

01966
LEY



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

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

**“EL MODELO DE ACCION RAZONADA COMO PREDICTOR
DEL USO DEL CONDON EN ADOLESCENTES Y FACTORES
PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONTAGIO DE VIH”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA SOCIAL
P R E S E N T A
Lilia Bertha Alfaro Martínez

*Director de Tesis: Dr. ROLANDO DIAZ LOVING
Comité de Tesis: Mtra. Patricia Andrade Palos
Mtra. Sofía Rivera Aragón
Dra. Isabel Reyes Lagunes
Dra. Gilda Gómez Pérez Mitre*



México, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

Deseo hacer un reconocimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo que me brindó para realizar mis estudios de maestría. A la Escuela Nacional Preparatoria y a los alumnos de esta institución que participaron en la investigación.

Agradezco de manera especial al Dr. Rolando Díaz Loving por su apoyo, comprensión y acertada dirección para la realización de este trabajo.

De igual manera hago patente mi agradecimiento a los miembros del comité de tesis:

Mtra. Patricia Andrade Palos
Mtra. Sofía Rivera Aragón
Dra. Isabel Reyes Lagunes
Dra. Gilda Gómez Pérez Mitre

A mis padres, hermanos y amigos, que en pequeña o gran medida contribuyeron en la realización de este trabajo.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
1. ANTECEDENTES	4
1.1. Antecedentes del SIDA	4
1.2. Antecedentes de la conducta sexual de los adolescentes	7
2. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS INVOLUCRADOS EN LA CONDUCTA SEXUAL Y SU RELACION CON EL CONTAGIO DEL VIRUS DEL SIDA	9
3. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL CONTAGIO DEL VIRUS DEL SIDA.	12
3.1. Percepción y Autopercepción de riesgo ante el contagio del virus del SIDA	13
3.2. Miedo del contagio del VIH	17
3.3. Creencias y Actitudes sobre el SIDA	18
3.4. Creencias y Actitudes sobre el condón	22
3.5. Modelo de Acción Razonada	23
4. METODOLOGIA	28
4.1. Objetivos	28
4.1.1. Objetivos generales del estudio	
4.1.2. Objetivos específicos del estudio	
4.2. Hipótesis de Investigación	29
4.3. Variables	30
4.3.1. Variables de Clasificación	
4.3.2. Variables Predictoras	
4.3.3. Variables Dependientes	
4.3.4. Variable Criterio	
4.4. Definición de Variables	
4.4.1. Definición Conceptual y Operacional	31
4.5. Población	35
4.6. Muestreo	35

4.6.1. Descripción de la muestra	36
4.6.2. Descripción del patrón sexual	37
4.7. Tipo de Estudio	44
4.8. Diseño	44
4.9. Instrumento	45
4.9.1. Construcción del Instrumento	47
4.9.1.1. Validez y Cofiabilidad del Modelo de Acción Razonada ante el uso de condón	48
4.9.1.2. Validez y Confiabilidad del Modelo de Acción ante conductas sexuales de riesgo	50
4.9.1.3. Validez y Confiabilidad de los factores relacionados con el contagio de VIH	53
4.10. Procedimiento	56
5. RESULTADOS	57
5.1. Resultados obtenidos en el Modelo de Acción Razonada ante el uso de condón	57
5.1.1. Correlaciones	57
5.1.2. Análisis de Regresión Múltiple	58
5.1.3. Correlaciones del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo	62
5.2. Resultados obtenidos en los factores psicosociales asociados al contagio de VIH	64
5.2.1. Análisis de Clasificación Múltiple	64
5.2.2. Correlaciones	68
6. DISCUSION	70
6.1. Descripción del patrón sexual	70
6.2. Análisis de los resultados obtenidos en el Modelo de Acción razonada ante el uso del condón	72
6.3. Análisis de los resultados obtenidos en los factores psicosociales asociados al contagio de VIH	74
6.4. Extenciones, Limitaciones y Sugerencias	77
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXO 1. Formato del Instrumento	83
ANEXO 2. Tabla de Análisis de Discriminación de reactivos	91
ANEXO 3. Tabla del Análisis Factorial del Modelo	94

de Acción Razonada Modelo	
ANEXO 4. Tabla del Análisis de Consistencia Interna del Modelo de Acción Razonada	98
ANEXO 5. Tabla de Correlaciones entre los factores del Modelo de Acción Razonada	99
ANEXO 6. Tabla de Análisis de Discriminación de los reactivos incluidos en los factores psicosociales asociados al contagio de VIH	101
ANEXO 7. Análisis de Clasificación Múltiple del Modelo de Acción Razonada	102

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue analizar una serie de variables particulares (creencias, normas subjetivas y actitudes), derivadas del Modelo de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1980), como predictores de las intenciones y de la frecuencia de uso del condón en adolescentes, así como analizar algunos factores psicosociales (percepción y autopercepción de riesgo, miedo, creencias y actitudes) asociados al contagio de VIH. Se trabajó con 600 adolescentes de ambos sexos, estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria, seleccionados probabilísticamente. Los resultados epidemiológicos indican que un 35% (201) de los adolescentes ya ha tenido su debut sexual, existiendo diferencias en el patrón sexual; es mayor la proporción de hombres que ya han tenido relaciones sexuales que de mujeres, así mismo los hombres a diferencia de las mujeres se iniciaron sexualmente a más temprana edad, tienen mayor número de parejas sexuales y es mayor su frecuencia de tener relaciones sexuales al año. Se presentan los resultados del análisis de regresión múltiple de trayectoria, conforme a lo propuesto en el Modelo de Acción Razonada, encontrándose que las actitudes de tipo emocional y de seguridad, junto con el factor normativo, influyen significativamente sobre las intenciones y la frecuencia de uso del condón. En los factores psicosociales asociados al contagio de VIH, se encontró que existe una baja autopercepción de riesgo ante el contagio del virus del SIDA y una alta percepción de riesgo en grupos de homosexuales y bisexuales. Finalmente se observa que los adolescentes manifiestan actitudes y creencias positivas hacia el condón. Los resultados se discuten en término de los patrones sexuales de los adolescentes y de los resultados obtenidos en el Modelo de Acción Razonada y la posibilidad de guiar intervenciones de prevención más eficaces en diferentes grupos (por preferencia sexual como heterosexuales y por actividad como las prostitutas, entre otros).

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se ha convertido en seria amenaza para la humanidad, dadas sus implicaciones médicas, sociales y psicológicas. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la población contagiada va en aumento; por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que en los próximos años el número de personas infectadas con el virus del SIDA (VIH) llegará a los, 100 millones y que es muy probable que la infección continúe expandiéndose impactando gravemente las estructuras económicas, políticas, sociales y de salud por lo menos hasta finales de siglo (Preciado y Montesinos, 1992).

En América, México ocupa el tercer lugar en casos de SIDA reportados; con un poco menos que Estados Unidos y Brasil, pero con un número mucho mayor de casos que Canadá. La mayoría de los casos (83%) se debe a la transmisión por vía sexual, siendo la mayor incidencia de casos de SIDA en grupos que van de los 25 a los 45 años, es comprensible que la enfermedad se manifieste menos en personas de más corta edad, por que aun cuando se hayan infectado antes, hay que tener en cuenta que el SIDA, es sólo la manifestación final de una enfermedad de evolución crónica. Debido a lo anterior los grupos de edad con riesgo potencial para contraer la infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), son los adolescentes, puesto que son individuos jóvenes que se encuentran en plena etapa reproductiva, teniendo mayor capacidad y necesidad de relaciones sexuales más frecuentes, mismas que pueden ser prácticas sexuales de alto riesgo de transmisión.

Es así que el SIDA se convierte en gran parte en un problema de comportamiento, ya que afecta a la persona por lo que en un momento determinado realice. En este sentido, lo que en última instancia determinará que una persona este expuesta al virus o no, es su conducta; así si una persona se involucra en conductas de riesgo como el no usar condón al tener relaciones sexuales, tiene una alta probabilidad de infectarse. Por otro lado si lleva a cabo conductas sexuales de protección en las cuales incluya el uso del condón, sus probabilidades de adquirir el virus serán muy bajas.

Se sabe que la información acerca de las conductas sexuales de riesgo y de prevención es necesario pero no suficiente para lograr un cambio conductual; puesto que además de la información, existe la influencia de una gran cantidad de factores: de personalidad, cognoscitivos, emocionales, motivacionales, entre otros, que determinan que las personas lleven a cabo conductas sexuales específicas de protección ante el SIDA.

Así el objetivo del presente estudio es identificar los factores que determinan que los adolescentes usen el condón al tener relaciones sexuales, a través del Modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1980), el cual a través de su metodología permite determinar una intervención exitosa de prevención, que motive a los adolescentes a llevar prácticas sexuales específicas de protección. Así mismo se desea analizar la relación existente entre los patrones de conducta sexual, factores socio-demográficos, con una serie de factores psicosociales (percepción y autopercepción de riesgo, miedo, actitudes y creencias ante el condón), ya que su estudio ha sido considerado fundamental para identificar las bases que originan tanto conductas sexuales de riesgo como de protección ante el SIDA.

1. ANTECEDENTES

1.1. ANTECEDENTES DEL SIDA

Las enfermedades siempre han jugado un papel importante en el desarrollo histórico de las sociedades puesto que la manera en que los individuos entienden y afrontan el riesgo de enfermar es un asunto social que ha caracterizado las distintas épocas de los grupos humanos. En la actualidad donde parecía que se habían enfrentado con éxito algunas epidemias conocidas apareció el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), el cual ha causado un impacto social que se ve premiado por el hecho de que es una enfermedad incurable y mortal producida por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), el cual es capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse; razón por la cual el individuo infectado es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta (Sepúlveda, 1989).

Los primeros casos de la enfermedad probablemente ocurrieron hace algunas décadas, pero eran casos aislados en donde no se encontraba ninguna relación con otros padecimientos y menos aún no se sospechaba que se estaba frente a una nueva enfermedad. Es en 1981 cuando en California se reportan los primeros casos; Glottieb un médico norteamericano reportó haber atendido a cuatro jóvenes de sexo masculino, víctimas de una rara neumonía que sólo afecta a personas cuyo sistema de defensa está severamente dañado, los pacientes atendidos referían haber gozado de buena salud hasta antes de estas manifestaciones, teniendo en común el llevar a cabo prácticas homosexuales promiscuas; razón por la cual se pensó erróneamente que la enfermedad era propia de homosexuales e incluso llegó a tener el nombre de Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales (O.M.S, 1989).

A partir de 1981 surge la investigación en cuanto al SIDA, sobre todo en Estados Unidos, ya que es aquí donde se detectan los primeros casos; dos años más tarde en 1983 el doctor Montagnier del Instituto Pasteur de París y el doctor Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos aíslan y caracterizan al agente causal del SIDA; en Mayo de 1986 se crea el Comité Internacional para la taxonomía del virus y recomienda que el virus responsable del SIDA fuera denominado Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).

En 1985 el Dr. Gallo y sus colaboradores desarrollan un método confiable para la detección del virus a través de una prueba de sangre y un año más tarde dan a conocer las diferentes formas de transmisión: por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o agujas contaminadas, perinatal a través de la placenta, mediante el transplante o injerto de órganos pertenecientes a personas infectadas y a través del contacto sexual en el que existe intercambio de líquidos corporales (sangre y/o semen) (Stanislowski, 1989).

El SIDA tiene muchos misterios no solamente en cuanto a su origen y a sus diversos aspectos médicos; sino también por las implicaciones futuras que tiene sobre la humanidad; su letalidad y el hecho de que es una enfermedad que se transmite por vía sexual, ha propiciado que se desarrollen mitos sobre su contagiosidad, buscando culpables y estigmatizando poblaciones; estas reacciones se han visto a lo largo de la historia en otras epidemias como la peste, la sífilis, etc. en las cuales se culpa a los "desviados" de la diseminación del mal; por lo mismo el origen del virus de inmunodeficiencia humana se presta a este fenómeno, por ejemplo los países occidentales han culpado al África de ser la cuna y el foco de la diseminación del SIDA, sin embargo actualmente se sabe que la enfermedad es tan nueva en África como en cualquier otro lugar del mundo (Sepúlveda, 1989).

El fenómeno SIDA ha provocado muy diversas respuestas sociales las cuales han ido evolucionando de una respuesta violenta y persecutoria hacia los grupos que se consideraban al inicio de la epidemia como los únicos responsables a una más comprensiva que ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, en la búsqueda de mejoras y avances, todos ellos ubicados en la detección y erradicación de la enfermedad.

La amenaza de este padecimiento ha puesto en marcha a organizaciones civiles, grupos de voluntarios, organismos internacionales y poderes públicos. La política de salud frente al SIDA ha tenido que ser rediseñada tanto en aspectos administrativos y financieros, como en la coordinación de diversas instituciones sanitarias y de seguridad social, con el propósito de obtener una respuesta eficiente (CONASIDA, 1988; Sepúlveda, 1989).

En México la historia da inicio en 1983, cuando las autoridades sanitarias informan de pacientes extranjeros con cuadros clínicos semejantes a los encontrados en Estados Unidos; a partir de esta fecha la población contagiada de VIH siguió en aumento; así en 1986 la Secretaría de Salud crea el Comité Nacional de Prevención del SIDA, cuyo objetivo era evaluar la situación

nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH. Estableció criterios para su diagnóstico, tratamiento, prevención y control, coordinando la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control adecuadas al país. Este comité evolucionó y se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y en Agosto de 1988 se crea el Consejo Nacional para la prevención del SIDA (CONASIDA); así el SIDA se convierte en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica (CONASIDA, 1989; Sepúlveda, 1989).

Los estudios epidemiológicos demuestran que la población contagiada va en aumento; la Organización Mundial de la salud estima que aproximadamente 8 a 10 millones de personas están infectadas con el VIH en todo el mundo y para fines del siglo se estima que aumentará entre 25 y 30 millones.

En algunas partes del mundo, por ejemplo en Africa Central se estima una prevalencia de infección superior al 30% en la población general. En Estados Unidos, los Centros para el Control de Enfermedades estiman que un millón de personas están infectadas con el VIH, y al menos 40.000 personas se infectarán cada año (CONSIDA, 1994). En México hasta el año de 1994 se reportaron 23,410 casos, ocupando el tercer lugar dentro de los diez países con mayor frecuencia de casos de SIDA en América. El 87% de los casos de SIDA se deben a la transmisión por vía sexual y la edad en que queda comprendida la mayoría de los casos es de 25 a 45 años. La enfermedad se manifiesta menos en personas de más corta edad, porque aunque se hayan infectado antes el SIDA es una enfermedad de evolución crónica (CONASIDA, 1994).

Revisar los datos obtenidos a través de los estudios epidemiológicos es esencial para obtener información acerca del tipo de poblaciones con las cuales es importante trabajar y que tipo de variables estudiar, por lo que un factor importante para su estudio es la conducta sexual de los adolescentes; ya que éstos son un grupo con patrones conductuales de riesgo potencial de adquirir la infección por VIH, ya que los jóvenes se inician en una vida sexual activa, y posiblemente tienen patrones sexuales que los ponen en riesgo de adquirir la infección (Sepúlveda, Valdespino, Juárez y Mondragón, 1989).

1.2. ANTECEDENTES DE LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

La adolescencia es un período muy importante de la especie humana durante el cual se da la máxima diferenciación sexual y donde se dan diversos y rápidos cambios tanto fisiológicos, intelectuales como en la personalidad; en la sociedad occidental comienza alrededor de los 12 años y termina finalizando los 19, sin embargo no tiene principio ni fin determinado.

Durante la adolescencia la sexualidad llega a ser muy importante y constituye un centro de predominante interés. Alrededor de ésta se forman actitudes y conductas que se ven influidas por el momento histórico y la cultura en que se vive; es así como las conductas sexuales se forman a través de los primeros contactos del niño con la familia, a medida que crece recibe los modelos de los grupos de amigos y de instituciones sociales como la escuela y/o la iglesia; estas influencias dependen de la cultura en que se vive y del subgrupo socioeconómico que ocupe el individuo dentro de ella (Watson, 1971; Horrocks, 1974).

Cuando se habla de sexualidad es importante indicar cómo ha sido su desarrollo histórico, puesto que con el paso del tiempo surgen diferentes puntos de vista en relación a ésta.

La sexualidad se manifiesta de acuerdo a la época y la cultura en que se vive, ya que se relaciona directamente con el sentido que cada sociedad le da con base en sus valores, creencias, normas, conocimientos y costumbres (Monroy y Mora, 1985); por ejemplo el Antiguo Testamento hace hincapié en el sexo dentro del matrimonio, considerando al matrimonio una obligación y alegría que celebra la relación espiritual además de física, entre la mujer y el hombre; en cambio, en la tradición grecorromana conductas como la homosexualidad, bisexualidad y el aborto se practicaban y se aceptaban ampliamente (Gotwald, 1983).

El estudio científico de la sexualidad se desarrolla durante el presente siglo. Freud, uno de los pioneros en el estudio de la sexualidad con el psicoanálisis vino a revolucionar las ideas existentes; las contribuciones de éste no solo hicieron de la sexualidad un tema de estudio y comentario, sino que la estableció como un proceso vital en la formación del ser humano (Gagnon, 1980). En 1938 Alfred Kinsey (en Gotwald, 1983), un biólogo de la Universidad de Indiana, estudió la conducta sexual a través de la encuesta, publicando sus hallazgos en su libro "Sexual Behavior in the Human Male"; lo que motivó a muchos investigadores a realizar trabajos sobre sexualidad en todos sus aspectos, entre estos investigadores podemos mencionar a Master y

Jhonson (1964) los cuales estudiaron los aspectos fisiológicos, anatómicos y psicológicos de la respuesta sexual humana, su obra fue de gran importancia a nivel mundial ya que hasta cierto punto lograron eliminar la ignorancia, el mito y la superstición, mediante el establecimiento de hechos válidos y confiables a la fisiología y psicología de la respuesta sexual humana.

En estudios más recientes relacionados específicamente con la conducta sexual de los adolescentes (Aberastury, 1978; Gagnon, 1980; Le Shan, 1986) se ha observado que, en las sociedades occidentales los jóvenes en su mayoría utilizan el período de la adolescencia para adquirir destreza en la conducta sexual; cuando el adolescente va aceptando su genitalidad inicia la búsqueda de la pareja, es el período en que comienzan los contactos superficiales como besos y caricias, los cuales son cada vez más profundas e íntimas; observándose un oscilar entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital; así las relaciones sexuales de los adolescentes tienen un carácter exploratorio, de aprendizaje de la genitalidad, más que de un verdadero ejercicio genital adulto. Así mismo en la forma más típica de las sociedades actuales los adolescentes ignoran en gran parte la sexualidad del adulto; propiciando desinformación, mitos, creencias, actitudes, conocimientos erróneos entre otros, acerca de la sexualidad; que los pone ante graves problemas de salud, sobre todo ante la probabilidad de adquirir el VIH. Por lo anterior el estudio de los patrones sexuales de los adolescentes, toma una gran importancia para comprender cuáles son las conductas de los adolescentes que los ponen en riesgo para el contagio del VIH.

Considerando que los patrones de conducta sexual se relacionan directamente con factores socio-demográficos es importante revisarlos con detalle; puesto que son indicadores que ayudan a reconocer a los grupos más expuestos al contagio de VIH y así poder orientar hacia ellos campañas preventivas que tengan como finalidad la emisión de conductas preventivas.

2. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS INVOLUCRADOS EN LA CONDUCTA SEXUAL Y SU RELACION CON EL CONTAGIO DEL VIRUS DEL SIDA

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

En este sentido Morlet (en Villagrán, 1993) informa que las prácticas homosexuales y el número de parejas sexuales se relacionó con la adquisición del VIH en grupos de sujetos con orientación homosexual. Se han realizado estudios epidemiológicos para observar la prevalencia del VIH en los homosexuales y bisexuales, ya que son considerado un grupo de riesgo por sus prácticas sexuales, como la anal que aumenta de manera considerable la posibilidad de contraer la enfermedad (CONASIDA, 1989); sin embargo en estudios como el de Vázquez Valls, Torres Mendoza y Jauregui Ríos (1989), que evaluaron la prevalencia del VIH entre homosexuales masculinos en Guadalajara, demostraron que la población homosexual está aparentemente estable, existiendo un decremento en contagio de VIH. Esta tendencia sigue presente en la población homosexual mexicana ya que el número de casos entre hombres homosexuales y bisexuales disminuyó en 1992, lo que confirma las tendencias registradas anteriormente (CONASIDA, 1993).

En otro estudio realizado por García, Sepúlveda, Izazola y Valdespino (1989), a un grupo de homosexuales masculinos que acudieron a un centro de detección del VIH en el D.F; se les definió su perfil sociodemográfico, las prácticas sexuales y la prevalencia del VIH, los resultados indican que las prácticas bisexuales son más altas de lo que se pensaba, representando un riesgo de transmisión del VIH para sus parejas heterosexuales. Avila, Sepúlveda, Hernández, Nazar (1989), estudiaron la transmisión del VIH en parejas heterosexuales, demostrando un incremento del 2% de comienzos de 1987 hasta el 12% al final de 1988; se encontró, que el mayor número de casos era en hombres jóvenes, pudiéndose atribuir principalmente a la frecuencia del contacto sexual sin protección.

Los datos anteriores indican que las tendencias de la expansión del SIDA, apuntan hacia las relaciones heterosexuales. La Organización Mundial de la Salud estima que, en el año 2000, del 75 al 80 por ciento de todas las infecciones por VIH que tendrán lugar se producirán debido a las relaciones heterosexuales (Bayés, 1992).

El incremento proporcional en el número de casos que se atribuyen al contacto heterosexual es mayor entre los hombres que entre las mujeres, aunque estas

proporciones han variado con el tiempo. Mientras que en 1988, en los países industrializados, existían de 10 a 15 hombres contagiados por cada mujer infectada, en la actualidad hay que indicar el hecho, de que el impacto de SIDA en la mujer se está incrementando de forma considerable, para poder ejemplificar lo anterior, González (1990) señala que en el principio de la década de los ochenta la relación entre hombres y mujeres diagnosticadas con SIDA era de 16 a 1, para 1990 dicha relación era de 3 a 1; y actualmente en México hasta el año de 1994 la mayor parte de las personas contagiadas a través del contacto heterosexual son mujeres (CONASIDA, 1994), ya que se ha demostrado que es más fácil que un hombre infectado con el virus, transmita la enfermedad a una mujer con la que tiene relaciones sexuales, que una mujer infectada con el VIH lo transmita a su pareja sexual masculina.

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

Por otra parte, el impacto del SIDA en los grupos étnicos es diverso, mientras que los anglosajones homosexuales reciben información apropiada y apoyo para programas educativos, los latinoamericanos homosexuales residentes en San Francisco se encuentran con un retraso de siete años (Villagrán, 1993). Por su parte, Aral y Holmec (1990) indican que las mujeres negras y latinas de escasos recursos tienen patrones conductuales que las hacen más susceptibles de estar en contacto con el virus que las mujeres blancas de un nivel socioeconómico alto; lo anterior posiblemente indica una combinación de ciertos factores de riesgo, incluidos el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios de salud (CONASIDA, 1993).

