1.47$) (Ver Tabla 20).

TABLA 20. ANALISIS DE DIFERENCIAS POR HAN TENIDO Y NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES PARA LA ACTITUD HACIA EL SIDA Y EL USO DEL CONDON.

Variable	Han tenido rel. sex.	No han tenido rel. sex.	F	P
Actitud hacia el SIDA	4.75	4.77	0.11	0.73
Indicador Decente-indecete	3.48	3.53	0.21	0.64
Actitud hacia el uso del condón				
Hedonismo	2.98	2.85	1.56	0.21
Evaluación	1.41	1.47	4.22	0.04 *
Utilidad	3.92	3.93	0.15	0.69

* P < 0.01

** P < 0.05

*** P < 0.001

CAPITULO 4.- DISCUSION

El propósito de esta investigación fue conocer la actitud hacia el SIDA y el uso del condón, así como la percepción de riesgo de contagio de SIDA de los adolescentes, estudiantes de preparatoria y C.C.H., y si esta varía de acuerdo a género, tipo de escuela y por si han tenido o no relaciones sexuales.

Los resultados obtenidos mostraron que en la percepción de riesgo en relación al género los heterosexuales con más de una pareja son percibidos en mayor riesgo de contagio por las mujeres que por los hombres y por el contrario, los homosexuales con una pareja son percibidos en mayor riesgo de contagio por los hombres que por las mujeres.

Curiosamente Hamilton (1988) en un estudio sobre percepción de riesgo encontró que el SIDA es descrito como una enfermedad de homosexuales, ya que la mayoría de los estudiantes reportó que este grupo era el que tenía mayor riesgo de adquirir el virus y no los demás grupos, incluyéndose ellos, sin embargo en los resultados de esta investigación se observa que el grupo percibido en mayor riesgo es de los heterosexuales con más de una pareja.

En el tipo de escuela son los estudiantes de preparatoria quienes se perciben a sí mismos en menor riesgo de contagio que los de C.C.H, es decir, a pesar de que hubo diferencias entre estos dos grupos, ninguno se percibe en riesgo. Esto corrobora los estudios realizados en Brasil (Reflexión juvenil, 1991), donde se menciona a los niños y jóvenes que viven en la calle como un grupo de alto riesgo de contagio de SIDA, debido a las dificultades económicas y las desigualdades sociales, niñas menores de 19 años si no devengan ingresos por medio de la prostitución sentirán los efectos del hambre y esto hace difícil convencerlos de que el SIDA es una amenaza real.

En otro estudio Licea (1993), trabajó con estudiantes de la UNAM acerca de la percepción de riesgo de contraer SIDA, y los grupos percibidos en mayor riesgo según preferencias sexuales, de mayor a menor son los siguientes: hombres homosexuales con más de una pareja, mujeres homosexuales con más de una pareja, hombre y mujer heterosexual con más de una pareja. Al mismo tiempo, al describir su propio riesgo, los estudiantes lo perciben como muy bajo, incluso aquellos que tienen más de una pareja.

En cuanto a si han tenido o no han tenido relaciones sexuales, se perciben en mayor riesgo de contagio a los homosexuales con una pareja por los que han tenido relaciones sexuales.

Lo anterior muestra que los estudiantes perciben en riesgo a la población en general pero no a sí mismos, teniendo una actitud negativa hacia el SIDA. Reafirmando esto, Díaz y Rivera (1992), mencionan varios autores (Strunin y Hingson, 1987), (Price y cols., 1985) y (DiClemente y cols., 1987) que realizaron estudios con adolescentes y estudiantes preparatorianos encontrando que estos no se hallaban preocupados por la posibilidad de contraer la enfermedad.

En cuanto a las diferencias en la actitud hacia el SIDA, se encontró que en ambos grupos existe una actitud negativa al SIDA, sin embargo, la actitud de los estudiantes de C.C.H. hacia el SIDA es más negativa que la de los estudiantes de preparatoria.

Estos hallazgos confirman que la infección por VIH ha provocado diversas actitudes, desde discriminación, prejuicios, temor exagerado en la población (Cruz, et. al., 1991) evocando asociación con sexo, sangre, drogas y muerte, que son miedos básicos e inhibitorios en el ser humano (Flores y Díaz, 1991).