Debido a que la raza y el grupo étnico son marcadores de riesgo y no factores de riesgo, esto puede ayudar a reconocer a los grupos más expuestos a la infección por VIH y orientar hacia ellos campañas educativas; pero no hay que olvidar que además el SIDA es un problema de comportamiento, principalmente el sexual, por lo que las prácticas sexuales relacionadas con el contagio del VIH, se vuelven sumamente importantes.

Las prácticas sexuales asociadas al contagio de SIDA se refieren básicamente al inicio de la vida sexual, tipo de relación sexual (vaginal, anal y oral) y al número de parejas sexuales, ya que mientras más alto es el número de parejas sexuales sin utilizar condón es más alta la posibilidad de adquirir el virus del SIDA. A través de diversos estudios se ha observado, que un porcentaje mayor de hombres inician su vida sexual a más temprana edad y tienen más parejas sexuales en la vida (Simon, 1989; Villagrán, 1990). El debut sexual en los grupos étnicos marca diferencias; por ejemplo en Estados Unidos un 60% de los hombres negros se inicia sexualmente antes de los 16 años; un 60% de mujeres negras tiene su debut sexual antes de los 18 y las mujeres blancas antes de los 19 años (Villagrán, 1992). En México generalmente las personas inician su vida sexual a los 19 años, presentando diferencias por género, los hombres se inician sexualmente a más temprana edad (17 años en promedio) y tienen más parejas sexuales.

3. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL CONTAGIO DEL VIRUS DEL SIDA

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

Las conductas sexuales de riesgo incluyen el tener relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) ya sea con múltiples parejas, con parejas ocasionales o con la pareja regular sin usar condón, que permite el contacto de la sangre con el semen o con fluidos vaginales (Hingson, Strunin, Berlin y Heeren, 1990).

Si una persona se involucra en conductas de riesgo, las consecuencias con el VIH son inciertas ya que la enfermedad puede o no aparecer. Tampoco se sabe con seguridad cuántas veces es necesario exponerse al VIH para quedar infectado, o cuanto tiempo hay que esperar con exactitud para que aparezcan los síntomas. Así diversos reforzadores asociados con conductas de riesgo, se vuelven altamente gratificantes como tener excitación sexual, eyacular y tener un orgasmo sin usar condón. Por lo tanto no es de extrañar que la amenaza del SIDA y sus consecuencias no sean suficientes para cambiar la conducta. Por otro lado las conductas sexuales de prevención como el uso del condón y el sexo seguro que involucran alternativas como el masaje, las caricias y la masturbación mutua aparentemente son menos placenteras y sus reforzadores como el evitar infectarse con el VIH son a largo plazo. Tal vez los reforzadores sociales podrían ser más efectivos para mantener este tipo de comportamiento. Para que esto sea posible es necesario que la sociedad comience a ver el uso del condón y el sexo seguro como algo normal. El comportamiento que ahora estamos tratando es muy complejo ya que no se trata meramente de eliminar o suspender una acción específica, sino que incluye toda una gama de conductas diferentes, desde eliminar conductas sexuales de riesgo y promover las seguras como el uso del condón (Preciado y Montecinos, 1992).

El tener información acerca de las conductas sexuales de riesgo y de prevención ante el SIDA no refleja necesariamente un cambio conductual; como indica Bayés (1992), "La información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos". Esto puede deberse a que además de tener información, existe la influencia de otras

variables psicosociales ante el contagio del VIH y el uso del condón, como la percepción de riesgo, miedo, creencias, actitudes entre otras, que determinan de cierta manera el que se lleven a cabo o no las conductas preventivas.

3.1. PERCEPCION Y AUTOPERCEPCION DE RIESGO ANTE EL CONTAGIO DEL VIRUS DEL SIDA

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

La percepción es un proceso cognoscitivo fundamental en la adquisición del conocimiento puesto que se concibe como un conjunto total dentro del cual se encuentran incluidos el aprendizaje y pensamiento, así a medida que el conjunto perceptual se amplía y se torna más complejo y rico con la experiencia, el individuo se vuelve más capaz de extraer información del medio que lo rodea. Los individuos son alcanzados simultáneamente por una gran variedad de estímulos; no obstante sólo se percibe una parte de ellos, existiendo así una selectividad perceptiva, la cual en las relaciones sociales se manifiesta de muy diferentes maneras, por ejemplo exaltar los aspectos negativos de las personas de las cuales sentimos aversión o disminuirlos por aquellas que sentimos simpatía. También nuestras experiencias pasadas facilitan e influyen en la percepción de los estímulos con los que se tuvo un contacto anterior; es así como el proceso de aprendizaje afecta el proceso perceptivo, es por esto que muchas veces un mismo hecho es percibido de manera diferente por dos personas en virtud de su condicionamiento anterior, lo que hace que se perciban elementos diferentes de una misma estructura; además de que existen otros factores que influyen en la percepción del estímulo sensorial como los estados fisiológicos (hambre, sed, depresión), factores de personalidad, así como factores socio-culturales (Forgus, 1975; Rodríguez, 1978).

Al respecto Asch (en Deutsch y Krauss, 1990) establece que la organización perceptual tiende a ser tan buena como las circunstancias se lo permitan. En la mayor parte de su teoría trató de demostrar el principio de la gestalt que establece que la experiencia social no es arbitraria sino organizada de tal manera que resulte coherente y significativa. A través de sus estudios Asch demostró que en general las personas tienden a formarse impresiones completas sobre otras personas u objetos psicológicos aún cuando la información sea escasa; además afirma que las impresiones están estructuradas, ya que ciertos rasgos se perciben como centrales y determinantes y otros como periféricos o dependientes; además de que cada rasgo posee la propiedad de una parte de un todo, por lo que ejerce influencia

sobre la organización total de la cual forma parte y es influida por ella, así mismo las impresiones existentes determinan el contexto en el que se forman otras impresiones finalmente si existen incongruencias las personas conducen la búsqueda de una noción más profunda que resuelva la contradicción.

Es así como la percepción que los individuos tienen sobre el SIDA, ha sido influida por una serie de factores, que van desde el contexto en que se ha dado, la forma en que las personas manejan la información hasta sus características de personalidad, lo que hace que los individuos no estimen objetivamente su propio riesgo de adquirir SIDA en forma adecuada, ya que en general las personas evalúan sus posibilidades de adquirir el virus del SIDA como muy bajas. Según Lawrence Gree (CONASIDA, 1989), si existiera una percepción de alto riesgo de contraer SIDA, podría influir en la motivación al cambio; sin embargo opina que todavía la mayoría de los jóvenes heterosexuales tienen una percepción muy baja de adquirir el VIH, por lo que difícilmente las campañas educativas para la prevención del SIDA tendrán algún efecto (CONASIDA, 1989; Sepúlveda 1989; Díaz Lovíng y Rivera Aragón, 1992; Villagrán Vázquez y Díaz Lovíng 1992, Villagrán Vázquez, 1993).

La percepción de riesgo es una representación cognitiva de eventos que capta la persona en el medio ambiente y que le resultan significativamente amenazantes (Johnson, 1991). Slovic, Fischhoff y Linchtein (1982), dan una aproximación para entender la percepción de riesgo; afirmando que se tiene una representación cognitiva de los riesgos en la cual se enfatiza el uso de escalas psicofísicas y procesos multivariados, como el análisis factorial para crear mapas cognitivos de riesgos cuantificados. Estos autores afirman que el juicio es la base de la percepción de riesgo puesto que raramente las personas evalúan los riesgos con base en las estadísticas; en la mayoría de los casos las inferencias son realizadas por la información que tienen de acuerdo a sus recuerdos que han escuchado u observado acerca de los riesgos en cuestión.

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 ambiente 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? ¿Quién es el responsable de la distribución?.

5. El control del peligro: Cómo la persona trata de controlar el riesgo.

6. Estrategia: Qué acciones elige la persona para conseguir un control sobre el riesgo.

Por su parte Kahneman, Slovic y Tversky (1982), indican que la percepción de riesgo puede ser delineada a través del análisis factorial como una estructura relativamente simple. En particular existen dos factores típicos a considerar dentro del análisis:

El miedo y la comprensión e incomprensión que se tiene del riesgo; sin embargo la gente no sólo llega a basar sus percepciones en los factores anteriores, sino que hace uso de una gran cantidad de información para realizar sus inferencias sobre el riesgo y así buscar explicaciones causales que le permitan entender el riesgo. Por lo general las personas tienden a creer que existe una relación causa-efecto entre lo que ellos hacen y les llega a pasar, así si una persona ve sufrir a alguien estará motivada a creer que en algún sentido merece lo que le pasa; por lo que las personas en general tienen la creencia de un mundo justo, en el cual no van a correr ningún riesgo sino se lo merecen (Lerner, 1966). Al respecto Weinstein (1983), afirma que los individuos tienden a pensar que son invulnerables y que no serán víctimas de los eventos indeseables de la vida, por ejemplo en el caso del SIDA, las personas no se sienten en riesgo de adquirirlo e inclusive desechan la posibilidad de infectarse.

En México, los estudios realizados con estudiantes universitarios, afirman que la percepción de riesgo de adquirir SIDA que tienen de otros grupos en los cuales no se incluyen es alta, indicando con ello que en general el estudiante percibe que todos pueden contagiarse menos él. Por otro lado también se ha observado que, independientemente de la preferencia sexual, adquiere gran importancia en la percepción de riesgo de otras personas el número de parejas sexuales; encontrándose una relación directa ya que existe mayor percepción de riesgo cuando alguno de los grupos evaluados tienen más de una pareja sexual; sin embargo, cuando se asocia la autopercepción de riesgo con el número de parejas sexuales, ésta ya no es importante y por lo tanto ya no se perciben en riesgo. De la misma forma, el tener o no relaciones sexuales y el usar o no condón, no es indicador significativo, ya que en todos los casos la autopercepción es baja; además, se ha encontrado que la monogamia serial (haber tenido más de una pareja sexual en la vida una a la vez) les da la sensación de seguridad (Sépúlveda, 1989; CONASIDA, 1989; Villagrán Vázquez, Cubas, Díaz y Camacho, 1990; Díaz Loving y Rivera Aragón 1992; Ramos, Díaz, Saldivar y Martínez, 1992; Villagrán Vázquez y Díaz Loving, 1993; Villagrán Vázquez, 1993; Villagrán y Díaz, 1994).

La baja autopercepción de riesgo de adquirir el virus del SIDA, encontrada en diferentes poblaciones se puede deber a que no se está haciendo uso

adecuado de la información que se tiene sobre la enfermedad, a que intervengan mecanismos de defensa, que aminoran la información sobre riesgo personal, o bien que la información es errónea para estimar el riesgo en forma correcta. Tversky, Khaneman y Slovic (1982), indican que las personas al estimar sus riesgos tienen sesgos cognoscitivos, ya que muchas de las estimaciones que realizan se basan en estereotipos, lo que permite a las personas incurrir en una atribución causa-efecto a gente fuera de su propio grupo. Es decir que en general las personas pueden percibir poco riesgo por considerar que no pertenecen a ninguno de los grupos que típicamente (y muchas veces en forma errónea) han sido considerados como de alto riesgo.

Para Prohaska, Albrecht, Levi, Sugrue y Kim (1990) el estudio de la autopercepción de riesgo de llegar a enfermar es importante para entender el porqué la gente realiza conductas que ponen en riesgo su salud o bien cuales son los factores que motivan a la gente a buscar el cuidado de su salud.

Para estimar la percepción de riesgo de desarrollar SIDA, también es necesario que los sujetos tengan un estándar comparativo contra el cual pudieran evaluar la oportunidad de ser afectados por el VIH. Un planteamiento podría ser: entre más conocimientos se tenga acerca del VIH y sobre sus características de riesgo, sería más objetiva la autopercepción de riesgo y si ésto ubicara al sujeto en un grupo de conductas de alto riesgo, debería presentarse la ejecución de conductas preventivas. Desafortunadamente como se mencionó anteriormente la sola información no produce cambios en la conducta, debido a que el comportamiento humano no sigue reglas lógicas, pues tiene sus propias reglas marcadas en gran parte por el pasado evolutivo de la especie. Los individuos seguirán practicando comportamientos de riesgo, a pesar de estar informados sobre el peligro, debido a los siguientes factores: el placer que se produce en forma inmediata al tener relaciones sexuales, las consecuencias de adquirir el VIH aparecen a largo plazo; no existe una cadena de hechos que vincule en forma definida el momento de la infección, con una sintomatología y las consecuencias nocivas que se pueden derivar de un comportamiento riesgoso, son sólo probables; desconociéndose por lo tanto muchos factores específicos que incrementan o disminuyen el riesgo de que un episodio concreto produzca el contagio (Bayés, 1992).

Una de las críticas más importantes sobre los estudios de percepción de riesgo, es el mencionado por Prohaska y cols. (1989), quienes consideran que aunque los investigadores reconocen la importancia de entender el riesgo como una variable tanto en la teoría como en la intervención, ellos prestan poca o nada de atención para descubrir que factores causan que la gente se perciba en riesgo. Añaden que actualmente se desconoce la amplitud en la cual la gente usa la información para evaluar el riesgo de adquirir el SIDA; mencionan también que los esquemas heurísticos que la gente usa, se originan en la cultura así como los conocimientos y arreglos jerárquicos son particulares de una sociedad o grupo social, la clase social, el género, la etnia, la educación y

la orientación sexual representan membresía en diferentes categorías de experiencias, entendimiento y exposición a la enfermedad.

3.2. MIEDO DEL CONTAGIO DEL VIH

Otro de los factores relacionados a la estimación de riesgo ante el contagio del VIH, es el miedo de adquirir la infección ya que éste puede ser un motivante para llevar a cabo conductas preventivas, puesto que es una reacción emocional que se presenta en una situación de peligro y que prepara al organismo para una posible huida.

Autores como Leventhal (en Villagrán, 1993) estudian al miedo con una visión dual ya que lo consideran como un motivante efectivo cuando se asocia a una amenaza de salud, pero sólo en algunas circunstancias cuando el miedo es muy grande puede tomar diferentes caminos, ya que puede generar sentimientos de desesperanza por lo que es posible que el sujeto permanezca inactivo.

El miedo se ha usado para estimular una tensión emocional en las personas e influir así en sus actitudes y conductas, por ejemplo, algunas autoridades médicas procuran persuadir a la gente para que visiten clínicas de detección del cáncer y observen directamente las consecuencias que éste produce y tomen así medidas preventivas.

Sin embargo el miedo no siempre es un motivante efectivo ya que depende de las condiciones bajo las cuales se haya estimulado, ya que éste puede ser efectivo o inefectivo para lograr cambios en creencias, prácticas conductuales y actitudes. Supuestamente si se recurre al miedo para causar una tensión emocional en las personas, con respecto a algún tipo de riesgo o peligro, éste va a motivar que las personas acepten las creencias tranquilizadoras y las recomendaciones evocadas por algún comunicador. Pero la tendencia a aceptar estas ideas tranquilizadoras acerca de la manera en cómo se deben de proteger de un peligro anticipado, no siempre es la reacción dominante. Bajo ciertas condiciones otros tipos de reacciones defensivas pueden ocurrir ya que si la comunicación que se da con respecto al peligro causa intensos sentimientos de ansiedad, las personas evitarán esta información e inclusive puede causar algunos disturbios en la personalidad como la distractibilidad y la inhabilidad para concentrarse o algunos otros síntomas temporales de desorganización cognitiva. Además cuando la comunicación que se da sobre el peligro, causa niveles elevados de angustia en las personas, éstas pueden reaccionar con tendencias agresivas hacia el comunicador, pues es percibido como responsable de producir los sentimientos dolorosos, rechazando así la información que se da sobre el peligro. Finalmente si la información comunicada acerca de algún peligro esta provocando altos niveles de ansiedad

y ésta no es minimizada por las ideas tranquilizadoras contenidas en la información, las personas tratarán de reducir su tensión emocional perdiendo el interés en el tópico o minimizando la importancia de la amenaza (Irving, Janis y Semour, 1993).

Los factores involucrados en el miedo hacia posibles amenazas o peligros pueden estar relacionados con el alto índice de contagio del virus del SIDA, ya que la información que se tiene sobre el SIDA puede producir altos niveles de ansiedad; lo que hace que las personas reaccionen ante esta información con diferentes mecanismos psicológicos de defensa, como evitar la información que hable sobre SIDA, minimizar su autopercepción de riesgo y/o la negación de un posible contagio; todo esto con el fin de reducir la tensión emocional y tener un control sobre la amenaza. Sin embargo esta defensa psicológica los lleva a tener conductas de riesgo ante el contagio del virus del SIDA (Tedeshi, 1985; Villagrán Vázquez, 1993).

3.3. CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE EL SIDA

Los procesos cognoscitivos que envuelven la manera en cómo los individuos perciben al SIDA, se reflejan una serie de creencias y actitudes equivocadas relacionadas principalmente al hecho de que el virus que lo origina (VIH) se transmite principalmente por vía sexual y porque inicialmente los primeros casos de SIDA fueron de grupos de homosexuales.

Estas dos características parecen haber llevado a reacciones de miedo y confusión frente a las formas de contagio. Además el hecho de que el SIDA apareciera en los grupos mencionados, ha llevado a reacciones de hostilidad hacia personas con una orientación homosexual y a que a todas las víctimas de SIDA se les considere pertenecientes a este grupo (Sepúlveda, 1989)

Pepitone (1991), indica que las creencias son conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales, menciona que son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo, más allá de su percepción directa. Las creencias se diferencian del conocimiento por su contenido evaluativo y por tener varias funciones psicológicas; ya que proporcionan apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal. Jodelet (1991), agrega que las creencias dependen de factores culturales, históricos, individuales y ecológicos; siendo sistemas de referencia que permiten al individuo interpretar lo que sucede y dar sentido a lo inesperado.

Según Fishbein y Ajzen (1989), las creencias dentro de un constructo teórico son anteriores a las actitudes; ya que es la información que los individuos tienen acerca del objeto psicológico, esta información proviene de otros individuos, de experiencia directa o bien de inferencias que el sujeto hace acerca del objeto.

Las creencias se han hecho cada vez más especializadas con el fin de enfrentar los sucesos de la vida cotidiana. Según Ramos, Díaz, Saldivar y Martínez (1993); las creencias referidas al SIDA parecen estar fuertemente enlazadas con las creencias de tipo moral, en un estudio realizado por estos autores, con población universitaria en donde se les pregunta sobre el origen del SIDA, la población manifestó creencias que bien se podían insertar en una dimensión moral, especialmente por la búsqueda de culpables y la marginación de un grupo al que se le considera "transmisor premeditado de un mal". La creencia sobre su origen fue de un castigo colectivo por la permisividad sexual general y castigo individual por el ejercicio de una sexualidad irresponsable.

Las creencias anteriores sobre el origen del SIDA, parecen estar influidas por prejuicios. Castro Pérez (1988) define al prejuicio como una actitud hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, generada por su sola pertenencia a éste, pues se supone que comparte ciertas actitudes objetables. Señala que el prejuicio tiene una conducción refractaria a evidencias contrarias, por lo que son las creencias las que se adaptan y se amoldan a la actitud negativa. Esto es lo que ha sucedido con el SIDA y su asociación con ciertos grupos, particularmente desde el punto de vista de "moralidad"; es decir con un orden en el cual los buenos son premiados y los malos castigados (Lerner, 1966). Esta orientación protege a las personas psicológicamente, ya que su percepción del SIDA está íntimamente ligada con una percepción de castigo justo en donde los que sufren SIDA se lo merecen por su irresponsabilidad, exceso y perversión sexual (homosexualidad y bisexualidad), por trastocar ciertos valores tradicionales. Sin embargo esta protección psicológica, pone a los individuos en un riesgo biológico, que los puede llevar a no tener prácticas específicas de prevención por no percibirse como parte de los grupos estigmatizados que sí se pueden contagiar (Ramos, Díaz, Saldivar y Martínez, 1993).

Castro Pérez (1988); señala que el SIDA es una enfermedad que parece reforzar prejuicios ya existentes de parte de las personas "normales" y estigmatiza socialmente a sus víctimas por que se les percibe como poseedoras de un atributo desacreditador. El estigma se asocia primeramente con lo sexual. En segundo lugar por ser una enfermedad sexualmente transmisible y, por tanto asociada con una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio y en consecuencia inmoral. En tercer lugar existe una tendencia cultural a ver con rechazo líquidos corporales (sudor, sangre, semen, etc) lo cual se acentúa al

haberse comprobado que al menos la sangre y el semen son portadores del VIH y en cuarto lugar por ser una enfermedad mortal.

Es importante mencionar que las creencias erróneas y negativas en cuanto al SIDA pueden llegar a conductas erróneas para enfrentar la transmisión, por ejemplo la creencia sobre el origen del SIDA y de que es una enfermedad exclusiva de prostitutas y homosexuales (Izazola, Valdespino, Mondragón y Sepúlveda, 1989) y como tales son los únicos agentes transmisores les proporciona cierto control, por lo que en muchas ocasiones los individuos no tienen conductas sexuales preventivas como el uso del condón.

Sin embargo no todos los conocimientos y creencias son erróneas o negativas; ya que también existen creencias positivas hacia el SIDA que se manifiestan en las actitudes sexuales caracterizadas como liberales. Así la persona sexualmente liberal recomendará prácticas de sexo seguro incluyendo el uso del condón. Esta tolerancia social también refleja las actitudes más positivas hacia los enfermos de SIDA.

El término "actitud" fue citado por primera vez en la literatura por Herbert Spencer en 1862 (en Villagrán, 1993) y se mencionaba que para llegar a un juicio correcto en una cuestión en disputa, depende mucho de la actitud mental que preservamos al escuchar o al tomar parte de una controversia: y para preservar una actitud correcta, necesitamos conocer que la verdad y la no verdad son el punto medio de las creencias humanas.

Para Kerlinger (1987) "La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objetivo cognoscitivo; el referente u objeto cognoscitivo se refiere a una categoría, clase o conjunto de fenómenos: objetos físicos, acontecimientos, conductas e incluso construcciones hipotéticas.

El consenso con respecto a la definición de actitud es que es una predisposición a responder a un objeto y no a la conducta afectiva hacia él. Se asume también, que la conducta es una función de las actitudes individuales y sociales, valores y creencias; que las actitudes se desarrollan como parte del complejo proceso de socialización; y que yacen en una parte del esquema social dentro de la cual el individuo se desarrolla y que por lo tanto, las actitudes son extremadamente resistentes al cambio (Fishbein, 1990).

Katz y Stollend (en Villagrán, 1993) consideran que las actitudes tienen tres componentes:

a) **Cognoscitivo:** En el cual se incluyen creencias acerca del objeto psicológico, estas creencias varían de persona a persona y de objeto a objeto; las creencias

son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables e indeseables, aceptables e inaceptables, buenas o malas.

b) Emocional: Que se refiere a los sentimientos o emociones ligadas al objeto, califica a los sujetos como amor-odio, admiración-desprecio, favorable-desfavorable.

c) Conductual: Que se refiere a la disposición del individuo a responder al objeto, se acepta que existe un vínculo entre el componente cognoscitivo, especialmente a lo referente a las creencias evaluativas.

Al estudiar las actitudes hacia el SIDA, en diversos estudios se ha encontrado que ésta enfermedad evoca una asociación con sexo, sangre, drogas y muerte; es decir existe una estigmatización hacia los enfermos y a la enfermedad como tal (Walkey, Taylos y Gree, 1990; Flores, Díaz, 1992; Villagrán, 1993). La difusión de tales estigmas ha puesto en marcha diversas reacciones antisociales, que van desde la indiferencia ante los avances del mal, hasta una abierta hostilidad hacia los grupos estigmatizados y a los propios enfermos. Tales actitudes se firman en la idea de que la enfermedad es incurable, y entonces la única propuesta consiste en distinguir a los contaminados de los no contaminados, y a practicar con éstos la exclusión, entorpeciendo de ésta manera cualquier intento por detener y erradicar la enfermedad (Sepúlveda, 1989).

Las actitudes negativas hacia el SIDA, se han observado en el rechazo hacia los enfermos de SIDA; la segregación de que son objetos en las escuelas y en centros de trabajo ha llegado incluso hasta la agresión física. Así las creencias y actitudes negativas, ligadas a los marcos tradicionalistas limita la posibilidad de que la persona enferma de SIDA y su familia tengan un ambiente social adecuado para enfrentar la enfermedad (CONASIDA, 1988).

Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda (1989); realizaron un estudio en México sobre actitudes hacia el SIDA, encontraron que en la población en general entre 15 y 60 años de edad, muestran actitudes de preocupación y solidaridad con los enfermos de SIDA, sin embargo el 78% de la población se pronunció a favor de aislar a los enfermos de SIDA, evidenciando un rechazo social hacia ellos. Así mismo en jóvenes universitarios encontraron que los jóvenes brindarían apoyo a un familiar o a un amigo en forma frecuente; sin embargo, se manifiestan actitudes de rechazo cuando el 61% de los entrevistados señalan que aislaría a las personas enfermas de SIDA.

A pesar de las actitudes negativas que han surgido alrededor del SIDA, la enfermedad ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, en la

búsqueda de mejoras y avances, todos ellos ubicados en la detección y erradicación del SIDA.

La necesidad de prevenir efectivamente el contagio por vía sexual, ha hecho que tanto el estado como la sociedad manifieste mayor disposición para reconocer los cambios que indudablemente se han dado en las conductas sexuales, manifestándose en conductas sexuales más liberales, dirigidas principalmente al uso del condón y actitudes más positivas hacia los enfermos de SIDA (Sepúlveda, 1989). Así mismo se ha observado que las campañas de "sexo seguro" han demostrado un impacto benéfico en las actitudes y conductas que tienen principalmente grupos de homosexuales. Juarán (en Villagrán y Díaz, 1992), quien comparó los cambios en la conducta sexual de homosexuales y heterosexuales de ambos sexos de Nueva York, encontrando que casi todos los homosexuales, una mayoría de las mujeres homosexuales, más de la mitad de las mujeres heterosexuales y sólo una cuarta parte de hombres heterosexuales habían cambiado su conducta sexual, principalmente en cuanto al sexo casual.

3.4. CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE EL CONDON

Las autoridades sanitarias, para prevenir la transmisión de las enfermedades de sexuales y especialmente el SIDA, propone el uso del condón. Villagrán y Díaz (1992), mencionan que la efectividad de este método dependerá de que las personas lo conozcan, de que lo sepan usar correctamente, que sea usada tanto con la pareja habitual como con las parejas ocasionales y, en alguna medida, de las creencias y actitudes hacia el uso del mismo.

Tomando el concepto de actitudes Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990) abordaron las actitudes hacia el uso del condón en estudiantes, y encontraron tres dimensiones que los autores consideran pueden ser barreras o facilitadores para las intenciones en cambios de las conductas preventivas y que pudieran usarse para las campañas de educación en salud. Las dimensiones encontradas indican que los condones pueden ser ofensivos, afectivos o atractivos; también encontraron diferencias debidas al género, señalan que las mujeres consideran al condón más ofensivo que los hombres. Sin embargo, la experiencia en el uso los hace más atractivos y menos ofensivos.

Herbert, De Man y Farrar (1989) llevaron a cabo un estudio sobre uso del condón en estudiantes y encontraron cuatro dimensiones que pudieran estar influyendo en la intención de no usar el condón; ya que los estudiantes lo perciben como inhibidor del placer sexual y físico, indicando además que tienen

dificultades e inconvenientes asociados al uso y situaciones embarazosas como la compra y uso.

Villagrán y Díaz (1992) entrevistaron a estudiantes mexicanos universitarios sobre la frecuencia y uso del condón, así como sus actitudes y creencias. Encontraron que factores de interacción de pareja, hedónicos, económicos, morales, de género y de experiencia sexual fueron mejores predictores para la frecuencia del uso del condón con parejas regulares, mientras que factores de respuesta sexual y hedónicos fueron mejores predictores del uso del condón con parejas ocasionales.

En diversos estudios con jóvenes universitarios mexicanos se ha encontrado que la mayoría de éstos tienen creencias y actitudes positivas, encontrando sobre todo diferencias en el debut sexual, ya que los estudiantes que no han tenido relaciones sexuales tienen actitudes que podrían considerarse como barreras para la intención de usarlo en un futuro (Villagrán, 1993; Villagrán y Díaz, 1993).

Lo expuesto anteriormente indica que el SIDA, es ante todo una enfermedad conductual, puesto que afecta a las personas por lo que hacen siendo así su conducta lo que determina si las personas están expuestas al virus del SIDA. Por lo tanto el uso del condón en las relaciones sexuales de manera constante, se convierte en una conducta de salud y prevención que las personas deberían de llevar a cabo; diversos modelos han intentado integrar variables psicosociales con las cuales se pudiera predecir esta conducta, entre estos modelos se encuentra el Modelo de Acción Razonada, que se convierte en una alternativa válida y confiable para poder predecir la conducta de usar condón.

3.5. EL MODELO DE LA ACCION RAZONADA

El Modelo de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1973); es un modelo que considera la importancia de predecir y entender la conducta humana para la solución de problemas y para la toma de decisiones en las políticas de salud. Ajzen y Fishbein parten de la premisa de que " los seres humanos son usualmente racionales y hacen uso sistemático de la información disponible para ellos" y niegan que la conducta social humana esté controlada por motivos inconscientes o deseos irresistibles; indican además que la gente evalúa los posibles resultados de su conducta antes de decidirse a realizarla (Fishbein, 1990).

El modelo de salud de Fishbein y Ajzen (1973) se basa en la Teoría de la Acción Razonada, cuya finalidad es predecir la conducta individual, como miembro de un grupo y como participante en las relaciones interpersonales, por lo

que cualquier significado o valor explicativo que tenga la actitud, debe provenir de una disposición intermedia entre el nivel individual y el nivel social. Azjen y Fishbein, sin embargo subrayan que la predicción de conductas es posible con poco o ningún entendimiento de los factores que la causan (Azjen y Fishbein, 1980), por otra parte indican que para producir cambios en la conducta debe haber algún grado de entendimiento.

Dentro del Modelo de la Acción Razonada, se consideran variables predictoras de la conducta saludable las creencias y evaluación de los resultados de una conducta (actitudes), la norma subjetiva (lo que el grupo cree acerca de una conducta en particular) y la motivación para complacer a los miembros de su grupo así como la intención para realizar la conducta. La teoría asume que las conductas son una función de las intenciones para realizar esas conductas; estas intenciones están determinadas por actitudes hacia la realización del comportamiento y normas subjetivas con respecto al mismo. Estas actitudes y normas subjetivas están determinadas a su vez por creencias conductuales y normativas respectivamente. De acuerdo a la teoría, la conducta está determinada finalmente por las propias creencias; por lo que para cambiar una conducta o modificarla se ve principalmente como función del cambio de creencias (Fishbein, 1990).

Para poder explicar la Teoría de la Acción Razonada, primeramente se tiene que definir operacionalmente la conducta de interés considerando cuatro elementos básicos:

1. Acción
2. Objeto
3. Contexto
4. Tiempo

Esto significa que toda acción ocurre con respecto a algún objeto en un contexto dado y en un tiempo determinado. Así una vez definida la conducta la teoría asume que el mejor predictor simple de esa conducta es la intención de una persona para realizar el comportamiento específico. Esta intención está en función de dos determinantes básicos, uno de naturaleza personal y otro que es reflejo de la influencia social.

1. **Factor personal:** Comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean positivos o negativos con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión, este factor es llamado actitud hacia el comportamiento.
2. **Factor de percepción de las presiones sociales:** Se refiere a lo que las personas perciben como presiones sociales impuestas a él o ella, para realizar o no determinado comportamiento; a esto se le llama norma subjetiva (Fishbein, 1988).

En forma general, los individuos realizan un comportamiento cuando tienen una actitud positiva a su ejecución, y cuando creen que es importante lo que otros piensan acerca de lo que se debe realizar.

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

La Teoría de la Acción Razonada ve el cambio de conducta como un aspecto relacionado con cambiar de creencias y la estructura cognoscitiva que subyace a esa conducta. De esta forma, algo esencial para poder desarrollar una intervención exitosa, es identificar y examinar las creencias conductuales y evaluaciones que subyacen a la actitud, así como las creencias normativas, para saber cuáles determinan la norma subjetiva. La actitud de un individuo para realizar una conducta dada está en función de sus creencias más "importantes", que le indican que el realizar la conducta logrará ciertos resultados, evaluando así sus resultados. Entre más crea que al realizar la conducta específica lo llevará a logros positivos, más favorable será la actitud de la persona hacia esa conducta. Contrariamente entre más se piense que la conducta llevará a consecuencias negativas, más negativa será la actitud. Así la actitud hacia una conducta está determinada por las implicaciones evaluativas de la totalidad de las creencias importantes que se mantienen; por lo que las actitudes no están determinadas por una sola creencias (Fishbein, 1980).

El Modelo de Acción Razonada, como se indicó anteriormente es utilizado para predecir conductas saludables, si consideramos el uso condón como una conducta saludable ante el SIDA, se puede suponer que este modelo dará información acerca de los factores que influyen en la conducta de usar condón en diferentes tipos de poblaciones y por lo tanto las intervenciones y los programas de prevención ante el SIDA, serán más exitosos.

El uso continuo del condón tanto con parejas ocasionales como con la pareja regular depende tanto del sujeto que lo usa, como de la petición de uso por parte de la pareja, por lo que el Modelo de Acción Razonada permite saber si la población en el cual se está aplicando, tiene la intención de usar o decir a sus parejas que usen el condón, además de entender la relación existente entre las actitudes y las normas subjetivas con respecto a la intención conductual. Así

mismo evalúa las creencias conductuales con respecto a las ventajas o desventajas de usar el condón al tener relaciones sexuales; por ejemplo, si la actitud de un individuo ante el uso del condón es positiva esto lo llevaría a usar condón, aunque surge la interrogante ¿qué grupos importantes o individuos están relacionados a esta conducta?. La postura del grupo de referencia del individuo (norma subjetiva) ante que realice la conducta de usar condón, es fundamental para que se realice dicha conducta. Tomando en cuenta los factores anteriores se podría decir que una persona usará el condón si tiene una actitud positiva hacia el mismo, y piensa que otras personas importantes para esta piensan que debería usarlo. Si embargo esto no es lo único que determina la realización de la conducta sino que existen antecedentes (creencias conductuales y normativas) muy importantes que se relacionan directamente con las actitudes y la norma subjetiva; por lo cual si el individuo cree que el usar condón en sus relaciones sexuales lo llevará a logros positivos, este tendrá una actitud más positiva y por lo que decidirá usarlo (Rivera y Díaz, 1994).

Fishbein (1990), utilizó el Modelo de Acción Razonada para predecir la intención femenina de pedir a su pareja sexual el uso del condón durante las relaciones sexuales; los resultados indican que tanto las actitudes de hacia la petición del uso del condón como las normas subjetivas influyen significativamente en las intenciones conductuales de llevar a cabo comportamientos que reduzcan el contagio, aunque subraya que las actitudes son las determinantes más importantes para este estudio, estos resultados concuerdan con los hallazgos de Fishbein, Corner y Graham (1992) ya que mencionan que las actitudes y las normas subjetivas son entre otras variables los mejores predictores de la intención del uso del condón. Cabe señalar que los estudios anteriores provienen de culturas donde Díaz Guerrero (1982) señala que tienen un mayor locus de control interno y por tanto actitudes más personales. En culturas como la mexicana en las que el locus de control es más externo, se podría suponer que la norma subjetiva tuviera una mayor importancia que las actitudes.

Debido a lo anterior se han realizado estudios en México, que utilizan la teoría de Acción Razonada para predecir el uso y la petición de uso de condón. Por ejemplo el estudio realizado por Díaz, Rivera y Andrade (1994), en 1203 empleados de gobierno entre 15 y 40 años de edad; se muestra, que el mejor predictor de la conducta de usar condón y pedir a la pareja que use condón es la intención conductual. Así mismo, las normas y las actitudes predicen mejor la intención de usar condón que la conducta y las actitudes predicen dimensiones de igual contenido. Es importante señalar que la norma subjetiva aumenta su influencia cuando se trata de parejas regulares, y que las actitudes que hablan sobre utilidad se vuelven centrales en el caso de las parejas ocasionales; puesto que en el estudio aparecen tres dimensiones distintas en las actitudes (racionalidad, placer y utilidad) que se relacionan con la intención

de usar condón en forma diferencial dependiendo si se trata de hombres o mujeres y de relaciones con parejas regulares u ocasionales.

Los resultados anteriores sugieren la necesidad de crear programas de influencia social diferentes para cada género y para cada situación social, así como aplicar el Modelo de Acción Razonada en diferentes poblaciones para poder hacer comparaciones y evaluar los cambios que se producen dentro de cada tipo de población.

A lo largo del trabajo se ha venido mencionando que los adolescentes son una población con riesgo potencial de adquirir el virus del SIDA, debido a sus conductas sexuales, por lo que una alternativa de prevención puede surgir al aplicar el Modelo de Acción Razonada en esta población. Por lo tanto el presente estudio se aboca a predecir la intención y frecuencia del uso del condón en adolescentes a través de este modelo; así como demostrar la importancia que tienen los diferentes factores sociodemográficos, procesos cognoscitivos (percepción y autopercepción de riesgo, creencias y actitudes ante el SIDA y uso del condón) y emocionales (miedo ante el contagio del virus del SIDA), para identificar las bases que originan diferentes conductas de riesgo ante el SIDA y a través de ésto poder determinar los mecanismos que lleven al adolescente a emitir conductas sexuales preventivas.

4. METODOLOGIA

4.1. OBJETIVOS

4.1.1. Objetivos generales del estudio

1. Predecir la intención y frecuencia de uso del condón a través del Modelo de Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1990). Este modelo incluye factores (Creencias conductuales, normativas, norma subjetiva, actitudes e intención conductual) que se consideran predictores de conductas saludables; así a través de ellos se pretende determinar intervenciones exitosas de prevención ante el SIDA, que motive a los adolescentes a usar condón a partir del momento en que tienen su debut sexual y lo continúen usando durante su vida sexual tanto con su pareja regular como con sus parejas ocasionales.

2. Observar y analizar las relaciones y diferencias existentes entre las variables de clasificación (factores sociodemográficos y los patrones de conducta sexual de los adolescentes) con respecto a las variables incluidas en el Modelo de Acción Razonada (creencias conductuales y normativas, norma subjetiva, actitudes e intenciones conductuales ante conductas sexuales de riesgo y uso del condón).

3. Observar y analizar las relaciones y diferencias existentes entre las variables de clasificación con respecto a los factores psicosociales (autopercepción y percepción de riesgo, miedo, creencias y actitudes ante el contagio de VIH y el uso del condón).

4.1.2. Objetivos específicos del estudio

1. Describir el patrón sexual de los adolescentes en relación con los factores sociodemográficos.

2. Analizar la influencia y relación de las creencias conductuales ante el uso del condón tanto con la pareja regular como con las parejas ocasionales sobre las actitudes conductuales.

3. Analizar la influencia y relación de las actitudes conductuales ante el uso del condón, sobre la intención conductual de usar condón tanto con la pareja regular como con las parejas ocasionales.

4. Analizar la influencia y relación de las creencias normativas y norma subjetiva ante el uso del condón, sobre la intención conductual de usar condón tanto con la pareja regular como con parejas ocasionales.
5. Analizar la influencia y relación de la intención conductual ante el uso del condón tanto con la pareja regular como con parejas ocasionales sobre la frecuencia de uso del condón.
6. Analizar la relación existente entre los factores del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo (tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con parejas ocasionales).
7. Determinar la magnitud de la influencia de las variables de clasificación (edad, género y patrón sexual), sobre las variables incluidas dentro del Modelo de Acción Razonada y los factores psicosociales (variables dependientes).

4.2. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

1. Existe una relación significativa entre los factores del Modelo de Acción Razonada (variables predictoras) y las intenciones y la frecuencia de uso del condón (variable criterio).
2. Existe una relación significativa entre los factores del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo.
3. Existe una relación significativa entre los factores psicosociales relacionados con el contagio de VIH.
4. Existen diferencias significativas entre las variables de clasificación (género, edad y patrón sexual) y las variables que se incluyen en el Modelo de Acción Razonada (creencias conductuales y normativas, norma subjetiva, actitudes e intenciones conductuales ante conductas sexuales de riesgo y us del condón)
5. Existen diferencias significativas entre las variables de clasificación y los factores psicosociales (percepción, autopercepción de riesgo y miedo ante el contagio del virus del SIDA, actitudes ante las relaciones sexuales con seropositivos, creencias y actitudes hacia el condón).

4.3. VARIABLES

4.3.1. Variables de Clasificación

1. Factores Sociodemográficos:

- a) Edad
- b) Género

2. Patrón Sexual:

- a) Debut Sexual
- b) Edad al debut sexual
- c) Frecuencia de uso del condón*
- d) Número de parejas sexuales

4.3.2. Variables Predictorias

Variables que se incluyen dentro del Modelo Teórico de Acción Razonada:

1. Creencias conductuales ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.
2. Creencias normativas ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.
3. Normas subjetivas ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.
4. Actitudes conductuales ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.
5. Intención conductual ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.*

4.3.3. Variables Dependientes

Escala de factores psicosociales asociados al contagio de VIH:

1. Percepción de Riesgo ante el contagio del virus del SIDA.
2. Autopercepción de Riesgo de adquirir el VIH.
3. Miedo de adquirir el VIH.
4. Actitudes ante las relaciones sexuales con seropositivos.
5. Creencias ante el condón.
6. Actitudes ante el condón.

4.3.4. Variable Criterio

Frecuencia de uso de condón

***NOTA:** Es importante mencionar que dependiendo del tratamiento estadístico en el cual tomaron parte las variables anteriores, algunas de ellas cambiaron de condición dependiendo del modelo a probar; por ejemplo cuando se trata de predecir las intención conductual ante el uso del condón, la intención será la variable criterio; pero si se trata de predecir la frecuencia de uso del condón, las intención conductual se convierte en variable predictora.

4.4. DEFINICION DE VARIABLES

4.4.1. Definición conceptual y operacional

A. Variables de Clasificación

1. Factores Sociodemográficas: Son las variables que intentan conocer las características sociales, económicas, etnográficas, entre otras, de los individuos y de los distintos grupos de las poblaciones estudiadas (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983). En el estudio se tomaron en cuenta las siguientes variables:

a) Edad, variable con tres niveles de clasificación:

1. Grupo de 15 a 16 años.
2. Grupo de 17 años
3. Grupo de 18 a 25 años.

b) Género, variable atributiva con dos niveles de clasificación:

1. Grupo de sujetos femeninos.
2. Grupo de sujetos masculinos.

2. Patrón sexual: Pautas de acción que las personas manifiestan en su vida sexual (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983).

En el estudio se tomaron en cuenta las siguientes variables:

a) Debut Sexual, variable atributiva, con dos niveles de clasificación:

1. Sujetos que han tenido relaciones sexuales.
2. Sujetos que no han tenido relaciones sexuales.

b) Frecuencia de uso del condón, variable con tres niveles de clasificación:

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

c) Edad al debut sexual, variable categórica que se refiere a la edad en años al momento de tener su primera relación sexual.

d) Número de parejas sexuales; es una variable categórica que se refiere al número de personas con las que los sujetos han tenido relaciones sexuales en toda su vida.

B. Variables Dependientes:

1. Percepción de Riesgo ante el contagio del virus del SIDA: La percepción de riesgo es una representación cognitiva de eventos que capta la persona en el medio ambiente y que le resultan significativamente amenazantes (Johnson, 1991).

La percepción riesgo de acuerdo a los objetivos del estudio es la estimación del riesgo de contagio del virus del SIDA, que los sujetos realizan de otros grupos en los cuales ellos no se incluyen, existiendo dos factores:

- A. Percepción de Riesgo en grupos heterosexuales.
- B. Percepción de riesgo en grupos homosexuales y bisexuales.

Este factor se midió a través de la calificación que los sujetos daban ante las posibilidades de que éstos grupos, adquirieran el virus del SIDA en una escala de 1 a 5 puntos (que va de ninguna posibilidad hasta muchas posibilidades).

2. Autopercepción de Riesgo de adquirir el VIH: Es la estimación del riesgo de contagio del virus del SIDA, que los sujetos hacen de sí mismos. Este factor se midió a través de la calificación que los sujetos daban ante su propia posibilidad de adquirir el virus en una escala de 1 a 5 puntos (que va de ninguna posibilidad hasta muchas posibilidades).

3 Miedo: Reacción emocional natural ante amenazas reales o imaginarias que tiene la función adaptativa de preparar al organismo para una posible huida (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983).

El miedo de acuerdo a los objetivos del estudio es la estimación que hacen los sujetos, de la preocupación que tienen ante la posibilidad de adquirir el virus del SIDA. Este factor se midió a través de las respuestas obtenidas en una serie de afirmaciones en donde el sujeto manifestó su acuerdo o desacuerdo dentro de una escala de 1 a 5 puntos.

4 Actitudes hacia las relaciones sexuales con seropositivos: Predisposición de los sujetos para valorar de manera favorable o desfavorable el tener relaciones sexuales con personas seropositivas. Este factor se midió a partir de la respuesta proporcionada a una serie de afirmaciones en donde el sujeto manifestó su acuerdo o desacuerdo dentro de una escala de 1 a 5 puntos.