Además se encontró que las mujeres evalúan al SIDA en forma más negativa

que los hombres, en relación a esto, Flores y Díaz (1991), observaron que las mujeres que si han tenido relaciones sexuales y los hombres que no las han tenido, perciben de manera más negativa al SIDA; por el contrario Merrill, Laux y Thorney (1989), quienes encontraron que en relación al SIDA las mujeres tienen menos miedo de contagiarse y menor antipatía hacia pacientes infectados que los hombres.

Por otro lado, se encontró que no hay diferencias entre los que han tenido y no han tenido relaciones sexuales, en cuanto a la actitud hacia el SIDA. Ratificando esto, Semkins y Kushonerc (1986) encontraron una correlación baja entre la percepción con respecto a la homosexualidad y la actitud hacia la infección por VIH en una investigación realizada con estudiantes de Psicología y personal de salud, por el contrario Bouton y Dowel (1987), hallaron una correlación alta respectivamente entre estos, sólo que lo llevó a cabo en grupo del sector salud (Cruz, et. al., 1991).

Diversos estudios como el de Kegels, Coates, Christopher y Lazarus (1989), mencionan que muchos estadounidenses continúan con la idea de que la gente con SIDA tiene su merecido castigo por una conducta inmoral y ofensiva, teniendo actitudes intolerantes hacia la gente con SIDA. En otro estudio, los mismos autores señalan que sujetos con diferentes nacionalidades expresan que la gente con SIDA no debe ser tratada con compasión (Flores y Díaz, 1991).

Finalmente la conclusión a la que han llegado diversos autores (Marks, Richardson, Loshner, McGuigan y Levine, 1988) en relación a la actitud hacia el SIDA es que existen diferencias significativas principalmente entre la gente que profesa religión y la que no la profesa y también entre la gente que está en contacto con homosexuales o enfermos de SIDA y la que no lo está (Flores y Díaz, 1991).

En la actitud hacia el uso del condón tanto en el factor de hedonismo como en el de evaluación, las mujeres lo perciben en forma más positiva que los hombres, esto concuerda con el estudio realizado por Valdiserri (1989), quien en su investigación con

mujeres en la asistencia de la unidades clínicas tuvo como objetivo conocer la relación entre la actitud hacia el condón y su uso, revelando que la mayoría de las mujeres apoyan el uso del condón como una manera importante de reducir la propagación del SIDA, sin embargo sólo un mínimo porcentaje reporta usarlo, son los hombres quienes más lo utilizan (Marín, 1992). En el factor de utilidad sólo se encontraron diferencias por tipo de escuela, siendo los estudiantes de C.C.H. quienes lo perciben en forma más positiva, sin embargo, su uso no ha parecido incrementarse entre los jóvenes a pesar de la dimensión de la epidemia y de la publicidad que se le dado en las distintas campañas preventivas (Carrillo, 1992).

En cuanto a si han tenido o no relaciones sexuales sólo se encontraron diferencias en la actitud hacia el uso del condón en el factor de evaluación, donde los que han tenido relaciones sexuales lo perciben como más positivo. Finalmente no se obtuvo diferencias por tipo de escuela.

En general la actitud hacia el uso del condón es favorable, sin embargo, el índice del uso del preservativo sigue siendo muy bajo, por ello es importante fomentar su uso y seguir investigando como piensan y se comportan los jóvenes en diferentes medios, pues son muchas las situaciones socioeconómicas las que hacen que los adolescentes (sobre todo aquellos que viven en países en vías de desarrollo) se enfrenten con mayor riesgo al SIDA (Patrice, Pesce y Francois, 1987).

Cabe señalar que la efectividad del uso del condón, depende de los conocimientos y el uso del mismo, sin embargo, muchas personas no saben o están inseguras de reducir el riesgo de contagio de SIDA al usar el condón (DiClemente, Zorn y Temoshok, 1987).

4.1 CONCLUSIONES

Analizando los resultados se encontró que las hipótesis nulas planteadas en el método de este estudio, se rechazan y se aceptan las hipótesis alternativas, es decir, que si existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el SIDA, hacia el uso del condón y la percepción de riesgo de contagio de SIDA entre hombres y mujeres; entre estudiantes de preparatoria y CCH y entre estudiantes que han tenido y no han tenido relaciones sexuales.

Con base en lo obtenido se espera que la presente investigación sirva a futuros estudios o campañas contra el SIDA, que sean enfocadas hacia los adolescentes, de tal manera que se sientan identificados y logren captar el mensaje, con el fin no sólo de informar, sino también de concientizar a la población sobre el riesgo de contagio y la importancia de las medidas de prevención haciendo énfasis en este último punto, dado que es la única forma de acabar con la enfermedad.