5 Creencias ante el condón: Información que los adolescentes manejan a partir de su experiencia directa con el objeto psicológico (condón), a partir de inferencias o bien a partir de la proporcionada por miembros de su grupo (Villagrán, 1993). Este factor se midió a través de una serie de afirmaciones donde el sujeto manifestó su acuerdo o desacuerdo, dentro de una escala de 1 a 5 puntos.

6. Actitudes ante el condón: Predisposición de los sujetos para valorar de manera favorable o desfavorable el condón. El factor se evaluó a través de una serie de afirmaciones donde el sujeto manifestó su acuerdo o desacuerdo, dentro de una escala de 1 a 5 puntos.

C. Variables Predictoras

Variables que se incluyen dentro del Modelo de Acción Razonada:

1. Creencias conductuales ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo ante el contagio de VIH: Las creencias conductuales, se refieren a lo que las personas piensan acerca de realizar ciertas conductas y las consecuencias que existen al llevarlas a cabo, (en este caso la conducta de usar condón, en diferentes contextos, de tener varias parejas sexuales y mantener relaciones sexuales con parejas ocasionales) existiendo una evaluación en ellas (Fishbein, 1990).

2. Creencias normativas ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo ante el contagio de VIH: Las creencias normativas son las creencias de las personas de que individuos o grupos específicos piensan que él (o ella) debería o no realizar la conducta y su motivación para complacer a los referentes específicos (Fishbein, 1990).

3. Norma subjetiva ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo ante el contagio de VIH: La norma subjetiva es la percepción de las personas acerca de las presiones sociales que los llevan a realizar o no la conducta (Fishbein, 1988).

4. Actitud ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo ante el contagio de VIH: La actitud se refiere a los sentimientos positivos o negativos de los individuos con respecto a realizar la conducta en cuestión (Fishbein, 1990)

5. Intención ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo ante el contagio de VIH: La intención corresponde directamente (en términos de acción contexto y tiempo) a tener el propósito de realizar o no la conducta (Fishbein, 1988).

Para poder evaluar las variables del Modelo Teórico de Acción Razonada, se midieron dos tipos de conductas sexuales:

1. Uso del condón en diferentes contextos (usar condón cada vez que se tengan relaciones sexuales con desconocidos, usar condón con la pareja sexual regular y usar condón cada vez que se tengan relaciones sexuales).

2. Conductas sexuales de riesgo ante el contagio de VIH; dentro de las cuales se incluyó:

- a) Tener varias parejas sexuales
- b) Tener relaciones sexuales con desconocidos o parejas ocasionales.

La medición de las variables anteriores se realizó a través de una serie de afirmaciones contenidas en una escala bipolar con 5 opciones de respuesta.

D. Variable Criterio

Frecuencia de uso de condón, se refiere a la continuidad en el uso del condón durante las relaciones sexuales; es una variable con tres niveles de clasificación (como se indicó anteriormente) que van desde los sujetos que nunca han usado el condón hasta los sujetos que siempre lo han usado al tener relaciones sexuales.

4.5. POBLACION

Se contó con la población de alumnos de ambos sexos de las Escuelas Preparatorias de la UNAM (Preparatorias 2, 4, 8, y 9), debido a la facilidad que se dieron en ellas para realizar el estudio. Es importante señalar que se escogió este tipo de población para que se tuviera una mejor comprensión del instrumento; así mismo por que se midieron conductas sexuales, que en adolescentes de menor edad es poco probable que se hayan dado.

4.6. MUESTREO

Para poder generalizar los datos a toda la población se realizó un muestreo al azar por conglomerados. Teniendo una muestra representativa de 600 adolescentes de ambos sexos, teniendo una probabilidad de error de .05.

4.6.1. Descripción de la Muestra:

Para obtener una primera aproximación de la muestra se corrió un análisis de frecuencias, a través del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

En el estudio participaron un total de 600 adolescentes con edad promedio de 17 años, los cuales son una muestra representativa a nivel bachillerato de la UNAM; 297 (49.5%) de sexo masculino y 303 (50.5%) de sexo femenino; se clasificaron en tres grupos de edad:

- A. 227 (37.8%) de 14 a 16 años
- B. 166 (27.7%) de 17 años
- C. 207 (37.8%) de 18 a 25 años

De los 600 adolescentes 399 (66.5%) aún no han tenido su debut sexual y 201 (33.5%) ya se iniciaron en su vida sexual (Tabla 4-1); teniendo una edad promedio al debut sexual de 16 años.

TABLA 4-1. Descripción de la muestra por debut sexual, género y edad.

DEBUT SEXUAL.							
HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES				NO HAN TENIDO REL. SEXUALES			
EDAD							
GENERO	14-16	17	18-25	14-16	17	18-25	TOTAL
MASC.	25 64.1%	38 64.4%	67 65%	78 41.5%	46 42%	44 42.2%	227 49.5%
FEM.	14 35.9%	21 35.6%	36 35%	110 58.5%	62 58%	60 57.8%	303 50.5%
TOTAL	39 100%	59 100%	103 100%	188 100%	107 100%	104 100%	600 100%
n = 201 (33.5%)				n = 399 (66.5%)			

4.6.2 Descripción del patrón sexual

A. Debut sexual

Se analizaron los datos de debut sexual (Gráfica 1) por género y edad, a través de la prueba estadística chi cuadrada observándose diferencias por género ($\chi^2=28.04$; $p=.000$) las cuales indican que es mayor la proporción de hombres (69.6%) que ya tuvo su debut sexual, que la proporción de mujeres (30.4%) (Gráfica 2).

Así mismo se encontraron diferencias por edad ($\chi^2=1.82$; $p=.000$), una proporción mayor de adolescentes de 18 a 25 años (51.2%) ya han tenido su debut sexual en comparación con los adolescentes de 14 a 16 años (19.4%) y de 17 años (29.3%) (Gráfica 3).

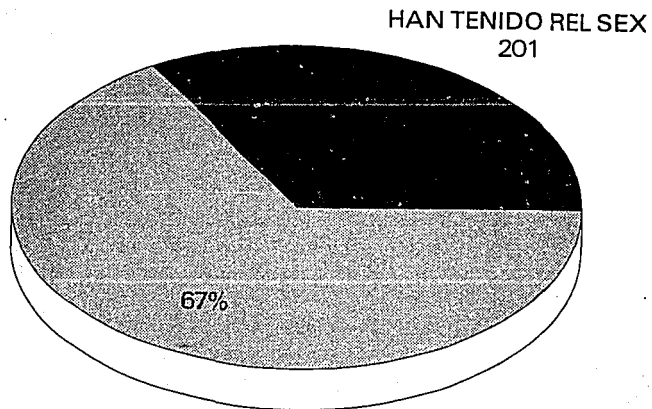
B. Frecuencia de uso del condón

El Análisis de frecuencias muestra que el 32.4%(60) de la población sexualmente activa ha usado siempre el condón, 38.9%(72) solo ha usado el condón en ocasiones y 28.6%(53) nunca lo ha usado (Gráfica 4).

Para observar las diferencias en las variables sociodemográficas (género y edad) se realizó la prueba estadística chi cuadrada, observándose una asociación significativa con la edad ($\chi^2 = 15.16$, $p=.004$). En la tabla 4-2 se muestran las frecuencias del uso del condón, que indican existe una mayor proporción de jóvenes de 18 a 25 años (38.3%) y de 17 años (36.6%) que siempre usan el condón en comparación con los adolescentes que tienen entre 14 y 16 años(25%). En el caso de adolescentes que solo en ocasiones usan el condón se muestra el mismo patrón de resultados, ya que es mayor la proporción de adolescentes de 17 años (34.7%) y de 18 a 25 años (58.3%) que algunas veces han usado el condón en comparación con los adolescentes de 14 a 16 años (6.9%). Finalmente en los adolescentes que nunca han usado el condón se observa que es mayor la frecuencia de adolescentes de 18 a 25 años (60.3%) que nunca usa condón en comparación con los adolescentes de 14 a 16 años (22.6%) y de 17 años (16.9%).

GRAFICA 1

DEBUT SEXUAL ADOLESCENTES



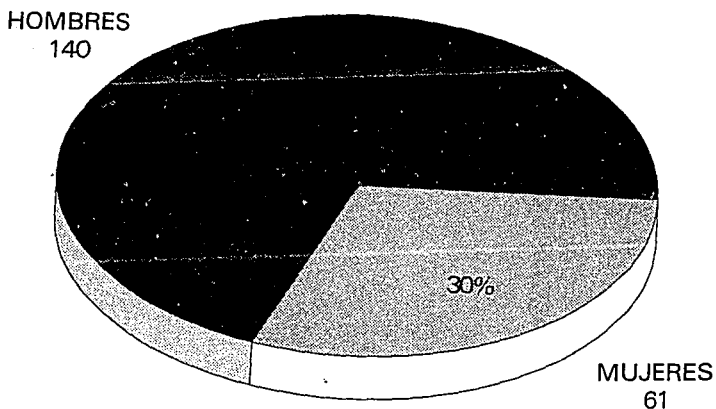
NO HAN TENIDO R S
399

PATRONES SEXUALES

GRAFICA 2

ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVOS

DIFERENCIAS POR GENERO

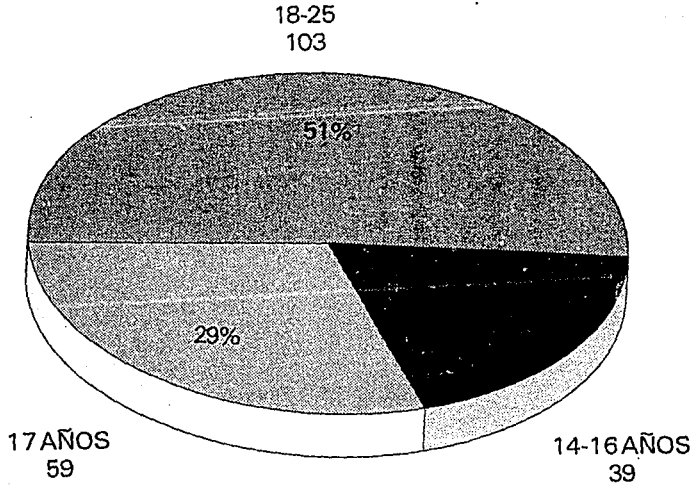


PATRONES SEXUALES

GRAFICA 3

ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVOS

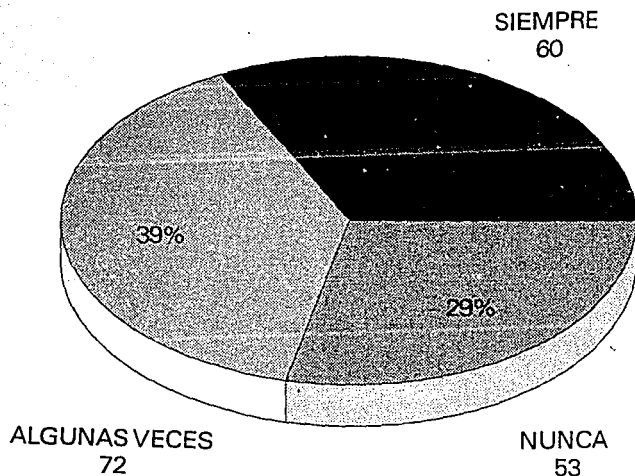
DIFERENCIAS POR EDAD



PATRONES SEXUALES

GRAFICA 4

FRECUENCIA USO DEL CONDÓN



PATRONES SEXUALES

TABLA 4-2. Análisis del uso del condón por edad

EDAD (AÑOS)	USO DEL CONDON		
	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
14-16	15(25%)	5(6.9%)	12(22.6%)
17	22(36.6%) ^a	25(34.7%)	9(16.9)
18-25	23(38.3%) ^a	42(68.3%)	32(60.3%)
TOTAL	60(100%)	72(100%)	53(100%)

$N = 185$; $\chi^2 = 15.16$; $p = .004$

C. Edad al debut sexual

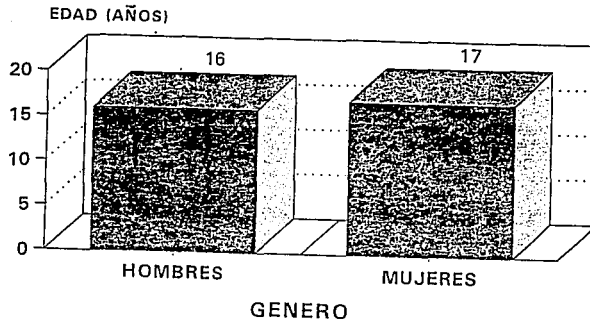
Para observar las diferencias por edad al debut sexual se corrió un análisis de clasificación múltiple (4-3), en donde se presentan diferencias por género ($F = 6.05$; $p = .015$), los hombres se inician a una edad más temprana ($x = 16$ años) que las mujeres ($x = 17$ años) (Ver gráfica 5).

D. Número de parejas sexuales

Finalmente para conocer si existían diferencias por el número de parejas sexuales y el género se corrió otro análisis de clasificación múltiple (Tabla 4-3). Los resultados indican que existen diferencias significativas ($F = 11.31$; $p = .001$), los hombres tienen más parejas sexuales ($x = 2.44$) que las mujeres ($x = 1.43$) (Ver gráfica 6).

GRAFICA 5

EDAD AL DEBUT SEXUAL DIFERENCIAS POR GENERO



GRAFICA 6

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DIFERENCIAS POR GENERO

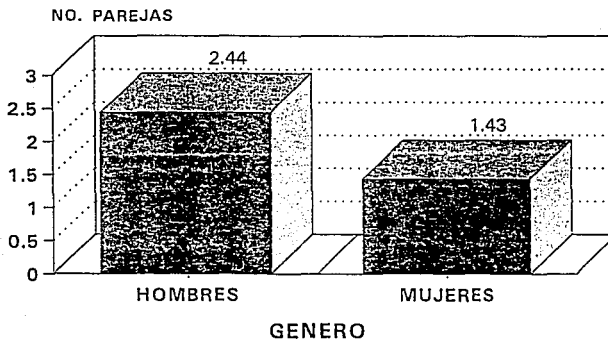


TABLA 4-3. Análisis de clasificación múltiple por edad y no. Parejas sexuales

FACTOR	VARIABLE	F	P
EDAD AL DEBUT SEXUAL	GENERO	6.05	.015
NO. PAREJAS SEXUALES	GENERO	11.31	.001

4.7. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio correlacional, ya que se observó las relaciones existentes entre las variables. Por el lugar donde se llevó a cabo se trata de un estudio de campo, pues el instrumento se aplicó en el lugar natural de los sujetos y finalmente por el tiempo fue transversal, ya que no existió un seguimiento de los adolescentes participantes en el estudio.

4.8. DISEÑO

Se trata de un diseño correlacional multivariado, ya que se tienen variables predictoras y variable criterio, además de que se desea observar la relación existente entre ellas.

4.9. INSTRUMENTO

El instrumento se elaboró a partir del marco teórico que conceptualiza las variables implicadas en el estudio, teniendo los siguientes indicadores:

1. Factores Sociodemográficos (4 reactivos):

- a) Edad
- b) Género
- c) Grado Escolar
- d) Escuela a la que pertenecen

2. Patrón Sexual (14 reactivos):

- a) Debut Sexual
- b) Edad al debut sexual
- c) Frecuencia con que tienen relaciones sexuales
- d) Número de parejas sexuales
- e) Frecuencia de uso de condón

3. Variables que se incluyen dentro del Modelo de Acción Razonada (86 reactivos):

- a) Creencias conductuales ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.

- b) Creencias normativas ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.**
- c). Normas subjetivas ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.**
- d). Actitudes conductuales ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.**
- e). Intención conductual ante el uso del condón y conductas sexuales de riesgo.**

4. Escala de factores psicosociales relacionados al contagio de VIH. (19 reactivos).

- a) Percepción de riesgo de adquirir el virus del SIDA en grupos de heterosexuales.**
- b) Percepción de Riesgo de adquirir el virus del SIDA en grupos de homosexuales y bisexuales.**
- c) Autopercepción de Riesgo de adquirir el virus del SIDA.**
- d) Miedo de adquirir el virus del SIDA.**
- e) Actitudes ante las relaciones sexuales con seropositivos.**
- f) Creencias ante el condón.**
- g) Actitudes ante el condón.**

Los reactivos de cada una de las escalas anteriores fueron planteados tanto en forma de una escala tipo likert, como de una escala bipolar; teniendo cinco opciones de respuesta.

Finalmente se realizaron una serie de preguntas abiertas y cerradas para poder conocer las variables sociodemográficas y los patrones sexuales de los adolescentes (Anexo 1).

4.9.1. CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO

Se realizó una serie de análisis estadísticos a las respuestas de los 600 adolescentes, para poder construir un instrumento válido y confiable de las dimensiones del Modelo de Acción Razonada y de los factores psicosociales relacionados con el contagio del virus del SIDA.

A. Validez y confiabilidad del instrumento que evalúa el modelo de Acción Razonada

Para poder validar el instrumento, primeramente se realizó un análisis de discriminación para cada uno de los reactivos; aplicando la prueba estadística T-TEST. Se eliminaron los reactivos cuya probabilidad era mayor a .05. De los 86 reactivos planteados originalmente, se eliminaron 5 (ANEXO 2). Posteriormente se aplicó a las respuestas de los reactivos del Modelo de Acción Razonada, un análisis factorial tipo PA2 con rotación varimax, para obtener la validez de constructo de las dimensiones con la muestra en estudio. Se eligieron en cada escala los reactivos que tuvieran un peso factorial mayor a .40. Los reactivos que quedaron comprendidos en cada escala aparecen en el ANEXO 3. Así mismos se aplicó a cada una de las escalas obtenidas un análisis de consistencia interna a través el "alpha" de Cronbach, para obtener su confiabilidad (ANEXO 4).

Como se observa en el ANEXO 3, dentro de cada una de las dimensiones de creencias conductuales, creencias normativas, norma subjetiva e intenciones conductuales, se obtuvieron dos subfactores: A) Uso del Condón y B) Conductas sexuales de riesgo. De igual manera en el caso de las actitudes correspondientes al uso del condón y conductas sexuales de riesgo, básicamente se obtuvieron dos subfactores que indican actitudes emocionales y de seguridad. La escala quedó constituida por un total 23 subfactores; por lo tanto para aumentar la validez y confiabilidad de la escala y poder analizarlo estadísticamente; se decidió observar la relación existente entre cada uno de los subfactores (ANEXO 5); y realizar una nueva validez de constructo y consistencia interna de los componentes del modelo, como se observa en las secciones siguientes.

4.9.1.1. Validez y confiabilidad de los factores incluidos en el Modelo de Acción Razonada ante el uso del condón

A. Validez de Constructo del Modelo de Acción Razonada ante el uso del condón.

Se aplicó un análisis factorial tipo PA2 con rotación varimax a todos las escalas del Modelo de Acción Razonada que medían exclusivamente el uso del condón en diferentes contextos (cada vez que se tengan relaciones sexuales, con la pareja regular o con parejas ocasionales). El análisis reportó cinco factores con valores eigen superiores a 1, que explican el 60% de varianza total de la prueba. En cada uno de los factores se escogieron los reactivos cuyo peso factorial era igual o mayor a .40 y la escala total quedó constituida por 17 reactivos (Tabla 4-4).

Los cinco factores de la escala quedaron definidos de la siguiente manera:

Primer Factor: Creencias conductuales ante el uso del condón (2 reactivos), se refiere a lo que piensan los adolescentes ante la conducta de usar condón (en todas su relaciones sexuales y con parejas sexuales ocasionales) y su aspecto preventivo ante el contagio del virus del SIDA. Es importante mencionar que a pesar de que se le da el nombre de factor por formar parte del modelo, es en realidad una dimensión por contener solo dos reactivos.

Segundo Factor: Factor Normativo ante el uso del condón (5 reactivos), se refieren tanto a las creencias normativas como a la norma subjetiva, ya que habla de los grupos e individuos que son importantes para los adolescentes en relación al uso del condón (pares, amigos y al gente importante para ellos).

Tercer Factor: Actitudes de Seguridad ante el uso del condón (4 reactivos), hace referencia a lo bueno, inteligente, seguro y beneficioso que es usar el condón en todas las relaciones sexuales, tanto con la pareja regular como con parejas ocasionales.

Cuarto Factor: Actitudes Emocionales ante el uso del condón (3 reactivos), se refiere a las actitudes de tipo hedónico, que indican que usar condón (en todas las relaciones sexuales) es agradable y placentero.

Quinto Factor: Intenciones Conductuales ante el uso del condón (3 reactivos), se refieren al propósito de usar condón en todas las relaciones sexuales (tanto con la pareja regular como con parejas ocasionales) en un futuro, como medio preventivo ante el SIDA.

TABLA 4-4. Análisis factorial del modelo de acción razonada ante el uso del condón.

FACTORES					
REACTIVOS	1	2	3	4	5
1. Usar el condón al tener rel. sex. me protegerá del contagio del SIDA 2. Usar condón al tener rel. sex. con un desconocido me protegerá del SIDA	.7531 .7625				
CREENCIAS NORMATIVAS (PADRES)					
1. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales 2. Debo usar condón cada vez que tenga rel. sex. con un desconocido		.5620 .6753			
CREENCIAS NORMATIVAS (AMIGOS)					
3. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales 4. Debo usar condón cuando tenga rel. sex. con un desconocido		.5805 .6333			
NORMA SUBJETIVA					
5. Usar condón en mis rel. sex. para protegerme del contagio del SIDA		.4201			
ACTITUDES SEGURIDAD					
1. Usar condón cada vez que tenga rel. sex. 2. Usar condón con mi pareja sexual regular 3. Usar condón al tener relaciones sexuales con desconocidos 4. Usar condón en todas mis relaciones sexuales para protegerme del SIDA			.7698 .5097 .7826 .5986		
ACTITUDES EMOCIONALES					
1. Usar Condón cada vez que tenga relaciones sexuales 2. Usar condón con mi pareja sexual regular 3. Usar condón en todas mis rel. sex. para protegerme del contagio de SIDA				.8646 .8591 .8224	
1. Usaré condón con mi pareja sexual regular 2. Usaré condón cada vez que tenga relaciones sexuales 3. Usaré condón en todas mis relaciones sexuales para protegerme del VIH					.7071 .7999 .8141

FACTOR 1 = Creencias conductuales
FACTOR 2 = Factor Normativo
FACTOR 3 = Actitudes de Seguridad
FACTOR 4 = Actitudes Emocionales
FACTOR 5 = Intenciones conductuales

B) Confiabilidad del Modelo de Acción Razonada ante el uso del condón.

Para obtener la consistencia interna de cada uno de los factores obtenidos del Modelo de Acción Razonada, se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados muestran una serie de escalas confiables, que permiten realizar una predicción de las intenciones y la frecuencia de usar condón al tener relaciones sexuales (Tabla 4-5).

TABLA 4-5. Análisis de Consistencia Interna de los factores del Modelo de Acción Razonada ante el uso del condón

FACTOR	NO. REACTIVOS	ALPHA
CREENCIAS CONDUCTUALES	2	.5056
FACTOR NORMATIVO	5	.5624
ACTITUDES DE SEGURIDAD	4	.6805
ACTITUDES EMOCIONALES	3	.8599
INTENCIONES CONDUCTUALES	3	.7672

4.9.1.2. Validez y confiabilidad de los factores incluidos en el Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo.

A) Validez del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo

El siguiente paso fue realizar otro análisis factorial de tipo PA2 con rotación varimax a todas las escalas del Modelo de Acción Razonada que median exclusivamente conductas sexuales de riesgo (tener varias parejas sexuales y con parejas ocasionales). El análisis reportó cinco factores con valores eigen superiores a 1 y explican el 56.1% de la varianza total de la prueba. La escala quedó constituida por 11 reactivos y sus pesos factoriales fueron mayores a .40.

(TABLA 4-6)

Los resultados indican que los reactivos pertenecientes a las creencias y actitudes conductuales, tuvieron un peso factorial bajo posiblemente por no presentar congruencia conceptual, por lo que no se pudo construir escalas válidas y confiables referentes a las dimensiones anteriores.

Los cinco factores de la escala ante conductas sexuales de riesgo quedaron definidos de la siguiente manera:

Primer Factor: Creencias normativas amigos (3 reactivos); se refiere a las creencias de los adolescentes, acerca de lo que piensan sus amigos en cuanto a que si tienen varias parejas sexuales o parejas desconocidas pueden adquirir el virus del SIDA.

Segundo Factor: Creencias normativas padres (2 reactivos); se refiere a las creencias de los adolescentes de lo que piensan sus padres acerca de que si tienen varias parejas sexuales o relaciones sexuales con desconocidos pueden adquirir el virus del SIDA.

Tercer Factor: Norma Subjetiva (2 reactivos); se refiere a la percepción de los adolescentes de las presiones sociales (gente importante para ellos) que le indican que debería o no debería tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales ocasionales con parejas desconocidas.

Cuarto Factor: Actitudes emocionales (2 reactivos); hace referencia a las actitudes de tipo hedónico, que indican que el tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con desconocidos es agradable y placentero.

Quinto Factor: Intenciones conductuales (2 reactivos); se refiere al propósito de los adolescentes de tener en un futuro varias parejas sexuales y tener relaciones sexuales con parejas desconocidas.

NOTA: Cabe mencionar que la mayoría de los factores quedaron constituidos por solo dos reactivos, por lo que también pueden ser considerados como dimensiones

TABLA 4-6. Análisis factorial del Modelo de Acción Razonada ante Conductas Sexuales de Riesgo.

REACTIVOS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1.Si tengo varias parejas sex. puedo adquirir el VIH	.7071				
2.Si tengo rel. sex. con desconocidos puedo contagiarme con el virus de SIDA	.6044				
1.Si tengo rel. sex. puedo contagiarme con el VIH		.7762			
2.Si tengo rel. sex. con desconocidos puedo contagiarme con el virus de SIDA		.7378			
3.Si tengo varias parejas sexuales puedo contagiarme con el VIH		.6459			
1.Tener relaciones sex. con desconocidos			.8326		
2.Tener varias parejas sexuales			.8017		
ACTITUDES EMOCIONALES					
1.Tener varias parejas sexuales				.8145	
2.Tener relaciones sex. con desconocidos				.8230	
1.Tengo la intención de tener varias parejas sexuales					.7476
2.Tendré rel. sex. con desconocidos					.7842

FACTOR 1 = Creencias normativas (Padres)
 FACTOR 2 = Creencias Normativas (Amigos)
 FACTOR 3 = Norma Subjetiva
 FACTOR 4 = Actitudes Emocionales
 FACTOR 5 = Intención Conductual

B) Confiabilidad del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo.

Para obtener la consistencia interna de cada uno de los factores pertenecientes al Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo, se realizó un análisis de confiabilidad a través del coeficiente alpha de Cronbach (Ver tabla 4-7).

TABLA 4-7 Análisis de consistencia interna de los factores del modelo de acción razonada ante conductas sexuales de riesgo.

FACTOR	NO. REACTIVOS	ALPHA
CREENCIAS NORMATIVAS (AMIGOS)	3	.6547
CREENCIAS NORMATIVAS (PADRES)	2	.5949
NORMA SUBJETIVA	2	.6165
ACTITUDES EMOCIONALES	2	.7699
INTENCIONES CONDUCTUALES	2	.7920

4.9.1.3. Validez y confiabilidad de la escala de factores psicosociales relacionados con el contagio de VIH.

Se realizó un análisis de discriminación de reactivos, a través de la prueba estadística T-TEST, en la escala que evalúa los factores psicosociales (ANEXO 6). Los resultados indican que todos los reactivos del instrumento discriminaron.

Posteriormente se aplicó a las respuestas de los reactivos de la escala, un análisis factorial de tipo PA2 con rotación varimax, con la finalidad de obtener la validez de constructo de cada una de las dimensiones obtenidas. El análisis reportó siete factores con valores eigen superiores a 1, que explican el 60.4%

de varianza total de la prueba. La escala total quedó constituida por 16 reactivos, cuyo peso factorial fue mayor a .40 (Tabla 4-8)

TABLA 4-8. Análisis factorial de la escala de factores psicosociales

FACTORES							
REACTIVOS	1	2	3	4	5	6	7
Posibilidades de adquirir SIDA en:							
Hombres heterosexuales	.9502						
Mujeres Heterosexuale	.9530						
Hombres homosexuales		.7376					
Bisexuales		.8459					
Tú			.5019				
Estoy en riesgo de adquirir el VIH			.7241				
Me negaría a tener rel. sex. con mi pareja si tiene el VIH				.6399			
Si mi pareja sex. tuviera SIDA tendría miedo de contagiarme				.7300			
Tengo miedo de adquirir el SIDA					.7912		
Disfrutaré de las rel. sex. sin temer al contagio de VIH					.7985		
El uso de condones va en contra de mi religión						.7071	
Los condones son difíciles de obtener						.5553	
Usar condón en las rel. sex. impide el romance						.7362	
Los condones hacen las relaciones sexuales más placenteras							.7434
Los adolescentes debos utilizar condones cada vez que tengamos relaciones sexuales							.7031

FACTOR 1 = Percepción de riesgo en grupos heterosexuales

FACTOR 2 = Percepción de riesgo en grupos homosexuales

FACTOR 3 = Autopercepción de riesgo ante el contagio de VIH

FACTOR 4 = Actitudes ante las relaciones sexuales con seropositivos

FACTOR 5 = Miedo ante el contagio de VIH

FACTOR 6 = Creencias ante el condón

FACTOR 7 = Actitud ante el condón

Los siete factores encontrados, quedaron definidos de la siguiente forma:

Primer Factor: Percepción de Riesgo en grupos heterosexuales (2 reactivos); se refiere a las estimaciones que realizan los adolescentes sobre las posibilidades que tienen los hombres y mujeres heterosexuales de adquirir el virus del SIDA.

Segundo Factor: Percepción de Riesgo en grupos de homosexuales y bisexuales (2 reactivos); se refiere a las estimaciones que realizan los adolescentes sobre las posibilidades que tienen los homosexuales y bisexuales de adquirir el virus del SIDA.

Tercer Factor: Autopercepción de Riesgo (2 reactivos); indica la estimación de las probabilidades de adquirir el virus del SIDA, que los adolescentes hacen de sí mismos.

Cuarto Factor: Actitudes ante las relaciones sexuales con seropositivos (2 reactivos); se refiere al acuerdo o desacuerdo que manifiestan los adolescentes ante la posibilidad de tener relaciones sexuales con parejas que tienen el virus del SIDA.

Quinto Factor: Miedo (3 reactivos); indica la estimación que realizan los adolescentes, de la preocupación que tienen ante la posibilidad de adquirir el virus del SIDA al tener relaciones sexuales.

Sexto Factor: Creencias ante el condón; se refiere a la información que manejan los adolescentes en cuanto a si los condones son difíciles de obtener, impiden el romance o van en contra de su religión.

Séptimo Factor: Actitudes ante el condón; indican los sentimientos positivos o negativos ante el usar condones cada vez que se tienen relaciones sexuales y si éstos hacen las relaciones sexuales más placenteras.

NOTA. Es importante destacar que la mayoría de los factores quedaron constituidos por solo dos reactivos; por lo que también pueden ser considerados como dimensiones.

Finalmente para obtener la confiabilidad de la escala, se aplicó en cada uno de los factores un análisis de consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach (Tabla 4-9).

TABLA 4-9. Análisis de Consistencia Interna de la escala de factores psicosociales asociados con el VIH

FACTOR	NO.REACTIVOS	ALPHA
PERCEPCIÓN DE RIESGO EN HETEROSEXUALES	2	.9697
PERCEPCIÓN DE RIESGO EN HOMO Y BISEXUALES	2	.7103
AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO	2	.6763
ACTITUDES ANTE LAS REL. SEX. CON SEROPOSITIVOS	2	.7213
MIEDO ANTE EL CONTAGIO DEL VIH	3	.5650
CREENCIAS ANTE EL CONDON	3	.5130
ACTITUDES ANTE EL CONDON	2	.4520

4.10. PROCEDIMIENTO

La aplicación del instrumento fue en forma colectiva de aproximadamente 50 adolescentes de ambos sexos. Se tuvo una sesión con cada grupo con control de no intercomunicación, donde el investigador se presentó para establecer el rapport con el grupo diciendo lo siguiente: "Se está realizando un estudio sobre conductas sexuales y su relación con el SIDA". Se les explicó como contestar el cuestionario y se les pidió fueran sinceros con la información, ya que los datos serían manejados en forma confidencial y para fines estadísticos, así mismo se les indicó que si tenían alguna duda la consultarán. Finalmente se les dio las gracias por haber participado en la investigación.

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DEL MODELO DE ACCION RAZONADA

Con el fin analizar y obtener las diferencias existentes en las dimensiones del Modelo de Acción Razonada tanto para el uso del condón como para las conductas sexuales de riesgo, con respecto al género, edad y patrón sexual, se realizaron análisis de clasificación múltiple tanto para la muestra total como para la muestra sexualmente activa. Los resultados se presentan en el ANEXO 7.

5.1.1. Correlaciones entre los factores del Modelo de Acción Razonada ante el uso del condón

Para poder explicar el Modelo de Acción Razonada observar la influencia de las creencias conductuales y normativas, norma subjetiva y actitudes sobre la intención de usar condón (en los diferentes contextos) y la frecuencia de uso del condón al tener relaciones sexuales, se llevaron a cabo una serie de correlaciones (producto-momento de Pearson) entre los factores anteriores.

En relación a la muestra total, se observa que el factor normativo seguido de las actitudes de seguridad y principalmente las emocionales que se refieren al uso del condón como una conducta placentera y agradable se relacionan significativamente con la intención de usar condón en todas las relaciones sexuales (Ver tabla 5-1).

TABLA 5-1 Correlaciones entre los factores del modelo en la muestra total.

	FACTOR NORMATIVO	SEGURIDAD	ACTITUD EMOCION	INTENCION
CREENCIA CONDUCTUAL	1895**	.1964**	.0618	.1241*
FACTOR NORMATIVO		.2404**	.2276**	.4124**
ACTITUD SEGURIDAD			.2525**	.3300**
ACTITUD EMOCIONAL				.3635**

* p = .05

** p = .01

Con respecto a los adolescentes sexualmente activos, se encontró que la intención conductual seguido del factor normativo y de las actitudes emocionales se relacionan significativamente con la frecuencia de uso de condón. En lo que respecta a la intención conductual se observa que se relaciona significativamente con las actitudes emocionales y de seguridad seguido del factor normativo (Ver Tabla 5-2)

TABLA 5-2. Correlaciones entre los factores del modelo en adolescentes sexualmente activos.

	FACTOR NORMATIVO	ACTITUDES EMOCIONALES	ACTITUDES SEGURIDAD	INTENCION CONDUCTUAL	FRECUENCIA USO CONDÓN
CREENCIAS CONDUCTUALES	.09445	.0535	.0707	.0666	-.1329
FACTOR NORMATIVO		.2956**	.2290*	.3591**	-.2294**
ACTITUDES EMOCIONALES			.3301**	.4185**	-.2287**
ACTITUDES SEGURIDAD				.3798**	-.1598
INTENCION CONDUCTUAL					-.3608**

* p = .05

** p = .01

Tomando en cuenta los factores del Modelo de Acción Razonada que presentan correlaciones estadísticamente significativas, se corrieron una serie de análisis de regresión de acuerdo al modelo teórico que presenta Fishbein y Ajzen (1978).

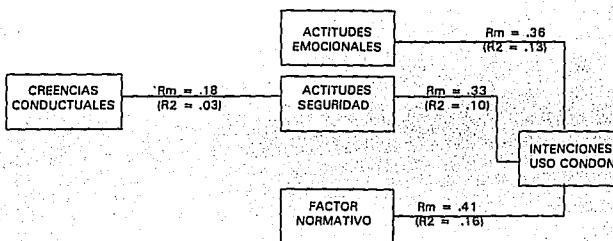
5.1.2. Análisis de Regresión del Modelo de Acción Razonada ante el uso del condón.

Para poder tener un análisis indicativo de la magnitud de la predicción de cada una de las variables implicadas en el Modelo de Acción Razonada (Variables Predictoras), sobre la intención de tener conductas sexuales preventivas ante el contagio del virus del SIDA (Variable Criterio), se corrió un análisis de Regresión Múltiple por pasos.

En referencia a la muestra total se observa que el factor normativo (creencias normativas y norma subjetiva) fue el mejor predictor de la intención de usar

condón ($R_m = .41$), seguido por las actitudes emocionales ($R_m = .36$) y de seguridad ($R_m = .33$) (Ver Figura 5-1).

FIGURA 5-1. Modelo explicativo de la intención de uso del condón en la muestra total.



En la tabla 5-3 se observan con más detalle los resultados, es necesario resaltar que las creencias conductuales sólo actúan significativamente ante las actitudes de seguridad, indicando que los adolescentes que piensan que usar condón en todas sus relaciones sexuales como medida preventiva ante el contagio de VIH, influirá significativamente en las actitudes referidas al uso del condón como una conducta inteligente, segura, buena y beneficiosa.

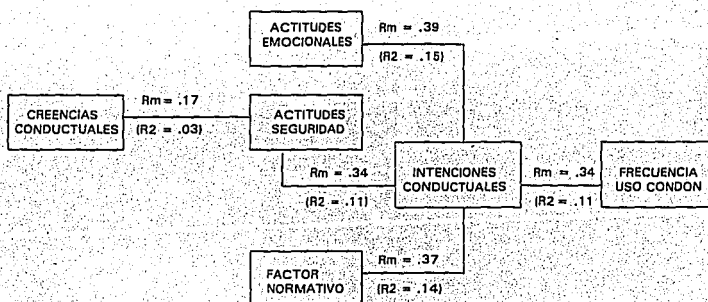
TABLA 5- 3. Análisis de regresión múltiple de la intención de uso de condón en la muestra total

FACTOR	B	BETA	ERROR STANDAR	F
FACTOR NORMATIVO.	.86	.41	.71	120.45
ACTITUDES EMOCIONALES	.29	.36	.73	87.00
ACTITUDES SEGURIDAD	.47	.33	.73	70.13
CREENCIAS CONDUCTUALES	.19	.18	.53	20.78

$p = .000$

Con respecto a los adolescentes sexualmente activos se presenta como predictor de la frecuencia de uso de condón, la intención ($R_m = .34$). A su vez los mejores predictores de la intención de uso del condón son las actitudes emocionales ($R_m = .39$) y el factor normativo ($R_m = .37$), seguido de las actitudes de seguridad ($R_m = .34$) (Ver Figura 5-2).

FIGURA 5-2. Modelo explicativo de la frecuencia de uso de condón en los adolescentes sexualmente activos.



En la tabla 5-4 se observan con más detalle los resultados, es necesario resaltar que las creencias conductuales sólo actúan significativamente sobre las actitudes de seguridad ($R_m = .20$), prediciéndolas en 3.0% ($R^2 = .03$). Así las creencias de usar condón en las relaciones sexuales tanto con parejas regulares como con parejas desconocidas para protegerse de adquirir el VIH, contribuyen positivamente únicamente en las actitudes de seguridad (inteligente, bueno, seguro y beneficioso) sobre la conducta de usar condón.

TABLA 5-4. Análisis de regresión múltiple de la frecuencia de uso del condón en adolescentes sexualmente activos.

	FACTOR	BETA	ERROR STANDAR	F
ACTITUDES EMOCIONALES	30	39	75	35.27
FACTOR NORMATIVO.	90	37	76	33.40
ACTITUDES SEGURIDAD	50	34	77	26.17
INTENCION CONDUCTUAL	32	34	73	24.37
CREENCIAS CONDUCTUALES .	13	17	55	8.49

p = .000

Es importante destacar que en el caso de los adolescentes sexualmente activos las actitudes emocionales son las que mejor predicen la intención de usar condón, lo que significa que si los adolescentes sienten que es placentero y agradable usar el condón al tener relaciones sexuales (tanto con parejas ocasionales como con parejas regulares), mayores serán las intenciones de usarlo.

El segundo factor que mejor predice la intención, es el factor normativo, indicando que los adolescentes que perciban mayor presión social (padres, amigos y gente importante para ellos) sobre el uso del condón al tener relaciones sexuales, tendrán mayores intenciones de usarlo.

El último factor que está significativamente relacionado con la intención, son las actitudes de seguridad, lo cual indica que los adolescentes que consideren que el usar condón al tener relaciones sexuales es inteligente, bueno, seguro y beneficioso, mayor será la probabilidad de que lo usen en un futuro. Finalmente la frecuencia de uso de condón es explicada en un 11% ($R^2 = .11$) por las intenciones conductuales ($R_m = .34$), lo que indica que entre más probabilidades expresen los adolescentes de usar condón al tener relaciones sexuales, mayor será su frecuencia de uso del condón.

5.1.3. Correlaciones entre los factores del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo.

Para obtener la relación entre los factores del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo (tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con desconocidos), se aplicó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

En relación a la muestra total (Ver tabla 5-5) se observa que el factor más importante que se relaciona significativamente con la intención de tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales ocasionales, son las actitudes emocionales referidas a lo agradable y placentero de tener conductas sexuales de riesgo. Así mismo existe una relación significativa entre la percepción de las presiones sociales ante tener conductas sexuales de riesgo y las intenciones de tenerlas. El siguiente factor más importante relacionado con las intenciones son las creencias normativas asociadas con los padres y los amigos, es decir, si los adolescentes creen que sus padres y amigos piensan que el tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con desconocidos los llevará a contagiarse con el VIH, más improbable será que tengan estas conductas sexuales de riesgo.

Las actitudes emocionales se relacionan a su vez con la norma subjetiva y las creencias normativas asociadas con los padres. Así si los adolescentes perciben más presión social de que no deberían tener varias parejas y relaciones sexuales con desconocidos y si creen que sus padres piensan que si tienen estas conductas sexuales de riesgo lo llevará a contagiarse con el virus del SIDA, más negativas serán sus actitudes emocionales ante estas conductas.

Finalmente se observa una relación significativa entre las creencias normativas asociadas a los padres y los amigos y la norma subjetiva, es decir, si los adolescentes creen que sus padres y amigos piensan que si tienen relaciones sexuales con desconocidos y varias parejas sexuales se pueden contagiar con el virus del SIDA, existe una presión social de que no deberían tener estas conductas sexuales.

TABLA 5-5 Correlaciones entre los factores del modelo de acción razonada ante conductas sexuales de riesgo en el total de la muestra.

	CREENCIAS NORMATIVAS (AMIGOS)	NORMA SUBJETIVA	ACTITUDES EMOCIONALES	INTENCION CONDUCTUAL
CREENCIA NORMATIVA (PADRES)	.3769**	.2305**	-.1693**	-.2003
CREENCIA NORMATIVA (AMIGOS)		.2054**	-.0861	-.0978*
NORMA SUBJETIVA			-.2954	-.4135**
ACTITUDES EMOCIONALES				.5441**

* P = .05

** P = .01

Con respecto a los adolescentes sexualmente activos (Ver tabla 5-6), la estructura del modelo es semejante al de la muestra total, siendo la actitudes emocionales (lo agradable y placentero de tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con parejas desconocidas) las que mejor se relacionan con la intención de los adolescentes de tener conductas sexuales de riesgo.

TABLA 5-6. Correlaciones entre los factores del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales en adolescentes sexualmente activos

	CREENCIAS NORMATIVAS (AMIGOS)	NORMA SUBJETIVA	ACTITUDES EMOCIONALES	INTENCION CONDUCTUAL
CREENCIA NORMATIVA (PADRES)	.2642**	.2237**	-.2151	-.2125*
CREENCIA NORMATIVA (AMIGOS)		.1917*	.1199	.0853
NORMA SUBJETIVA			-.2943**	-.3612**
ACTITUDES EMOCIONALES				.5191**

* p = .05

** p = .01

5.2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS CON EL CONTAGIO DE VIH

Con el fin analizar y obtener las diferencias y relaciones existentes en los factores psicosociales asociados al contagio del virus del SIDA con respecto al género, edad y patrón sexual, se realizaron análisis de clasificación múltiple y correlaciones tanto para la muestra general como para la muestra sexualmente activa.

5.2.1. Análisis de Clasificación Múltiple

Se encontraron diferencias significativas para la muestra total en los siguientes factores (Ver tabla 5-7):

1. Autopercepción de riesgo.

a) Diferencias por género ($F=4.30$; $p=.03$). Los hombres ($x=2.90$) a diferencia de las mujeres ($x=2.69$) presentan mayor autopercepción de riesgo.

2. Miedo.

a) Diferencias por género ($F=3.73$; $p=.05$). Las mujeres ($x=2.95$) a diferencia de los hombres ($x=2.75$), reportan más temor ante el contagio del VIH.

b) Diferencias por edad ($F=4.42$; $p=.01$). Los adolescentes de 15 a 16 años ($x=3.04$), manifiestan más temor ante el contagio del VIH, que los adolescentes de 16 años ($x=2.83$) y de 18 a 25 años ($x=2.66$).

3. Creencias ante el condón.

a) Diferencias por género ($F=4.82$; $p=.02$). Las mujeres ($x=4.39$) presentan creencias más favorables ante el condón ya que consideran que son fáciles de obtener, no van en contra de su religión y no impiden el romance, a diferencia de los hombres ($x=4.26$), los cuales presentan creencias más negativas.

b) Interacción entre género y debut sexual ($F=3.72$; $p=.05$). Los grupos que presentan creencias más favorables ante el condón son las mujeres ($x=4.61$) y los hombres ($x=4.31$) que ya han tenido su debut sexual, a diferencia de las mujeres ($x=4.26$) y los hombres ($x=4.26$) que no han tenido relaciones sexuales.