4.2 SUGERENCIAS

En primer lugar se aconseja explorar más los conocimientos que la población en general tiene sobre el SIDA.

A pesar de que la mujer tiene una actitud positiva hacia el uso del condón, no se sabe si en realidad lo esté usando, sería de gran importancia seguir investigando al respecto, así como también la manera de hacer atractivo su uso no sólo como método anticonceptivo sino también como forma de protección ante el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, formando parte del juego sexual en busca del placer.

La información encontrada en cuanto a las actitudes ha sido contradictoria por lo que se sugiere hacer estudios más profundos al respecto.

Se ha observado que hay diferencias significativas entre la gente que profesa religión y la que no, también entre la gente que está en contacto con homosexuales o enfermos de SIDA y la que no lo está por lo que sería importante indagar más al respecto.

Otro punto importante sería llevar a cabo campañas dirigidas específicamente a cada sector (adolescentes, adultos, niños, homosexuales, heterosexuales, etc.) en cuanto a mensajes y lenguaje utilizado.

Por último sería relevante realizar estudios con adolescentes pues es la etapa en que generalmente se inicia la actividad sexual, así como también el trabajo con poblaciones de alto riesgo.

REFERENCIAS

- Acevedo, E.I., (1993). Información sobre SIDA, estudio comparativo del tratamiento de la información en dos diarios capitalinos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México, 200p.
- Barré, S.F., Chermann, J.C. y W. Rozenbaum, (1989). El SIDA en preguntas. México, Edit. EDIVISION. 195p.
- Carrillo, T.C., (1990). SIDA, El nuevo rostro de Giorgio. Ciencias. Julio, 19, 43.
- Carrillo, T.C., (1992). El SIDA no es cosa de juego: toma toda la precaución, usa condón. Gaceta Universitaria. número especial, 3-11.
- Castro P.R., (1988). Aspectos psicosociales del SIDA: Estigma y prejuicio. Salud Pública. Julio-Agosto, 30, 34, 629-634.
- Centro Internacional sobre Fecundidad Adolescente (ICAF), (1991) Reflexión Juvenil. 10, 4, 1-8.
- Centro Internacional sobre Fecundidad Adolescente (ICAF), (1991). Julio, 11, 1, 1-8.
- CONASIDA, (1991). Gaceta CONASIDA. Marzo-Abril, año IV, 2.
- Cruz, P., Martínez, A. y B. Pelayo, (1991). Actitud sexual ante el SIDA. Tesis de Licenciatura, UNAM. México. 65 p.
- Díaz, L.R. y S. Rivera. (1992). Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. Investigación Psicológica. II, 1, 27-38.

- DiCemente, R.J., Zorn, J. y Temoshok, L. (1987). The association of gener, ethnicity and lenght of residence in the Bay area to adolescents, Knowledge and attitudes about acquired immunodeficiency, sindrome, Journal of Applied Social Psychology, 17, 216-230.
- Domínguez, T.J., (1988). Transmisión sanguínea del SIDA; Acciones preventivas. Salud Pública. Julio-Agosto, 30, 4, 593-596.
- Flores, G.M. y R. Díaz, (1991). Actitudes hacia la vida, muerte y SIDA. Revista de Psicología Social y Personalidad. Diciembre, VII, 2, 11-21.
- González, B.M., Ligouri, A. y L.F. Bazúa, (1990). SIDA y estratos sociales en México: La importancia del bisexualismo. Salud Pública. Enero-Febrero, 32, 1, 26-37.
- Gordon, G., (1990). Algunas informaciones. Acción en SIDA. Octubre, 9, 1.
- Hatcher, R., Kowal, D., Guest, F. y J. Trussell, (1989). Tecnología Anticonceptiva. Edic. Internacional. Atlanta, Georgia. 530 p.
- Kerlinger, F., (1975). Investigación del comportamiento. México, Edit. Interamericana, 773p.
- Lindgren, H.C., (1980). Introducción a la Psicología Social. México, Editorial Trillas, 487p.
- López, M.A., (1991). Mecanismo de negación y su relación con la infección por el VIH. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México. 117p.
- Lorian, V., (1988). SIDA, Relación sexual anal y heterosexuales, The Lancet. Septiembre, 13, 5, 89.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Marín, B., (1992). Predictors of condom accesibility among hispanics in San Francisco. Salud Pública. Abril, 79, 4, 592-595.
- Merril, J., Laux, L., y J.L. Thorney, (1989). Actitudes toward AIDS. Hospital and Commuhity Psychiatry, 40 (8), 857.
- Mirko, G., (1992). Historia del SIDA. Edit. siglo XXI. 292 p.
- Orellan, A.G., (1991). Presentación social del SIDA en adolescentes: bases para el diseño de una campaña de prevención, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México. 420 p.
- Patrice C.J., Pesce, A. y Q.J. Francois, (1987). SIDA. Edit. PAIDOS, Buenos Aires-Barcelona-México. 141 p.
- Pick de Weiss, S. y A.L. López, (1988). Como investigar en ciencias sociales. México. Edit. Trillas, 3a. edición. 160 p.
- Ramírez, A., (1990). La prevención de la infección por VIH en adolescentes y adultos jóvenes. Salud Pública. Enero-Febrero, 32, 1, 84-87.
- Ramírez, G.L., (1989). Actitudes ante la campaña televisiva de prevención del SIDA en una muestra de adolescentes del Distrito Federal, Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México. 128 p.
- Rozenbaum, W., (1988). The Lancet. Noviembre, 13, 5, 75.
- SIDA/ETS, (1993). Boletín informativo. Septiembre, año 7, 9, 2495-2514.

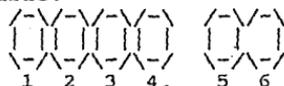
- Soberón, G., (1988). SIDA: Características generales de un problema de salud pública. Salud Pública, Julio-Agosto, 30, 4, 504-512.
- Tonda, J., (1991). El ABC, Amame con condón. Gaceta CONASIDA, Marzo-Abril, 2, año IV.
- Stover, J., (1991). El efecto del SIDA en conocimientos y actitudes acerca de preservativo como método de planificación familiar en la Ciudad de México. Gaceta CONASIDA, Número especial. 20-23.
- Valdiserri, R., Arena, V., Proctor, Donna y F. Bonati, (1989). The relationship between womens attitudes abuot condoms and their use: implications for condom promotion programs. Salud Pública, Abril, 79, 4, 499-501.
- Wittig, A., (1983). Introducción a la Psicología, Edit. McGrow Hill. México. 326 p.

APENDICE UNO

Este es un cuestionario creado por la Facultad de Psicología de la UNAM, que pretende conocer algunos aspectos relacionados con el SIDA y la sexualidad. Las respuestas son absolutamente confidenciales. Por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

No escribas en esta sección, a continuación se te daran las instrucciones para responder al cuestionario.

No. de Cuestionario _____



POR FAVOR MARCA CON UNA (X) EL NUMERO QUE CORRESPONDE A TU RESPUESTA O EN SU CASO ESCRIBE LO QUE SE PIDE. EN ALGUNAS PREGUNTAS, SE ESPECIFICA SI POR TU RESPUESTA TIENES QUE SALTARTE A OTRA PREGUNTA, SI ESTO NO TE SUCEDE POR FAVOR RESPONDE TODAS LAS PREGUNTAS. ES MUY IMPORTANTE TENER LA INFORMACION MAS COMPLETA POSIBLE. SI TIENES DUDAS PREGUNTA AL APLICADOR. RECUERDA QUE TUS RESPUESTAS SON ANONIMAS POR LO QUE TE PEDIMOS QUE SEAS TOTALMENTE HONESTO. NO UTILICES LOS CUADROS DE LA DERECHA, SON PARA NUESTRO USO.

A. DATOS GENERALES

* 1. SEXO (1) Masculino (2) Femenino

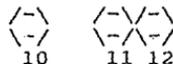


* 2. EDAD _____



* 3. ¿ ACTUALMENTE ERES: ?

(1) soltero(a) sin pareja



(2) soltero(a) con pareja

(3) casado(a) número de años de casado(a) _____

(4) Divorciado(a) o Separado(a) o viudo(a) sin pareja

(5) Divorciado(a) o Separado(a) o viudo(a) con pareja

A CONTINUACION APARECEN UNA SERIE DE CARACTERISTICAS PERSONALES. INDICA COMO ERES TU, PONIENDO UNA X SOBRE LA LINEA QUE MEJOR TE DESCRIBA EN CADA PAR DE AJETIVOS.