4. Actitud ante el condón.

a) Diferencias por género ($F=6.70$; $p=.01$). Las mujeres ($x=3.69$) presentan actitudes más favorables ya que consideran que el condón siempre se debe usar al tener relaciones sexuales y hace las relaciones sexuales más placenteras, a diferencia de los hombres ($x=3.46$), los cuales presentan actitudes más desfavorables.

b) Diferencias por debut sexual ($F=6.33$; $p=.01$). Los adolescentes que ya han tenido debut sexual ($x=3.64$) a diferencia de lo que no lo han tenido ($x=3.45$), presentan actitudes más favorables ante el condón.

TABLA 5-7. Análisis de Clasificación Múltiple para la muestra total en los Factores Psicosociales

FACTOR	VARIABLE	F	P
AUTOPERCEPCION DE RIESGO	GENERO	4.309	.038
MIEDO ANTE EL CONTAGIO DE VIH	GENERO	3.734	.054
	EDAD	4.426	.012
CREENCIAS ANTE EL CONDON	GENERO	4.820	.029
	GENERO X DEBUT SEXUAL	3.728	.054
ACTITUD ANTE EL CONDON	GENERO	6.709	.010
	DEBUT SEXUAL	6.333	.012

Con respecto a la muestra sexualmente activa se encontraron diferencias significativas en los siguientes factores (Ver tabla 5-8):

1. Percepción de riesgo en homosexuales

a) Diferencias por edad ($F=4.23$; $p=.01$). Los grupos de edad que perciben a los homosexuales como un grupo con altas probabilidades de adquirir el VIH son los adolescentes de 15 a 16 años ($x=4.61$) y de 18 a 25 años ($x=4.53$), a diferencia de los adolescentes de 17 años ($x=4.29$), que los perciben con menos probabilidades de adquirir el virus del SIDA.

b) Interacción entre edad al debut sexual y número de parejas sexuales ($F=4.06$; $p=.04$). El grupo de adolescentes sexualmente activos, que percibe a los homosexuales con mayor riesgo ante el contagio de VIH son aquellos que han tenido más de una pareja sexual y que se iniciaron sexualmente después de los 15 años de edad ($x=4.61$). En seguida los adolescentes que perciben a los homosexuales con mayores probabilidades de adquirir el VIH son los que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años y solo han tenido una pareja sexual ($x=4.54$), así como los adolescentes que se iniciaron a la misma edad pero han tenido más de una pareja sexual ($x=4.49$). Finalmente los adolescentes que se iniciaron sexualmente después de los 15 años y solo han tenido una pareja sexual ($x=4.28$) son los que perciben a los homosexuales con menos probabilidades de adquirir el VIH, a diferencia de los grupos anteriores.

2. Autopercepción de riesgo:

a) Diferencias por edad al debut sexual ($F=7.41$; $p=.00$). Los adolescentes que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años ($x=3.11$) se perciben con mayor riesgo ante el contagio del VIH, a diferencia de los adolescentes que se iniciaron sexualmente después de los 15 años ($x=2.69$).

b) Interacción entre género y edad ($F=4.85$; $p=.00$). Los grupos de hombres sexualmente activos que se perciben con mayor riesgo ante el contagio del VIH, son los que tienen entre 15 y 16 años ($x=3.29$) y de 18 a 25 años ($x=2.96$) a diferencia de los que tienen 17 años de edad ($x=2.70$). En los grupos de mujeres sexualmente activas; las mujeres de 18 a 25 años ($x=3.09$) y las de 17 años ($x=2.86$), se perciben con mayor riesgo ante el contagio del VIH, a diferencia de las mujeres de 15 a 16 años ($x=2.06$).

3. Creencias ante el condón.

a) Diferencias por género ($F=6.76$; $p=.01$). Las mujeres ($x=4.61$) a diferencia de los hombres ($x=4.27$), presentan creencias más favorables ante el condón, ya que lo consideran que es fácil de obtener, no impide el romance y no va en contra de su religión.

b) Diferencias por uso del condón ($F=2.92$; $p=.05$). Los adolescentes que algunas veces (4.58) y siempre ($x=4.33$) han usado condón al tener relaciones sexuales a diferencia de los que nunca ($x=4.22$) lo han usado, presentan creencias más favorables ante el condón.

c) Diferencias por edad al debut sexual ($F=4.07$; $p=.04$). Los adolescentes que se iniciaron sexualmente después de los 15 años ($x=4.49$), presentan

creencias más favorables ante el condón, a diferencia de los adolescentes que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años (4.27).

d) Interacción entre género y uso del condón ($F=3.95$; $p=.02$). Los grupos de hombres sexualmente activos que muestran creencias más favorables ante el condón son aquellos que siempre ($x=4.39$) o algunas veces ($x=4.42$) han usado el condón al tener relaciones sexuales, a diferencia de los que nunca lo han usado ($x=4.01$). En el grupo de mujeres sexualmente activas se presenta el mismo patrón de resultados. Las mujeres que siempre (4.63) o que algunas veces han usado el condón ($x=4.80$), tienen creencias más favorables ante el condón a diferencia de las mujeres que nunca lo han usado ($x=4.21$).

4. Actitud ante el condón.

a) Diferencias por género ($F=3.82$; $p=.05$). Las mujeres ($x=3.64$) a diferencia de los hombres ($x=3.38$) presentan actitudes más favorables ante el condón ya que lo consideran placentero y que siempre debe ser usado al tener relaciones sexuales.

b) Diferencias por uso del condón ($F=11.83$; $p=.00$). Los adolescentes que siempre han usado el condón ($x=3.88$) al tener relaciones sexuales presentan actitudes más favorables ante el condón a diferencia de los adolescentes que solo en ocasiones han usado el condón ($x=3.28$) o que nunca lo han usado (3.25).

TABLA 5-8. Análisis de Clasificación Múltiple para la muestra sexualmente activa en los factores psicosociales

FACTOR	VARIABLES.	F	P
PERCEPCION DE RIESGO EN HOMOSEXUALES	EDAD	4.23	.016
	EDAD DEBUT SEXUAL X NO. PAREJAS SEXUALES	4.06	.048
AUTOPERCEPCION DE RIESGO	EDAD DEBUT SEXUAL	7.41	.007
	GENERO X EDAD	4.85	.009
CREENCIAS ANTE EL CONDON	GENERO	6.78	.010
	USO CONDON	2.92	.056
	EDAD DEBUT SEXUAL	4.07	.045
	GENERO X USO CONDON	3.95	.021
ACTITUDES ANTE EL CONDON	GENERO	3.82	.052
	USO CONDON	11.83	.000

5.2.2. Correlaciones entre los factores psicosociales asociados con el contagio de VIH.

Para obtener la relación entre los factores psicosociales asociados al contagio del virus del SIDA, se aplicó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

En relación al total de la muestra (Ver tabla 5-9) se observa que la percepción de riesgo en heterosexuales se relaciona significativamente con la percepción de riesgo en homosexuales y autopercepción de riesgo. La percepción de riesgo en homosexuales se relaciona significativamente con las actitudes ante el tener relaciones sexuales con seropositivos. Es decir los adolescentes que perciben a los homosexuales como un grupo de alto riesgo ante el contagio del VIH tienen actitudes más desfavorables ante las relaciones sexuales con seropositivos. La autopercepción de riesgo se relaciona significativamente con las creencias y actitudes ante el condón, lo que significa que los adolescentes que se perciben con mayor autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH tienen creencias y actitudes más favorables.

Finalmente el miedo ante el contagio se relaciona significativamente con las actitudes ante las relaciones sexuales con seropositivos, lo que indica que los adolescentes que tienen más miedo ante el contagio del VIH, más desfavorables son las actitudes ante el supuesto de tener relaciones sexuales con parejas seropositivas.

TABLA 5-9. Correlaciones entre los factores psicosociales en la muestra total

	PERCEPCION HOMOSEXUALES	AUTOPERCEPCION RIESGO	ACTITUD O +	MIEDO	CREENCIA CONDON	ACTITUD CONDON
PERCEPCION HETEROSEX.	.2991**	.1476**	-.0070	.0502	-.0472	.0889
PERCEPCION HOMOSEX.		.0887	-.1128*	.0570	.0462	.0469
AUTOPERCEP. RIESGO			-.0515	.0407	-.1664*	.1123*
ACTITUD O +				-.1093*	-.0961	-.0373
MIEDO					.0925	.0777
CREENCIAS CONDON						.0827

* P = .05

** P = .01

Con respecto a los adolescentes sexualmente activos, se encontró que la percepción de riesgo en heterosexuales, se relaciona significativamente con la percepción de riesgo en homosexuales, autopercepción de riesgo y actitudes ante el condón. La percepción de riesgo en homosexuales se relaciona significativamente con la autopercepción de riesgo. A su vez la autopercepción de riesgo se relaciona significativamente con las creencias ante el condón lo que significa que entre más se considere al adolescente en riesgo de adquirir el VIH, más favorables serán sus creencias ante el condón. Y finalmente el miedo ante el contagio se relaciona significativamente con las creencias ante el condón, esto indica que entre más miedo exista ante el contagio del VIH, las creencias ante el condón serán más favorables (Ver tabla 5-10)

TABLA 5-10. Correlaciones entre los Factores Psicosociales en la muestra sexualmente activa.

	PERCEPCION HOMOSEX.	AUTOOPER. RIESGO	ACTITUD O+	MIEDO	CREENCIAS CONDON	ACTITUD CONDON	FRECUENCIA. USO CONDON
PERCEPCION HETEROSEX.	.3823**	.3348**	.0387	.0567	-.0045	.1918*	-.0741
PERCEPCION HOMOSEX.		.1448	-.1452	.1121	.1647	-.0096	-.0202
AUTOOPER. RIESGO			.0097	.1642	.2240*	.1036	.0713
ACTITUD O+				-.1297*	-.1450	-.0810	.1029
MIEDO					.1789*	-.0686	-.0987
CREENCIAS CONDON						.0119	.0717
ACTITUD CONDON							-.2670

* p = .05

** p = .01

6. DISCUSION

A lo largo del estudio se ha mencionado que el SIDA constituye un problema mundial de salud pública, por su rápida expansión y por el hecho de que es a la fecha una enfermedad incurable y mortal, por lo tanto mientras que los avances médicos no dispongan de una terapéutica eficaz para eliminar el VIH del organismo de las personas infectadas, la única opción para detener la propagación de esta enfermedad es la prevención, donde la psicología juega un papel relevante debido a que el SIDA se difunde a través de comportamientos concretos y definidos (como tener relaciones sexuales con penetración sin usar condón), por lo tanto su expansión podría detenerse si se consigue cambiar estos comportamientos de riesgo; en este sentido los esfuerzos de prevención del SIDA han avanzado considerablemente a tal grado que cada uno de ellos está basado en teorías válidas sobre los determinantes de las conductas preventivas (Coates, 1992).

Una teoría que se ha usado para predecir conductas preventivas ante el SIDA, es la Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1973), la cual considera factores que son determinantes de conductas saludables; por lo cual el propósito principal de este estudio fue evaluar el Modelo de Acción Razonada, como predictor de uso de condón en un grupo de adolescentes mexicanos.

Finalmente, el siguiente propósito del estudio fue evaluar algunos factores psicosociales (percepción y autopercepción de riesgo, miedo, creencias y actitudes ante el contagio de VIH), que están involucrados con la emisión de conductas preventivas ante el contagio de VIH.

De esta manera, se discutieron los resultados obtenidos en el patrón sexual de los adolescentes (por constituir un indicador de riesgo ante el contagio del VIH), el Modelo de Acción Razonada como predictor de las intenciones y frecuencia de uso del condón así como las diferencias y relaciones entre los factores psicosociales asociados al contagio de VIH.

6.1. DESCRIPCION DEL PATRON SEXUAL

En México la principal causa de contagio del virus del SIDA es por contacto sexual, por lo tanto la población sexualmente activa es un foco de interés, si se toma en cuenta que es en la adolescencia cuando se inician las relaciones sexuales, se hace necesario describir su patrón sexual (CONASIDA, 1994).

Los estudios realizados sobre patrones de conducta sexual, en adolescentes y jóvenes universitarios reportan un alto porcentaje de hombres y mujeres que ya se han iniciado sexualmente; comparando a las mujeres con los hombres, estas las reportan con menor frecuencia. En el mismo sentido mencionan que el hombre se inicia sexualmente a edad más temprana que la mujer (IMSS, 1981; Villagrán Vázquez y Díaz-Loving, 1992; Villagrán, 1993; Andrade Palos y Díaz-Loving, 1994; Rivera, Díaz y Cubas; 1994); resultados similares se encuentran en el presente estudio, donde se muestra que cerca del 35% del total de la población ya ha tenido su debut sexual, encontrando diferencias por género puesto que es mayor la proporción de hombres que se ha iniciado sexualmente y tienen más parejas sexuales, así mismo se encontró que los hombres se inician sexualmente a los 16 años y las mujeres a los 17 años.

Estos patrones sexuales se corroboran con los datos obtenidos al analizar las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes (Anexo 7), donde se muestra que los hombres a diferencia de las mujeres perciben más presión social de tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales ocasionales; mostrando así mismo actitudes emocionales más favorables, en el sentido de que es agradable y placentero tener varias parejas sexuales; por lo que sus intenciones conductuales de tener varias parejas sexuales son mayores que en las mujeres. Tales conductas y actitudes sexuales son típicas de la cultura mexicana, donde es importante que el hombre tenga experiencia sexual, a diferencia de las mujeres, para las cuales existe la premisa sociocultural que indica que deben llegar vírgenes al matrimonio (Díaz-Guerrero, 1982).

En referencia al uso del condón se encontró que el 32.4% de los adolescentes sexualmente activos siempre usan el condón en sus relaciones sexuales, desafortunadamente todavía existe un alto porcentaje que solo lo usa ocasionalmente o que nunca lo ha usado, si ha esto aunamos que las relaciones sexuales que tienen los adolescentes son generalmente ocasionales (Rivera, Díaz y Cubas, 1994); dichas conductas los pone en un riesgo potencial ante el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

Lo anterior muestra la importancia de hacer programas de educación sexual enfocados a la salud, e iniciarlos desde la educación media o antes, puesto que una vez que los adolescentes se han iniciado sexualmente, resulta difícil cambiar los patrones de conducta (Pick de Weiss, Díaz Loving y Andrade Palos; 1988).

6.2. ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL MODELO DE ACCION RAZONADA ANTE EL USO DEL CONDON.

En el presente estudio se encuentra una serie de hallazgos importantes para el entendimiento de la predicción del uso del condón como medida preventiva ante el contagio de VIH; es importante resaltar que tanto en el total de la población como en la población sexualmente activa el factor normativo, las actitudes emocionales y de seguridad tiene una correlación significativa con la intención de usar condón, resultados similares presentan Díaz Loving y Rivera Aragón (1994), en donde encuentran correlaciones similares entre las actitudes, la norma subjetiva y la intención de usar condón, en una población de trabajadores del estado.

Resultados como los anteriores nos lleva a evaluar la estructura del Modelo de Acción Razonada; en este sentido, en el presente estudio se encuentra claramente que al predecir la intención de usar condón el factor normativo, junto con las actitudes de tipo emocional y de seguridad influyen significativamente, así contrariamente a lo encontrado por Fishbein, (1990) y Conner y Graham (1992); no son las actitudes sino el factor normativo el mejor predictor de las intenciones de los adolescentes de usar condón al tener relaciones sexuales.

Es importante señalar que la contradicción existente probablemente se debe a que ambos estudios fueron realizados en culturas diferentes; los sujetos de Fishbein, Conner y Graham provienen de culturas donde existe mayor locus de control interno y por tanto actitudes más personales; sin embargo en la cultura mexicana, existe una tendencia al locus de control externo (Díaz-Guerrero, 1982) y posiblemente debido a ello el factor normativo tiene mayor importancia que las actitudes; aún en los adolescentes sexualmente activos, el factor normativo adquiere gran importancia, sobre las intenciones de usar condón; sin embargo en esta población las actitudes de tipo emocional son las que mejor predicen la intención de usar condón; es decir para los adolescentes que han tenido relaciones sexuales toma mayor importancia que el condón sea agradable y placentero, para usarlo en todas sus relaciones sexuales.

Al predecir las actitudes tanto de seguridad como emocionales ante el uso de condón, se observa que la creencia conductual únicamente se relaciona con las actitudes de seguridad. Esto indica que la creencia de usar condón para protegerse del contagio del VIH, únicamente se relaciona con las actitudes que hacen referencia al uso del condón como algo bueno, seguro, inteligente y beneficioso; esto no es sorprendente ya que si los adolescentes consideran al condón como un medio preventivo ante el contagio del VIH, piensan en los beneficios y seguridad que les da usar condón en todas sus relaciones sexuales; sin embargo su poder de predicción es muy bajo, quizá por que las

actitudes no están determinadas por una sola creencia conductual, sino por una gran variedad de factores, como señala Helweg-larsen y Collins (1994), las actitudes hacia el uso del condón representan un constructo multidimensional.

De acuerdo al Modelo de Acción Razonada, la intención sería el mejor predictor de la conducta, de acuerdo a esto los resultados de las correlaciones entre los factores del modelo respaldan la afirmación, puesto que en la población sexualmente activa el factor que más se relaciona con la frecuencia de usarlo es la intención.

Al analizar el modelo a través de la regresión se observa que, la intención predice el 11% de la varianza total en la frecuencia de usar condón. La cantidad de varianza no explicada probablemente se debe a que la conducta de usar condón en las relaciones sexuales está a su vez determinada por otros factores, como rasgos de personalidad entre los que se encuentra el locus de control, asertividad, autoeficacia, factores emocionales y motivacionales.

A través de los datos obtenidos en el estudio podemos concluir que: los adolescentes que en un futuro tendrán más probabilidad de usar condón en todas sus relaciones sexuales, serán aquellos en los que existe más presión social (factor normativo) para que lleven a cabo esta conducta y los que evalúan positivamente (factor actitudinal) el usar condón con la pareja sexual regular y con parejas sexuales ocasionales. Estos resultados permiten inferir que para realizar campañas de salud, que vayan dirigidas al cambio conductual en lo que se refiere principalmente al aumento en la frecuencia de uso de condón en adolescentes, es necesario enfocarse al factor normativo, es decir promover un cambio positivo en las creencias normativas y normas subjetivas ante el uso del condón, así como enfatizar las características de seguridad y hedónicas de usar condón sobre todo en los adolescentes sexualmente activos, ya que determinará en gran medida que los adolescentes tenga la intención de usar condón.

Finalmente, los hallazgos del estudio permiten reflexionar sobre la importancia del Modelo de Acción Razonada, para promover cambios en la conducta sexual, sobre todo en lo referente al uso frecuente del condón en diferentes grupos de personas (por género, edad, situación social, preferencia sexual como homosexuales o personas con múltiples parejas sexuales, entre otros) como lo demuestra el estudio realizado por Díaz, Rivera y Andrade (1994), en donde determinan que las intenciones conductuales son los mejores predictores de la conducta de usar condón, seguidos de las actitudes y la norma subjetiva, sin embargo la influencia de estos factores variará dependiendo si se trata de hombre o mujer y de las relaciones con parejas regulares u ocasionales, lo que permite reiterar que el uso frecuente del condón como una conducta preventiva ante el SIDA, está determinada por una gran cantidad de factores psicológicos y sociales.

De esta manera, para poder crear políticas de salud efectivas ante el contagio del VIH, es necesario el estudio de esta enfermedad desde un enfoque multidisciplinario, puesto que es un fenómeno muy complejo que tiene repercusiones en diferentes niveles, sobre todo por las diferencias individuales existentes en los diferentes grupos de personas; debido a lo anterior se decidió evaluar algunos factores psicosociales relacionados con el contagio de VIH. En la siguiente sección se presenta la discusión de los resultados obtenidos.

6.3. ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONTAGIO DE VIH.

Para poder establecer cambios en las conductas sexuales de riesgo y establecer conductas sexuales preventivas ante el contagio de VIH (uso de condón), se hace necesario el estudio de los factores psicosociales que se han asociado a esta enfermedad; ya que en ellos se encuentran elementos que subyacen a las conductas sexuales preventivas y así propiciar un cambio conductual dirigido a la prevención (Bayés, 1992).

Uno de los principales factores, que se ha estudiado en relación al contagio de VIH es la autopercepción de riesgo, es decir: "qué tantas posibilidades tengo YO de adquirir el virus del SIDA". Evaluar este factor, da información del grado en que los individuos perciben (con base en su experiencia propia) sus posibilidades de contagiarse con el VIH; por lo tanto si tienen una alta percepción de riesgo los individuos tomarían las medidas necesarias para evitar el contagio (CONASIDA, 1989).

En este contexto, los resultados del estudio indican que a pesar de que se presentan diferencias por género, en general la estimación de riesgo personal es baja, lo cual concuerda con los datos Díaz Loving y Aragón (1992) y Villagrán (1993) en estudiantes universitarios, quienes también presentan una baja autopercepción de riesgo ante el contagio de VIH, lo cual podría poner a los individuos en riesgo potencial de adquirir el VIH. De acuerdo a Johnson (1991), para que existan estrategias de control sobre el riesgo, es necesario que ese riesgo sea realmente significativo; de esta manera, si el individuo no se siente en riesgo de contagiarse con el VIH, entonces no pondrá en marcha estrategias (conductas específicas, como usar condón al tener relaciones sexuales) para tener el control sobre la enfermedad, puesto que el riesgo no resulta significativo.

Las diferencias encontradas en la autopercepción de riesgo, refieren que en el total de la población y en la población sexualmente activa, los hombres se

perciben con más riesgo de contagio que las mujeres; posiblemente ésta es una área donde las campañas informativas sobre datos epidemiológicos han tenido algún impacto ya que efectivamente son el género más afectado en casos de SIDA (CONASIDA, 1994).

Los resultados anteriores implican que no se está dando suficiente información o que no se está haciendo un uso adecuado de ésta o bien que la información no es suficiente para estimar el riesgo en forma correcta. Al respecto Tversky, Khaneman y Slovic (1982) indican que las personas al estimar los riesgos tienen sesgos cognoscitivos, puesto que muchas de las estimaciones que realizan se basan en estereotipos, lo que permite a las personas incurrir en una atribución causa-efecto a gente fuera de su propio grupo. Es decir que los adolescentes pueden percibir poco riesgo por considerar que no pertenecen a uno de los grupos que típicamente (y muchas veces en forma errónea) han sido considerados como de alto riesgo.

Lo anterior se confirma con los datos obtenidos en la percepción de riesgo de contagio que manifiestan de otros grupos; en general los adolescentes consideran que los heterosexuales tienen riesgo ($x=3.67$), pero consideran que es mucho mayor el riesgo en homosexuales y bisexuales ($x=4.47$), patrón que se ve más marcado en los adolescentes de menor edad (15 a 16 años) que ya han tenido su debut sexual y en los adolescentes que solo han tenido una pareja sexual. Al respecto Temeshok, Sweet y Zich (en Villagrán, 1993), mencionan que la enfermedad está asociada a una imagen "gay" o al uso de drogas, además que creencias como las anteriores proporcionan mecanismos de defensa que permiten cierto control ante la enfermedad (Ramos, Díaz Martínez y Saldivar, 1989).