	MUY	ALGO	REGULAR	ALGO	MUY		
SUMISO	_____	_____	_____	_____	_____	DOMINANTE	
PASIVO	_____	_____	_____	_____	_____	ACTIVO	
GENEROSO	_____	_____	_____	_____	_____	EGOISTA	
COOPERATIVO	_____	_____	_____	_____	_____	COMPETITIVO	
AMABLE	_____	_____	_____	_____	_____	GROSERO	

	MUY	ALGO	REGULAR	ALGO	MUY		
RESPECTUOSO	_____	_____	_____	_____	_____	IRRESPECTUOSO	\- /18
TIMIDO	_____	_____	_____	_____	_____	DESENVUELTO	\- /19
CARIÑOSO	_____	_____	_____	_____	_____	SECO	\- /20
RESPONSABLE	_____	_____	_____	_____	_____	IRRESPONSABLE	\- /21
IMPULSIVO	_____	_____	_____	_____	_____	REFLEXIVO	\- /22
AUDAZ	_____	_____	_____	_____	_____	MIEDOSO	\- /23
MUY ABNEGADO	_____	_____	_____	_____	_____	NADA ABNEGADO	\- /24 /-

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNA SERIE DE AFRIMACIONES. MARCA CON UNA CRUZ EL NUMERO QUE EXPRESA QUE TAN DE ACUERDO ESTAS CON CADA UNA DE ELLAS.

DE ACUERDO (3)
 NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO (2)
 EN DESACUERDO (1)

4. Mi salud depende de la suerte	1	2	3	\- /25
5. Es mucho lo que yo puedo hacer por mi salud	1	2	3	\- /26
6. El estar sano es cosa de suerte	1	2	3	\- /27
7. Mantenerme sano depende de mí	1	2	3	\- /28
8. El que yo me enferme se debe al destino	1	2	3	\- /29
9. Puedo mejorar mi salud si me lo propongo	1	2	3	\- /30
10. El que yo me enferme se debe a mi descuido	1	2	3	\- /31
11. Puedo mejorar mi salud si tengo suerte	1	2	3	\- /32

MARCA CON UNA CRUZ EL NUMERO QUE EXPRESA QUE TANTO CONTROL SIENTES QUE TIENES EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES.

(PORCENTAJE DE CONTROL)

	0%	25%	50%	75%	100%	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
12. Gustarle sexualmente a otras personas..1	2	3	4	5	\-/	33
13. Caerle bien a personas que te gustan...1	2	3	4	5	\-/	34
14. Que te inviten a salir	2	3	4	5	\-/	35
15. Que te quiera una persona del sexo opuesto	2	3	4	5	\-/	36
16. Conquistar a alguien	2	3	4	5	\-/	37
17. Que personas del sexo opuesto sean cariñosas contigo.....1	2	3	4	5	\-/	38
18. Salir con personas del sexo opuesto ...1	2	3	4	5	\-/	39
19. Encontrar una buena pareja	2	3	4	5	\-/	40
20. Tener relaciones sexuales	2	3	4	5	\-/	41

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNA LISTA DE AFIRMACIONES. POR FAVOR INDICA CON UNA CRUZ EN QUE MEDIDA ESTAS DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON CADA UNA DE ELLAS.

DE ACUERDO (3)

NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO (2)

EN DESACUERDO (1)

21. Me es difícil expresarle mis sentimientos a mi pareja	1	2	3	\-/	42
22. Si mi pareja hace algo que me molesta, se lo digo.....1	2	3	\-/	43	
23. Evitaría herir los sentimientos de mi pareja aunque yo salga perjudicado(a)	1	2	3	\-/	44
24. Al tomar una decisión mi pareja y yo buscamos el común acuerdo.....1	2	3	\-/	45	
25. Fácilmente le expreso mis ideas a mi pareja1	2	3	\-/	46	
26. Sería capaz de tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales con mi pareja.....1	2	3	\-/	47	
27. Preferiría que mi pareja tomara la iniciativa para tener relaciones sexuales	1	2	3	\-/	48
28. Si mi pareja me pide realizar una tarea, la acepto aún cuando no esté de acuerdo con ella..1	2	3	\-/	49	

LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SE REFIEREN A LA COMUNICACION QUE HAS TENIDO CON TUS PADRES Y CON TU PAREJA. MARCA CON UNA CRUZ EL NUMERO QUE MEJOR REPRESENTA TU COMUNICACION.

CASI SIEMPRE (3)
A VECES (2)
CASI NUNCA (1)

32. Platico con mi madre sobre sexo.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /61
33. Platico con mi madre sobre el uso de anticonceptivos.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /62
34. Platico con mi madre sobre mi vida sexual.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /63
35. Platico con mi padre sobre sexo.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /64
36. Platico con mi padre sobre el uso de anticonceptivos.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /65
37. Platico con mi padre sobre mi vida sexual.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /66
38. Platico con mi pareja sobre sexo.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /67
39. Platico con mi pareja sobre el uso de anticonceptivos.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /68
40. Platico con mi pareja sobre mi vida sexual.....1 2 3 $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /69
41. ¿ QUE TANTO INFLUYE TU RELIGION EN TU FORMA DE ACTUAR ?
- (3) Mucho $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /70
- (2) Regular
- (1) Nada
- * 42. ¿ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES ?
- (1) Si $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /71
- (2) No (Responde a las preguntas 50, 51, 60 y de la 68 en adelante)
43. ¿ A QUE EDAD TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL ?
- _____ (años) $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /72 /73
- * 44. ¿ CON QUIEN TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL ?
- (1) Novio(a)
- (2) Amigo(a)
- (3) Conocido(a) $\begin{matrix} \diagup - \diagdown \\ - / \end{matrix}$ /74
- (4) Esposo(a)
- (5) Pariente
- (6) Otro _____
 especifica

45. ¿CUANTO TIEMPO TENIAS DE CONOCER A ESA PERSONA?

75 76

 especifica en meses

46. ¿ CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN TU VIDA?

77 78

 número de personas

* 47. HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES:

 79

- (1) Solo con mujeres
(2) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres
(3) Tanto con hombres como con mujeres
(4) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres
(5) Solo con hombres ✓

No. de tarjeta.

 1

80

No. de Cuestionario

1 2 3 4

48. ¿ HAS UTILIZADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ?

 5

- (1) Si (2) No (pasa a la pregunta 50)

6 7 8 9

49. ¿ CUALES ? _____

* 50. ¿ HAS OIDO HABLAR DEL CONDON O PRESERVATIVO ?

 10

- (1) Si (2) No (pasa a la pregunta 52)

* 51. EXPLICA COMO SE USA:

 11

52. ¿ ACTUALMENTE TIENES UNA PAREJA SEXUAL REGULAR ?

(1) si (2) no (pasa a la pregunta 60)

12

*Por pareja sexual regular nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien pretendes seguir las teniendo. El (Ella) puede ser tu novio esposo(a), alguien con quien vives, o alguien que no vive contigo.

53. ¿ CUANTOS AÑOS TIENE TU PAREJA ? _____ (años)

13 14

54. ¿ CON QUE FRECUENCIA HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ?

- (5) Diario o casi diario
- (4) Una o dos veces por semana
- (3) una o dos veces cada quince días
- (2) Una o dos veces cada mes
- (1) menos de una vez al mes

15

*55. ¿ EN TUS RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA REGULAR USAN EL CONDON ?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) Algunas veces
- (2) Casi nunca
- (1) Nunca (pasa a la pregunta 60)

16

56. ¿ DE QUIEN FUE LA IDEA DE USAR EL CONDON ?

- (1) Mía
- (2) de mi pareja
- (3) ambos

17

57. ¿ ALGUNO DE USTEDES SE OPUSO AL USO DEL CONDON ?

- (1) Si
- (2) No (pase a la pregunta 60)

18

58. ¿QUIEN? _____

19

59. ¿PORQUE SE OPUSO? _____

20

- * 60. ¿QUE TAN PROBABLE ES QUE TU Y TU PAREJA SEXUAL REGULAR EN EL FUTURO USEN SIEMPRE EL CONDON? 21
- (3) Muy probable
 (2) Medianamente probable
 (1) Nada probable
61. ¿ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON OTRA(S) PERSONA(S) QUE NO SON TU ACTUAL PAREJA SEXUAL REGULAR ? 22 23 24
- (1) si ¿Cuántas? _____
 (2) no (pasa a la pregunta 68)
62. ¿ CON QUE FRECUENCIA HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ESTAS OTRAS(S) PERSONA(S) ? 25
- (5) Diario o casi diario
 (4) Una o dos veces por semana
 (3) una o dos veces cada quince días
 (2) Una o dos veces cada mes
 (1) menos de una vez al mes
- * 63. ¿ EN TUS RELACIONES SEXUALES CON ESTAS OTRA(S) PERSONA(S) USASTE O USAS EL CONDON ? 26
- (5) Siempre
 (4) La mayoría de las veces
 (3) Algunas veces
 (2) Casi nunca
 (1) Nunca (pasa a la pregunta 68)
64. ¿ DE QUIEN FUE LA IDEA DE USAR EL CONDON ? 27
- (1) Mía
 (2) de mi pareja
 (3) ambos
65. ¿ ALGUNO DE USTEDES SE OPUSO AL USO DEL CONDON ? 28
- (1) Si
 (2) No (pase a la pregunta 68)
66. ¿QUIEN? _____ 29
67. ¿PORQUE SE OPUSO? _____ 30
- _____

*68. ¿QUE TAN PROBABLE ES QUE TU Y TU(S) PAREJA(S) OCASIONAL(ES) EN EL FUTURO USEN SIEMPRE EL CONDON?