Es interesante mencionar que se presentaron diferencias en el factor de miedo ante el contagio de VIH, las mujeres y los adolescentes de menor edad manifiestan más temor, además de que no se relaciona significativamente sobre la autopercepción de riesgo. En diversos estudios se ha demostrado que el miedo no está relacionado con la estimación que hacen los individuos sobre su propio riesgo de contagio (Sepúlveda, 1989; Villagrán, 1993), además se ha encontrado que a pesar de que se tiene un alto grado de temor de adquirir VIH, las personas siguen incurriendo en prácticas sexuales de alto riesgo de transmisión; nuevamente el patrón de resultados apuntan hacia una necesidad de mecanismos de defensa del yo, como los mencionados por Tedeshi (en Villagrán, 1993) quien indica que cuando la información que se proporciona a las personas produce un miedo muy alto, la gente reacciona negando la existencia del riesgo y por lo tanto no realizan conductas preventivas.

Por lo general los adolescentes que tienen alto miedo ante el contagio de VIH, presentan actitudes negativas ante las relaciones sexuales con seropositivos, a su vez los adolescentes que manifiestan menos temor tienen actitudes más

positivas, ya que existe una relación significativa entre ambos factores. Es probable que detrás de estas actitudes se encuentren presentes rasgos de personalidad como la búsqueda de la aventura, toma de riesgos, entre otros; encontrados en estudiantes universitarios inclinados a mezclar actividades de aventura y riesgo con actividades sexuales (Díaz Loving, 1994).

En cuanto a las creencias y actitudes hacia el condón se encontró que la mayoría de los estudiantes tienen creencias y actitudes favorables, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Villagrán (1993), en su estudio con jóvenes universitarios. Es importante mencionar que se presentan diferencias, que indican que las mujeres y los adolescentes que han tenido relaciones, así como los que siempre o en ocasiones usan el condón en sus relaciones sexuales, presentan actitudes favorables hacia el condón ya que consideran que los condones son fáciles de obtener, no impiden el romance, no van en contra de su religión y que siempre se deben de usar al tener relaciones sexuales. Este patrón de resultados es encontrado por Villagrán y Díaz (1992), quienes indican que en los estudiantes que han tenido relaciones sexuales presentan actitudes favorables, en su contraparte los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales presentan actitudes más desfavorables, que podrían considerarse como futuras barreras para usar el condón, cuando se inicien en su vida sexual.

Aunque las actitudes generales hacia el concepto de condón son positivas, cabe señalar que la mejor predicción de patrones conductuales se obtiene de analizar actitudes hacia las conductas, más que hacia los conceptos, como se demuestra al aplicar el Modelo de Acción Razonada ante las intenciones y la frecuencia de usar condón.

Los resultados indican que factores como la autopercepción de riesgo, creencias hacia los grupos de riesgo y su probabilidad de contagio de VIH, así como factores de creencias y actitudes hacia el condón y su uso en las relaciones sexuales, deben de ser incluidas en campañas de salud dentro de las políticas educativas dirigidas a estudiantes. Así mismo es importante que en otros estudios se tomen en cuenta variables motivacionales, emocionales, atribucionales, así como de personalidad, para poder desarrollar programas educativos más efectivos e integrales que tengan como base factores psicosociales que sean predictores de conductas preventivas ante el SIDA.

6.4. EXTENCIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Los hallazgos del estudio permiten reflexionar sobre la importancia de los patrones sexuales de los adolescentes, así como de los factores psicosociales relacionados con el contagio del VIH, para llevar a cabo conductas preventivas ante el SIDA, además permitió comprobar que el Modelo de Acción Razonada es válido y confiable en adolescentes mexicanos cuando es aplicado a conductas específicas y permite identificar factores que determinan de manera significativa la predicción de la conducta estudiada, en este caso la intención y frecuencia de uso de condón; además de que provee de indicadores que permiten la comparación con otras poblaciones, así como detectar cambios en una misma población.

Es necesario que esta línea de investigación continúe en diferentes poblaciones, ya que los datos encontrados en el estudio pueden cambiar dependiendo de la población con la que se trabaje; de esta manera al detectar estos cambios, se pueden modificar las campañas de prevención, para dirigir las y orientarlas a grupos específicos y de esta manera tener mejores resultados en el aspecto preventivo.

Finalmente, es importante señalar la importancia de la investigación científica de los factores y procesos que influyen en los comportamientos de riesgo y prevención ante el SIDA, siempre con una evaluación estricta y controlada de los resultados; puesto que esto constituye una opción sumamente rentable a mediano y largo plazo, tanto desde el punto de vista humano como económico y social.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury (1978), *La Adolescencia normal*; Buenos Aires, Paidós.
- Alfaro Martínez, L., Rivera Aragón, S., y Díaz Loving, R (1992), "Actitudes y Conocimientos hacia la Sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria" *La Psicología Social en México*, (4) 95-100.
- Andrade Palos, P., y Díaz Loving, R. (1994), "Patrones de conducta sexual en adolescentes, como predictores de conductas preventivas de contagio de VIH", *Memoria del XII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta*, México.
- Aral, S., y Holmes, S. (1990), "Sexually transmitted diseases in the AIDS ERA". *Scientific American* (2) 264, 62-69.
- Avila, C., Sepúlveda, J., Hernández, M., y Nazar, E. (1989), "Transmisión de VIH en parejas heterosexuales en México" en *CONASIDA, Boletín Mensual*, (3)2, 690.
- Bayés, R. (1989), "La prevención del SIDA". *Cuadernos de Salud*, (2), 45-55.
- Bayés, R. (1992), "Aportaciones del Análisis funcional de la conducta al problema del SIDA" *Revista Latinoamericana de Psicología*, (24)1-2,35-56.
- Castro Pérez (1988); "Aspectos Psicosociales del SIDA", *Salud Pública de México* (30) 4, 629-634.
- Coates, T. (1992), "Prevención del SIDA, logros y prioridades" *Revista Latinoamericana de Psicología*,(24)1-2 17-33.
- Conner, M., y Graham, S. (1992), "Situational and attitudinal influences upon student's intention to use condoms" *Poster presentado en el European Health Psychology Society Annual Conference*, Leipsing.
- CONASIDA (1988), *Gaceta*, Nov/Dic (1)3.
- CONASIDA (1989), *Boletín Mensual* (3)6.
- CONASIDA (1991), *Gaceta* Nov/Dic (1)4.
- CONASIDA (1993), *Boletín Mensual* (7)9.
- CONASIDA (1994), *Gaceta* Nov/Dic (8)8.
- David, P., (1988), "Conducta Sexual y Anticonceptiva en adolescentes; aspectos psicosociales y servicios de orientación" *Revista e Psicología Social*, (4)1, pp 1-11.
- Deutsch y Krauss (1990), *Teorías en Psicología Social*; Buenos Aires, Paidós.
- Díaz Guerrero (1982), *Psicología del Mexicano*. México, Trillas.

- Díaz Loving, R. (1994), "Personalidad, Valores y Patrones Sexuales relacionados con el SIDA" en Julio Piña De. *SIDA y Salud en México, Universidad de Sonora*.
- Díaz Loving, R., y Rivera Aragón, S. (1992), "Percepción y Auto percepción de Riesgo ante el contagio del VIH, en estudiantes universitarios" *Investigación Psicológica*, 27-38.
- Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S., y Andrade Palos, P. (1994), "La Teoría de Acción Razonada en la predicción de uso de condón" *La Psicología Social en México*, (5), 608-615.
- Diccionario de las Ciencias de la Educación (1983), México.
- Fishbein, M., y Ajzen (1973), "The prediction of behavior from attitudinal and normative variables" *Eds. Advances in communication Research Harpes and Row Publishers*. Cap. 4, 71-87,
- Fishbein, M., y Ajzen (1980), "A theory of reasoned action: Some applications and implications" *Symposium on Motivation* realizado en Nebraska, Lincon: University of Nebraska Press, 65-116.
- Fishbein M., Salazar M., Rodríguez C., Middlestadt y Himmelfarb (1988), "Predicción del uso de cinturones de seguridad en estudiantes venezolanos; una aplicación de la teoría de la acción razonada en latinoamérica" *Revista Mexicana de Psicología Social y Personalidad*, (4)2, 19-41.
- Fishbein M. (1990), "Factores que influyen en la intención de los estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón" *Revista de Psicología Social y Personalidad*" (6)1, 1-16.
- Flores Galaz, M., y Díaz Loving, R., (1992), "Actitudes hacia la salud, enfermedad y SIDA" *La Psicología Social en México*, (4), pp 83-88.
- Forgus (1975), *Percepción; México*, Trillas.
- Gagnon (1980), *Sexualidad y Cultura*; México, Pax.
- García, Ma. L., Sepúlveda, J., Izazola, J., y Valdespino, J. (1989), "Distribución de la epidemia del SIDA" en *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, Fondo de Cultura Económica.
- González, J. (1990), "Coping with AIDS in the military: Computer based education models to help prevent the spread of AIDS" *Medical Corps International* (1), 1-6.
- Gotwald (1983), *Sexualidad*; México, Manual Moderno.
- Helvey - Larsen, M, y Collins, B. (1994), The UCLA "Multidimensional Condom Attitudes Scale" *health Psychology*, (13)3, 224-237.
- Horrocks (1974), *Problemas de la juventud*; México Trillas.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- Hingson, R., Strunin, L., Berlin, B., y Heeren, T. (1990), Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents" *American Journal of Public Health*, (80), 295-299.
- Irving, Janis, Semour y Feshbac (1993); "Effects of Fear-Arousing Communication"
- Izazola, Valdespino, Juárez y Mondragón (1989), "Conocimientos, Prácticas y actitudes relacionados con el SIDA" En Sepúlveda Amor, *SIDA; Ciencia y Sociedad en México*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Jodelet (1991), "La representación Social: fenómenos, concepto y teoría" En Moscovici (de). *Psicología Social, II, Pensamiento y vida Social. Psicología Social y problemas Sociales*. Paidós, Barcelona.
- Jonhson B. (1991); "Risk and culture research" *Journal of cross-cultural psychology*, (2) ed. Berkowitz, Academic Press.
- Kahneman, Slovic, y Tversky (1982), *Judgment under uncertainty Heuristics and biases*; New York, Cambridge University Press.
- Kerlinger (1987); *Enfoque conceptual de la Investigación del Comportamiento*. México, Nueva Editorial Interamericana.
- Kleinhesselink R., Rosa E. (1991), "Cognitive representation of risk perceptions, a comparison of Japon and United States" *Journal Cross-Cultural psychology*, (22)1.
- Lerner M. Simmons C. (1966), "Observes reaction to the innocent victim: compassion or rejection" *Journal of Personality and Social Psychology* (4).
- Le Shan, E. (1986), *Los adolescentes y la Revolución Sexual*; México Pax.
- O.M.S. (1989); "Sida, Información Básica para el Estudiante" *Dirección General de Servicios Médicos*, UNAM.
- Papalia (1985); *Desarrollo Humano*; México Mc Graw Hill.
- Pepitone (1991); "El Mundo de las creencias: un análisis psicosocial" *Revista de Psicología Social y Personalidad* 7(1), 61-79.
- Pick de Weiss, S., Díaz Loving, R., y Andrade Palos, P. (1988), "Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad que han y no han tenido relaciones sexuales" *La Psicología Social en México*, (2), 312-321.
- Preciado, J., y Montesinos, L. (1992), "Desafíos para la psicología, en la prevención del SIDA" *Revista Latinoamericana de Psicología* (24)1-2, 109-122.
- Prohaska, Albrecht, Levi, Sugrue y Kim (1990); "Determinants

- of Self-perceived risk of AIDS" *Journal of Health on Social Behavior*, 384-394.
- Quadlan y Shattls (1987); "AIDS, Sexuality and Sexual Control" *The Haworth Press, Inc.*, 277-298.
- Ramos, Díaz, Saldívar y Martínez (1992); "Creencias sobre el origen del SIDA, en estudiantes Universitarios" *Revista de Salud Mental*, 12-20.
- Rivera Aragón, S., y Díaz Loving, R., (1994), "Actitudes, Norma Subjetiva y Creencias en relación al uso de condón" *La Psicología Social en México*, (5), 628-635.
- Rivera Aragón, S., Díaz Loving, R., y Cubas Carlín, E. (1994), "Patrones de conducta sexual y anticonceptiva en empleados de gobierno de la Ciudad de México" *La Psicología Social en México*, (5), 546-553.
- Rodríguez (1978); *Psicología Social*; México Trillas.
- Sepúlveda A. (1989), *Sida, Ciencia Sociedad en México*; México, Fondo de Cultura Económica.
- Sepúlveda, J., Izazola, y Valdespino, J. (1989); "Patrones y tendencias epidemiológicas del VIH en México" *CONASIDA, Boletín Mensual*, (3)6.
- Sepúlveda, J., Valdespino, J., Juárez, y Mondragón, M. (1989), "Campañas para la educación en SIDA, ejecución y problemas" En *CONASIDA, Boletín Mensual* (3)6, 689.
- Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990); "The postAIDS Structure of Student's attitudes to condoms: age, sex and experience of use" *Psychology Reports*, (66), 614.
- Simon (1989); "Promiscuity and sex difference" *Psychology Reports*, (64), 802.
- Slovic, Fischhoff Linchtenstein (1982); "Risk Perceptions" en *Judge under uncertainty heuristics and biases*. Cambridge University Press.
- Stanilislowski (1989); "El agente causal" En Sepúlveda Amor, *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*; México, Fondo de Cultura Económica.
- Tedeshi (1985); *Introduction to Social Psychology*. West Publishing, Compabny. N.Y.
- Tversky, Khaneman y Slovic (1982), "Judgment of and by representativeness" Cap. 6. En Kahneman, Slovic, y Tversky (Eds), *Judgment under uncertainty Heuristics and biases*; New York, Cambridge University Press.
- Vázquez Valls, Torres Mendoza y Jauregui Rios (1989), "Las prácticas sexuales en estudiantes universitarios; justifican la promoción del uso del condón". *CONASIDA, Boletín Mensual*, (3)6.

- Villagrán Vázquez, G. (1993), "Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón". *Tesis de Maestría*, Fac. de Psicología, UNAM.
- Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Díaz Loving, R., y Camacho Valladares, M. (1990), "Prácticas Sexuales, Conductas Preventivas y Percepción de Riesgo de contraer SIDA en estudiantes" *La Psicología Social en México*, (3) 305-309.
- Villagrán Vázquez, G. y Díaz Loving, R. (1992); "Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón, en estudiantes universitarios" *Revista Mexicana de Psicología*, (9)1.
- Watson (1971), *Crecimiento y Desarrollo del niño*; México Trillas.
- Winslow, Rumbaut y Huang (1989), "AIDS, Fraid and quarentine student, responses to pro-quarentine initiatives in California" *Journal of Applied Social Psychology* (19)17, 1457-1478.

Preparatoria No. __

No. Cuestionario. _____

El presente cuestionario, realizado en la facultad de Psicología de la UNAM, trata de conocer aspectos relacionados a la sexualidad y SIDA en el adolescente. Las respuestas son confidenciales y únicamente para fines estadísticos por lo que te pedimos sinceridad en tus respuestas. Agradeciendo de antemano tu cooperación en este estudio.

INSTRUCCIONES

El cuestionario está formado por diferentes secciones, en cada una de ellas se te dará la forma en cómo la debes de contestar. Es importante que en los cuadros que tienen a la derecha del cuestionario no hagas ninguna anotación.

A. DATOS GENERALES

Marca con una (X) el número que corresponde a tu respuesta o escribe lo que se te pide.

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

2. EDAD: _____

3. GRADO ESCOLAR: (4) (5) (6)

B. CREENCIAS HACIA LAS RELACIONES SEXUALES Y USO DEL CONDÓN

Todas las personas pensamos diferentes cosas sobre las relaciones sexuales y uso del condón. A continuación se te presenta una serie de afirmaciones, marca con una "X" la línea que se acerque más a tu manera de pensar.

EJEMPLO:

1. Los condones hacen que el hombre pierda erección Probable X : : : : Improbable

Si marcas como en el ejemplo una X sobre la primera línea, quiere decir que tú piensas que es muy probable que el hombre pierda erección al tener relaciones sexuales su usa condón.

4. Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA.

Probable : : : : Improbable

5. Usar el condón al tener relaciones sexuales me protegerá del contagio del virus del SIDA.

Probable : : : : Improbable

6. Tener una pareja sexual que conozca bien, es una manera de protegerme del contagio del virus del SIDA.

Probable : : : : Improbable

7. Usar condón al tener relaciones sexuales con un desconocido(a) me protegerá del contagio del virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

8. Si tengo varias parejas sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

9. Usar condón con mi pareja sexual habitual es ofensivo.

Probable _____ Improbable _____

10. Si tengo relaciones sexuales con un desconocido(a) puedo contagiarme con el virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

MIS PADRES PIENSAN QUE:

11. Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA

Probable _____ Improbable _____

12. Debo usar condón cada que tenga relaciones sexuales.

Probable _____ Improbable _____

13. Si tengo varias parejas sexuales puedo adquirir el virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

14. Usar condón con la pareja sexual regular es ofensivo.

Probable _____ Improbable _____

15. Debo tener solo una pareja sexual regular que conozca bien.

Probable _____ Improbable _____

16. Usar condón en las relaciones sexuales, me protegerá del contagio del virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

17. Si tengo relaciones sexuales con un desconocido(a) puedo contagiarme con el virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

18. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales con un desconocido.

Probable _____ Improbable _____

MIS AMIGOS PIENSAN QUE:

19. Usar condón en las relaciones sexuales me protegerá del contagio del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

20. Debo tener solo una pareja sexual regular que conozca bien.

Probable _____ Improbable _____

21. Debo usar condón cuando tenga relaciones sexuales con un desconocido(a).

Probable _____ Improbable _____

22. Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

23. Si tengo relaciones sexuales con un desconocido(a) puedo contagiarme con el virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

24. Usar condón con la pareja sexual regular es ofensivo.

Probable _____ Improbable _____

25. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales.

Probable _____ Improbable _____

26. Si tengo varias parejas sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA.

Probable _____ Improbable _____

LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI PIENSA QUE YO:

Debería _____ No Debería _____

27. Tener una pareja sexual regular que conozca bien.

Debería _____ No Debería _____

28. Usar condón en mis relaciones sexuales para protegerme del contagio del contagio del virus del SIDA.

Debería _____ No Debería _____

29. Tener relaciones sexuales con desconocidos(as)

Debería _____ No Debería _____

30. Usar el condón al tener relaciones sexuales con mi pareja sexual regular.

Debería _____ No Debería _____

31. Tener relaciones sexuales.

Debería _____ No Debería _____

32. Usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales.

Debería _____ No Debería _____

33. Tener varias parejas sexuales.

Debería _____ No Debería _____

34. Usar condón al tener relaciones sexuales con desconocidos(as)

C. ACTITUDES HACIA LAS RELACIONES SEXUALES Y USO DEL CONDÓN

Todas las personas pensamos y sentimos diferentes cosas sobre las relaciones sexuales y el uso del condón. A continuación se presenta una serie de afirmaciones, las cuales se pueden evaluar con seis diferentes adjetivos. Marca con una "X" la línea que se acerque más a tu manera de pensar y sentir, en cada uno de los adjetivos.

EJEMPLO:

Estudiar para un examen es:

Inteligente X _____ Tonto _____
 Placentero _____ X No Placentero _____
 Bueno X _____ Malo _____
 Agradable _____ X Desagradable _____
 Dañino _____ X Beneficioso _____
 Peligroso _____ X Seguro _____

Si marcas las respuestas como en el ejemplo anterior, quiere decir que tu piensas que estudiar para un examen es muy inteligente, nada placentero, muy bueno, muy desagradable, muy beneficioso y muy seguro.

Tener relaciones sexuales es:

35. Inteligente _____ Tonto _____
 36. Placentero _____ No Placentero _____
 37. Bueno _____ Malo _____
 38. Agradable _____ Desagradable _____
 39. Dañino _____ Beneficioso _____
 40. Peligroso _____ Seguro _____

Usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales

41. Inteligente _____ Tonto _____
 42. Placentero _____ No Placentero _____
 43. Bueno _____ Malo _____
 44. Agradable _____ Desagradable _____
 45. Dañino _____ Beneficioso _____
 46. Peligroso _____ Seguro _____

Tener varias parejas sexuales es:

47. Inteligente _____ Tonto
 48. Placentero _____ No Placentero
 49. Bueno _____ Malo
 50. Agradable _____ Desagradable
 51. Dañino _____ Beneficioso
 52. Peligroso _____ Seguro

Usar condón con mi pareja sexual regular es:

53. Inteligente _____ Tonto
 54. Placentero _____ No Placentero
 55. Bueno _____ Malo
 56. Agradable _____ Desagradable
 57. Dañino _____ Beneficioso
 58. Peligroso _____ Seguro

Tener una pareja sexual regular que conozca bien:

59. Inteligente _____ Tonto
 60. Placentero _____ No Placentero
 61. Bueno _____ Malo
 62. Agradable _____ Desagradable
 63. Dañino _____ Beneficioso
 64. Peligroso _____ Seguro

Usar condón al tener relaciones sexuales con desconocido(s) es:

65. Inteligente _____ Tonto
 66. Placentero _____ No Placentero
 67. Bueno _____ Malo
 68. Agradable _____ Desagradable
 69. Dañino _____ Beneficioso
 70. Peligroso _____ Seguro

Tener relaciones sexuales con un desconocido(a) es:

71. Inteligente _____ Tonto
 72. Placentero _____ No Placentero
 73. Bueno _____ Malo
 74. Agradable _____ Desagradable
 75. Dañino _____ Beneficioso
 76. Peligroso _____ Seguro

Usar condón en todas mis relaciones sexuales para protegerme del contagio del virus del SIDA es:

71. Inteligente _____ Tonto
 72. Placentero _____ No Placentero
 73. Bueno _____ Malo
 74. Agradable _____ Desagradable
 75. Dañino _____ Beneficioso
 76. Peligroso _____ Seguro

D. INTENCIONES HACIA LAS RELACIONES SEXUALES Y USO DEL CONDÓN

En la siguiente sección se te presenta una serie de afirmaciones sobre ciertas conductas que tú puedes realizar o no en un futuro. Marca con "X" la línea que se acerque más a lo probable o improbable de que tú realices esa conducta.

EJEMPLO:

Estudiaré una carrera universitaria

Probable X : : : : Improbable

Si marcas como en el ejemplo la primera línea quiere decir que es muy probable que estudies una carrera universitaria.