- (3) Muy probable
- (2) Medianamente probable
- (1) Nada probable

(-)
-/31

*69. POR FAVOR PON UNA CRUZ SOBRE LA RAYITA QUE MEJOR REPRESENTA TU OPINION PARA CADA PAR DE ADJETIVOS.

USAR EL CONDON EN LAS RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ES (O SERIA):

	MUY	ALGO	REGULAR	ALGO	MUY		
AGRADABLE	_____	_____	_____ / _____	_____	_____	DESAGRADABLE	(-) -/32
CARO	_____	_____	_____	_____	_____	BARATO	(-) -/33
INTELIGENTE	_____	_____	_____	_____	_____	TONTO	(-) -/34
BUENO	_____	_____	_____	_____	_____	MALO	(-) -/35
DAÑINO	_____	_____	_____	_____	_____	BENEFICO	(-) -/36
PLACENTERO	_____	_____	_____	_____	_____	DISPLACENTERO	(-) -/37
COMODO	_____	_____	_____	_____	_____	INCOMODO	(-) -/38
DIFICIL	_____	_____	_____	_____	_____	FACIL	(-) -/39
NATURAL	_____	_____	_____	_____	_____	ARTIFICIAL	(-) -/40
MUY EXCITANTE	_____	_____	_____	_____	_____	NADA EXCITANTE	(-) -/41

A CONTINUACION HAY UNA LISTA DE AFIRMACIONES. POR FAVOR INDICA EN QUE MEDIDA ESTAS DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON CADA UNA DE ELLAS, MARCANDO CON UNA CRUZ EL NUMERO QUE MEJOR EXPRESE TU OPINION. RESPONDE A TODAS LAS AFIRMACIONES. GRACIAS.

Muy importante (5) ;
 importante (4) ;
 Regularmente importante (3) ;
 Poco importante (2) ;
 Nada importante (1) .

70. Los preservativos o condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales.....1 2 3 4 5(-)/42
71. El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión1 2 3 4 5(-)/43

72. Los preservativos o condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago.....1 2 3 4 5 \-/44
73. Los preservativos o condones son ofensivos para para las esposas o parejas habituales.....1 2 3 4 5 \-/45
74. Usar condón favorece la erección.....1 2 3 4 5 \-/46
75. Yo aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja sexual me lo pidiera.....1 2 3 4 5 \-/47
76. Yo aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja sexual ocasional me lo pidiera.....1 2 3 4 5 \-/48
77. La mayor parte de la gente importante para mí piensa que yo debería usar el condón en mis relaciones sexuales.....1 2 3 4 5 \-/49

PROBABLEMENTE HAYAS ESCUCHADO HABLAR DEL SIDA, A CONTINUACION TE HACEMOS ALGUNAS PREGUNTAS AL RESPECTO.

78. ¿ EXPLICA QUE ES EL SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA) ?

\-/50

79. ¿ CUALES SON LAS PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO DEL SIDA ?

\-/51 \-/52 \-/53

80. ¿ ES POSIBLE QUE UNA PERSONA CONTAGIADA POR EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA NO MUESTRE LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD ?

- (1) Si
(2) No
(3) No sé, no estoy seguro

\-/54

81. UNA PERSONA QUE NO PRESENTA LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD Y TIENE EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA ¿ PUEDE CONTAGIAR A OTRA PERSONA ?

- (1) Si
(2) No
(3) No sé, no estoy seguro

\-/55

SEÑALA CON UNA CRUZ QUE TAN GRANDE CONSIDERAS QUE ES EL RIESGO DE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES.

NADA RIESGOSO (1)
 MEDIANAMENTE RIESGOSO (2)
 MUY RIESGOSO (3)

82. Tocar a alguien que tiene SIDA..... 3 2 1 /56
83. Usar jeringas no esterilizadas..... 3 2 1 /57
84. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA 3 2 1 /58
85. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, usando condón..... 3 2 1 /59
86. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional usando condón..... 3 2 1 /60

87. MENCIONA OTRAS CONDUCTAS QUE PODRIAN PONER A UNA PERSONA EN RIESGO DE CONTAGIARSE DE SIDA.

----- /61

88. ¿ CREES QUE UNA PERSONA CON SIDA PUEDE CURARSE ?

- (1) Sí /62
 (2) No /62
 (3) No sé, no estoy seguro

89. ¿ QUE PIENSAS QUE DEBE HACER UNA PERSONA CON SIDA PARA EVITAR INFECTAR A OTRAS PERSONAS ?

----- /63

 63 64

* 90. ¿ INDICA CON UNA CRUZ QUE POSIBILIDADES HAY DE QUE LAS SIGUIENTES PERSONAS SE CONTAGIEN DE SIDA ?

	Ninguna	Regulares	Muchas	
Homosexuales con una pareja.....	1	2	3	<input type="checkbox"/> /65
Homosexuales con mas de una pareja.....	1	2	3	<input type="checkbox"/> /66
Heterosexuales con una pareja....	1	2	3	<input type="checkbox"/> /67
Heterosexuales con más de una pareja.....	1	2	3	<input type="checkbox"/> /68
Bisexuales.....	1	2	3	<input type="checkbox"/> /69
Tú	1	2	3	<input type="checkbox"/> /70

91. ¿ QUE TANTO TE PREOCUPA CONTAGIARTE DE SIDA ?

- (3) Mucho
(2) Algo
(1) Nada

71

92. ¿ HAS HECHO ALGO PARA PROTEGERTE DE CONTRAER EL SIDA ?

72 73 74

(1) Si ¿ Que ? _____

(2) No ¿ Porqué ? _____

EXISTEN ALGUNAS ENFERMEDADES O INFECCIONES QUE PUEDEN TRANSMITIRSE DURANTE EL ACTO SEXUAL, A ESTAS SE LES LLAMA ENFERMEDADES VENEREAS O SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

93. ¿ HAS TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE ?

(1) Si 75

¿ CUALES ? _____

(2) No

76 77

No. de tarjeta

0 0 2
78 79 80

No. de Cuestionario

1 2 3 4

94. ¿ CUALES FORMAS DE EVITAR O PROTEGERTE DEL CONTAGIO DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES CONOCES?

5 6 7

95. ¿ CON QUE FRECUENCIA TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS ?

- (4) Más de dos veces a la semana 8
 (3) Una o dos veces a la semana
 (2) Una o dos veces al mes
 (1) Nunca (pasa a la pregunta 97)

96. ¿ CUANDO TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS TIENES RELACIONES SEXUALES ?

- (3) Siempre 9
 (2) Algunas veces
 (1) Nunca

97. ¿CON QUE FRECUENCIA CONSUMES DROGAS?

- (4) Más de dos veces a la semana 10
 (3) Una o dos veces a la semana
 (2) Una o dos veces al mes
 (1) Nunca (pasa a la pregunta 99)

98. ¿ CUANDO USAS DROGAS TIENES RELACIONES SEXUALES ?

- (3) Siempre 11
 (2) Algunas veces
 (1) Nunca

* 99. EVALUA CADA PAR DE CONCEPTOS QUE A CONTINUACION SE TE PRESENTAN Y MARCA CON UNA X EL ESPACIO QUE CORRESPONDA A TU OPINION.

* SIDA

	MUY	ALGO	REGULAR	ALGO	MUY		
BUENO	_____	_____	_____	_____	_____	MALO	<input type="checkbox"/> 12
DECENTE	_____	_____	_____	_____	_____	INDECENTE	<input type="checkbox"/> 13
SEGURO	_____	_____	_____	_____	_____	PELIGROSO	<input type="checkbox"/> 14
AGRADABLE	_____	_____	_____	_____	_____	DESAGRADABLE	<input type="checkbox"/> 15

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES, MARCA CON UNA X EL NUMERO QUE MEJOR EXPRESA EL ACUERDO O DESACUERDO CON CADA UNA DE ELLAS.

	Muy importante (5)					
	importante (4)					
	Regularmente importante (3)					
	Poco importante (2)					
	Nada importante (1)					
105. Una mujer debe ser virgen hasta que se case.	1	2	3	4	5	(-) -/29
106. Las mujeres deben ser abnegadas.....	1	2	3	4	5	(-) -/30
107. Los hijos siempre deben obedecer a los padres.....	1	2	3	4	5	(-) -/31