83. Usaré condón con mi pareja sexual regular.

Probable : : : : Improbable

84. Tengo la intención de tener varias parejas sexuales.

Probable : : : : Improbable

85. Usaré condón cada vez que tenga relaciones sexuales.

Probable : : : : Improbable

86. Tendré relaciones sexuales con desconocidos(as).

Probable : : : : Improbable

87. Usaré condón en todas mis relaciones sexuales para protegerme del virus del SIDA.

Probable : : : : Improbable

88. Tengo la intención de tener solo una pareja sexual regular que conozca bien.

Probable : : : : Improbable

89. Usaré condón cada vez que tenga relaciones sexuales con desconocidos.

Probable : : : : Improbable

E. ACTITUDES Y PERCEPCION DE RIESGO ANTE EL CONTAGIO DEL VIH

En la siguiente sección encontrarás una serie de afirmaciones, marca con una (X) la opción que se acerque más a tu manera de pensar. Las opciones son:

TA = Totalmente de Acuerdo

A = Acuerdo

I = Indeciso

D = Desacuerdo

TD = Totalmente en Desacuerdo

	T	A	I	D	T	D
90. Disfrutaré de las relaciones sexuales sin temor al contagio del virus del SIDA.	()	()	()	()	()	()
91. Si mi pareja sexual tuviera SIDA, tendría relaciones sexuales con él(ella).	()	()	()	()	()	()
92. Tendré relaciones sexuales con mi pareja sin temor al contagio del virus del SIDA.	()	()	()	()	()	()
93. Estoy en riesgo de adquirir el virus del SIDA.	()	()	()	()	()	()
94. Los condones hacen las relaciones sexuales más placenteras.	()	()	()	()	()	()
95. Me negaría a tener relaciones sexuales con mi pareja, si me entero que tiene el virus del SIDA.	()	()	()	()	()	()
96. El uso de condones va en contra de mi religión.	()	()	()	()	()	()
97. Los adolescentes debemos de utilizar condones cada vez que tengamos relaciones sexuales.	()	()	()	()	()	()
98. El SIDA constituye una amenaza para mí.	()	()	()	()	()	()
99. Los condones son difíciles de obtener.	()	()	()	()	()	()
100. Tengo miedo de adquirir el SIDA.	()	()	()	()	()	()
101. Usar condones en las relaciones sexuales impide el romance.	()	()	()	()	()	()
102. Si mi pareja sexual tuviera el virus del SIDA, tendría miedo de contagiarme.	()	()	()	()	()	()

¿Qué posibilidades hay de que las siguientes personas se contagien de SIDA?

	NINGUNA	POCAS	REGULARES	BASTANTES	MUCHAS
103. Hombres Heterosexuales	()	()	()	()	()
104. Mujeres Heterosexuales	()	()	()	()	()
105. Hombres Homosexuales	()	()	()	()	()
106. Hombres y mujeres Bisexuales	()	()	()	()	()
107. Hombres y mujeres Drogadictos	()	()	()	()	()
108. Tú	()	()	()	()	()

F. VIDA SEXUAL

Finalmente aparecen unas preguntas sobre tu vida sexual, recuerda que la información que nos das, es confidencial, por lo que te pedimos contestes con sinceridad. Marca con una (X), la opción que sea la correcta. SI NO HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES ÚNICAMENTE CONTESTA LA PREGUNTA 109, EL RESTO DE LAS PREGUNTAS SON PARA LOS (LAS) JOVENES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES.

109. ¿Has tenido relaciones sexuales?
 (1) SI (continúe con las sig. preguntas)
 (2) NO

110. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?
(1) NOVIO(A)
(2) ESPOSO(A)
(3) AMIGO(A)
(4) CONOCIDO(A)
(5) OTRO (especificar) _____
111. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer a esa persona? _____
112. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera relación sexual? _____
113. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida? _____
114. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en el último año? _____
115. Actualmente ¿Tienes pareja sexual regular
(1) SI
(2) NO (pasa a la pregunta 118).
116. ¿Tienes relaciones sexuales con otras personas además de tu pareja sexual regular?
(1) SI
(2) NO (pasa a la pregunta 118)
117. ¿Con cuántas personas? _____
118. En tu primera relación sexual, ¿Usaste algún método anticonceptivo?
(1) SI
(2) NO (pasa a la pregunta 120)
119. ¿Cuáles? _____
120. ¿Cuál fue la razón por la cual no usaste anticonceptivos?

-
121. En las relaciones sexuales que has tenido, tú o tu pareja han usado el condón:
(1) SIEMPRE
(2) ALGUNAS VECES
(3) NUNCA
122. ¿Has tenido relaciones sexuales con un desconocido?
(1) SI
(2) NO

GRACIAS POR TU COLABORACION.

Análisis de Discriminación de reactivos del Modelo de Acción Razonada

CREENCIAS CONDUCTUALES	VALOR T	P
1. Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA.	-5.19	.000
2. Usar el condón al tener relaciones sexuales me protegerá del contagio del virus del SIDA.	-6.21	.000
3. Tener una pareja sexual que conozca bien, es una manera de protegerme del contagio del virus del SIDA.	-3.40	.000
4. Usar condón al tener relaciones sexuales con un desconocido me protegerá del contagio del virus del SIDA.	-6.43	.000
5. Si tengo varias parejas sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA.	-2.18	.000
6. Usar condón con mi pareja sexual habitual es ofensivo.	11.86	.000

CREENCIAS NORMATIVAS	VALOR T	P
Mis padres piensan que:		
1. Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA	-7.06	.000
2. Debo usar condón cada que tenga relaciones sexuales.	-6.54	.000
3. Si tengo varias parejas sexuales puedo adquirir el virus del SIDA	-4.24	.000
4. Usar condón con la pareja sexual regular es ofensivo.	-7.34	.000
5. Debo tener solo una pareja sexual regular que conozca bien.	-6.33	.000
6. Usar condón en las relaciones sexuales, me protegerá del contagio del virus del SIDA	-6.50	.000
7. Si tengo relaciones sexuales con un desconocido(a) puedo contagiarme con el virus del SIDA.	-5.44	.000
8. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales con un desconocido.	-3.83	.000
Mis amigos piensan que:		
1. Usar condón en las relaciones sexuales me protegerá del contagio del SIDA	-4.43	.000
2. Debo tener solo una pareja sexual regular que conozca bien.	-5.84	.000
3. Debo usar condón cuando tenga relaciones sexuales con un desconocido(a).	-7.60	.000
4. Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme con el virus el SIDA.	-9.31	.000
5. Si tengo relaciones sexuales con un desconocido(a) puedo contagiarme con el virus del SIDA.	-5.47	.000
6. Usar condón con la pareja sexual regular es ofensivo.	-3.48	.000
7. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales.	-5.79	.000
8. Si tengo varias parejas sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA.	-4.42	.000

NORMA SUBJETIVA	VALOR T	P
La mayoría de la gente importante para mí piensa que yo (debería-no debería):		
1. Tener una pareja sexual regular que conozca bien.	-2.25	.000
2. Usar condón en mis relaciones sexuales para protegerme del contagio del virus del SIDA.	-2.02	.000
3. Tener relaciones sexuales con desconocidos(as)	-5.52	.000
4. Usar el condón al tener relaciones sexuales con mi pareja sexual regular.	-3.25	.000
5. Tener relaciones sexuales.	-5.03	.000
6. Tener varias parejas sexuales.	-7.50	.000
7. Usar condón al tener relaciones sexuales con desconocidos(as)	-4.50	.000

ACTITUDES CONDUCTUALES	VALOR T	P
Usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales		
1. Inteligente-Tonto	-4.14	.000
2. Placentero-No Placentero	-5.99	.000
3. Bueno-Malo	-3.08	.000
4. Agradable-Desagradable	-3.54	.000
5. Dañino-Beneficioso	-4.19	.000
6. Peligroso-Seguro	-4.81	.000
Tener varias parejas sexuales es:		
1. Inteligente-Tonto	-5.96	.000
2. Placentero-No Placentero	-4.32	.000
3. Bueno-Malo	-9.33	.000
4. Agradable-Desagradable	-4.45	.000
5. Dañino-Beneficioso	-3.20	.000
6. Peligroso-Seguro	-2.73	.000
Usar condón con mi pareja sexual regular es:		
1. Placentero-No Placentero	-9.73	.000
2. Agradable-Desagradable	-12.20	.000
3. Dañino-Beneficioso	-3.02	.000
4. Peligroso-Seguro	-10.31	.000
Tener una pareja sexual regular que conozca bien:		
1. Inteligente-Tonto	-3.19	.000
2. Placentero-No Placentero	-3.92	.000
3. Bueno-Malo	-3.18	.000
4. Agradable-Desagradable	-3.89	.000
5. Dañino-Beneficioso	-3.49	.000
6. Peligroso-Seguro	-4.19	.000

ACTITUDES CONDUCTUALES	VALOR T	P
Usar condón al tener relaciones sexuales con desconocidos(as) es:		
1. Inteligente-Tonto	-7.48	.000
2. Placentero-No Placentero	-8.72	.000
3. Bueno-Malo	-5.72	.000
4. Agradable-Desagradable	-6.94	.000
5. Dañino-Beneficioso	-3.91	.000
6. Peligroso-Seguro	-5.53	.000
Tener relaciones sexuales con un desconocido(a) es:		
1. Inteligente-Tonto	-7.46	.000
2. Placentero-No Placentero	-22.58	.000
3. Bueno-Malo	-13.58	.000
4. Agradable-Desagradable	-19.58	.000
5. Dañino-Beneficioso	-5.87	.000
6. Peligroso-Seguro	-4.47	.000
Usar condón en todas mis relaciones sexuales para protegerme del contagio del virus del SIDA es:		
1. Inteligente-Tonto	-3.28	.000
2. Placentero-No Placentero	-4.37	.000
3. Bueno-Malo	-2.02	.000
4. Agradable-Desagradable	-4.93	.000
5. Dañino-Beneficioso	-3.42	.000
6. Peligroso-Seguro	-3.60	.000

INTENCIONES CONDUCTUALES	VALOR T	P
1. Usaré condón con mi pareja sexual regular	-3.51	.000
2. Tengo la intención de tener varias parejas sexuales	-4.86	.000
3. Usaré condón cada vez que tenga relaciones sexuales	-3.38	.000
4. Tendré relaciones sexuales con desconocidos(as)	-3.61	.000
5. Usaré condón en todas mis relaciones sexuales para protegerme del virus del SIDA	-3.42	.000
6. Usaré condón cada vez que tenga relaciones sexuales con desconocidos	-3.06	.000

ANEXO 3

Análisis Factorial del Modelo de Acción Razonada

CREENCIAS CONDUCTUALES	FACTOR 1	FACTOR 2
1. Usar el condón al tener relaciones sexuales me protegerá Del contagio del virus del SIDA	.69429	
2. Usar condón al tener relaciones sexuales con un desconocido me protegerá del contagio el virus de SIDA	.72985	
1. Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA		.82949
2. Si tengo varias parejas sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA		.62697

CREENCIAS NORMATIVAS	FACTOR 1	FACTOR 2
Mis padres piensan que yo:		
1. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales	.822631	
2. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales con un desconocido	.834182	
1. Si tengo varias parejas sexuales puedo adquirir el virus del SIDA		.75365
2. Si tengo relaciones sexuales con un desconocido puedo contagiarme con el VIH		.79114
Mis amigos piensan que yo:		
1. Usar condón en las relaciones sexuales me protegerá del contagio del SIDA	.60087	
2. Debo usar condón cuando tenga relaciones con un desconocido	.75873	
3. Debo usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales	.54104	
1. Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA		.70863
2. Si tengo relaciones sexuales con un desconocido puedo contagiarme con el VIH		.77775
3. Si tengo varias parejas sexuales puedo contagiarme con el virus del SIDA		.74208

FACTOR 1 = Uso del Condón

FACTOR 2 = Conductas sexuales de riesgo

NORMA SUBJETIVA	FACTOR 1	FACTOR 2
La mayoría de la gente importante para mí piensa que yo:		
1. Usar condón en mis relaciones sexuales para protegerme del contagio del virus del SIDA	.67856	
1. Tener relaciones sexuales con desconocidos		.74785
2. Tener varias parejas sexuales		.79939

FACTOR 1 = Uso del condón

FACTOR 2 = Conductas sexuales de riesgo

ACTITUDES CONDUCTUALES	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
A. Usar condón cada vez que tenga relaciones sexuales es:			
1. Agradable-Desagradable	.71610		
2. Placentero-No Placentero	.69983		
1. Dañino-Beneficioso		.69564	
2. Peligroso-Seguro		.67982	
1. Inteligente-Tonto			.65945
2. Bueno-Malo			.49001
B. Tener varias parejas sexuales es:			
1. Agradable-Desagradable	.90025		
2. Placentero-No Placentero	.90357		
1. Dañino-Beneficioso		.84373	
2. Peligroso-Seguro		.89028	

FACTOR 1 = Actitudes Emocionales

FACTOR 2 = Actitudes de Seguridad

FACTOR 3 = Actitudes Cognitivas

ACTITUDES CONDUCTUALES	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
C. Usar condón con mi pareja sexual regular es:			
1. Agradable-Desagradable	.89994		
2. Placentero-No Placentero	.089094		
1. Dañino-Beneficioso		.90522	
2. Peligroso-Seguro		.88273	
D. Usar condón al tener relaciones sexuales con desconocidos es:			
1. Agradable-Desagradable	.92006		
2. Placentero-No Placentero	.90486		
1. Dañino-Beneficioso		.90490	
2. Peligroso-Seguro		.90894	
3. Inteligente-Tonto		.82573	
4. Bueno-Malo		.85899	
E. Tener relaciones sexuales con desconocidos es			
1. Agradable-Desagradable	.91802		
2. Placentero-No Placentero	.89790		
1. Dañino-Beneficioso		.87862	
2. Peligroso-Seguro		.89582	
3. Inteligente-Tonto		.53268	
4. Bueno-Malo		.48811	

FACTOR 1 = Actitudes Emocionales

FACTOR 2 = Actitudes de Seguridad

FACTOR 3 = Actitudes Cognitivas

ACTITUDES CONDUCTUALES	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
F. Usar condón en todas mis relaciones sexuales para protegerme del contagio de VIH es:			
1. Agradable-Desagradable	.93437		
2. Placentero-No Placentero	.92141		
1. Dañino-Beneficioso		.86985	
2. Inteligente-Tonto		.59519	
3. Bueno-Malo		.86535	

FACTOR 1 = Actitudes Emocionales

FACTOR 2 = Actitudes de Seguridad

FACTOR 3 = Actitudes Cognitivas

INTENCIONES CONDUCTUALES	FACTOR 1	FACTOR 2
1. Usaré condón con mi pareja sexual regular	.79247	
2. Usaré condón cada vez que tenga relaciones sexuales	.83867	
3. Usaré condón en todas mis relaciones sex, para protegerme del virus del SIDA	.74497	
1. Tengo la intención de tener varias parejas sexuales		.90466
2. Tendré relaciones sexuales con desconocidos		.90378

FACTOR 1 = Uso del condón

FACTOR 2 = Conductas sexuales de riesgo

Análisis de Consistencia Interna de los Factores del Modelo de Acción Razonada.

DIMENSION	FACTOR	NO. REACTIVO	ALPHA
CREENCIAS CONDUCTUALES	1. Uso del condón	2	.4572
	2. Conductas sexuales riesgo	2	.4214
CREENCIAS NORMATIVAS(PADRES)	1. Uso del condón	2	.4618
	2. Conductas sexuales riesgo	2	.5478
CREENCIAS NORMATIVAS(AMIGOS)	1. Uso del condón	3	.5642
	2. Conductas sexuales riesgo	3	.6530
NORMA SUBJETIVA	1. Uso del condón	1	.6740
	2. Conductas sexuales riesgo	2	.3214
ACTITUDES CONDUCTUALES A. Usar condón cada vez que se tienen relaciones sexuales	1. Emocional	2	.8171
	2. Seguridad	2	.8517
	3. Cognocitivo	2	.6126
B. Tener varias parejas sexuales	1. Emocional	2	.8939
	2. Seguridad	2	.7406
C. Usar condón con mi pareja sexual regular	1. Emocional	2	.8740
	2. Seguridad	2	.8449
D. Usar condón al tener rel. sexuales con desconocidos	1. Emocional	2	.8609
	2. Seguridad	4	.8535
E. Tener relaciones sexuales con desconocidos	1. Emocional	2	.8834
	2. Seguridad	4	.4231
F. Usar condón en todas mis rel sex. para protegerme del contagio del SIDA	1. Emocional	2	.8836
	2. Seguridad	3	.9057
INTENCIONES CONDUCTUALES	1. Uso del condón	3	.8045
	2. Conductas sexuales riesgo	2	.7868

Correlaciones entre los factores del Modelo de Acción Razonada

	1A	1B	2A	2B	2C	2D	3A	3B	4A	4B	4C	4D
1A	1.00											
1B	.11*	1.00										
2A			1.00									
2B		.31**	.26**	1.00								
2C	.12*		.38**	.10*	1.00							
2D		.21**	.17**	.36**	.39**	1.00						
3A	.13*	.10*	.24**		.13*		1.00					
3B		-.18**	-.13**		-.15**		-.22**	1.00				
4A					-.21**				1.00			
4B	-.16**				-.13*		-.16**	.11*		1.00		
4C		-.18**	-.16**	-.17**	-.24**			.20**	.25**	.20**	1.00	
4D	-.16**	.11*			.16**			-.26**	-.13**			1.00
4E		.10*	.16**	.16**	.17**			-.23**		-.12*	-.24**	.24**
4F		-.10*	-.10*		-.14**				.72**		.20**	-.26**
4G	-.10**						-.18**	.11*	-.13*	.47**	.25**	
4H	-.22**						-.14**	.22**				.17**
4I	-.16**						-.11*		.33**	.15**	.12*	.15**
4J	-.17**		.11*	.22**	.17**	.16**		-.26**			.15**	.36**
4K	-.18**			.15**	.19**	.12**		-.17**				.81**
4L	-.11*	-.16**	.15**	-.11*	-.19*		-.15**	.11*	.20**	.26**	.44**	
4M			-.12*		-.24**	-.13**			.67**		.20**	-.17**
5A		.19**	.24**	.13*	.35**	.13*	.11**	-.14**	-.31**	-.14**	-.31**	.19**
5B	.21**	-.12*	.11*	-.16**	-.17**			.35**			.10*	-.56**
4E	1.00											
4F		1.00										
4G	-.18**	.20**	1.00									
4H			.17**	1.00								
4I		.33**	.10**	.45**	1.00							
4J	.46**		-.17**	.14**	.19**	1.00						
4K	.23**	-.18**		.15**	.20*	.54**	1.00					
4L	-.22**	.12*	.42**	.20**	.19**	-.17**		1.00				
4M		.62**	.12*		.42**		-.15**	.32**	1.00			
5A	.10*	-.35**	.22**			.18**	.22**	-.29**	-.27**	1.00		
5B	-.30**	.15**	.15**			-.49**	-.49**	.11*		-.14**	1.00	

1A = Creencias conductuales ante el uso del condón

1B = Creencias Conductuales ante conductas sexuales de riesgo

2A = Creencias Normativas (Padres) ante el uso del condón

2B = Creencias Normativas (Padres) ante conductas sexuales de riesgo

2C = Creencias Normativas (Amigos) ante el uso del condón

2D = Creencias Normativas (Amigos) ante conductas sexuales de riesgo

3A = Norma Subjetiva ante el uso del condón

3B = Norma Subjetiva ante conductas sexuales de riesgo

ACTITUDES CONDUCTUALES:

- 4A = Factor Emocional (Usar condón cada vez que tengamos relaciones sexuales)**
 - 4B = Factor de Seguridad (Usar condón cada vez que tengamos relaciones sexuales)**
 - 4C = Factor Cognitivo (Usar condón cada vez que tengamos relaciones sexuales)**
 - 4D = Factor Emocional (Tener varias parejas sexuales)**
 - 4E = Factor de Seguridad (Tener varias parejas sexuales)**
 - 4F = Factor Emocional (Usar condón con mi pareja sexual regular)**
 - 4G = Factor de Seguridad (Usar condón con mi pareja sexual regular)**
 - 4H = Factor de Seguridad (Usar condón al tener relaciones sexuales con desconocidos)**
 - 4I = Factor Emocional (Usar condón al tener relaciones sexuales con desconocidos)**
 - 4J = Factor de Seguridad (Tener relaciones sexuales con desconocidos)**
 - 4K = Factor Emocional (Tener relaciones sexuales con desconocidos)**
 - 4L = Factor de Seguridad (Usar condón en todas mis rel. sex. para protegerme del virus del SIDA)**
 - 4M = Factor Emocional (Usar condón en todas mis rel. sex. para protegerme del virus del SIDA)**
-
- 5A = Intenciones Conductuales ante el uso del condón**
 - 5B = Intenciones Conductuales ante conductas sexuales de riesgo**

Análisis de Discriminación de los reactivos asociados al contagio de VIH

REACTIVOS	VALOR T	P
1. Disfrutaré de las relaciones sexuales sin temer al contagio del virus del SIDA	-6.19	.000
2. Si mi pareja sexual tuviera SIDA, tendría relaciones sexuales con él(ella)	-2.00	.000
3. Tendré relaciones sexuales con mi pareja sin temer al contagio del virus del SIDA	-1.96	.000
4. Estoy en riesgo de adquirir el virus del SIDA.	-4.01	.000
5. Los condones hacen las relaciones sexuales más placenteras	-3.64	.000
6. Me negaría a tener relaciones sexuales con mi pareja, si me entero que tiene el virus del SIDA	-6.35	.000
7. El uso de condones va en contra de mi religión.	-4.10	.000
8. Los adolescentes debemos de utilizar condones cada vez que tengamos relaciones sexuales	-3.50	.000
9. El SIDA constituye una amenaza para mí.	-4.19	.000
10. Los condones son difíciles de obtener.	-2.26	.000
11. Tengo miedo de adquirir el SIDA.	-2.45	.000
12. Usar condones en las relaciones sexuales impide el romance	-4.98	.000
13. Si mi pareja sexual tuviera el virus del SIDA, tendría miedo de contagiarme	-4.24	.000
¿Qué posibilidades hay de que las siguientes personas se contagien de SIDA?		
14. Hombres Heterosexuales	-4.40	.000
15. Mujeres Heterosexuales	-4.42	.000
16. Hombres Homosexuales	-4.98	.000
17. Hombres y mujeres Bisexuales	-3.74	.000
18. Hombres y mujeres Drogadictos	-5.67	.000
19. Tú	-3.02	.000

ANÁLISIS DE CLASIFICACION MULTIPLE DEL MODELO DE ACCION RAZONADA

A. Análisis de clasificación múltiple del modelo de acción razonada ante el uso del condón:

Con respecto al total de la muestra se encontraron diferencias significativas en los siguientes factores (Ver tabla 1)

1. Creencias Conductuales

a) Diferencias por edad ($F = 7.82$; $p = .00$). Los adolescentes de 18 a 25 años ($x = 4.55$), seguidos de los adolescentes de 17 años ($x = 4.46$) presentan creencias conductuales más favorables, ya que consideran que el usar condón al tener relaciones sexuales tanto con la pareja regular como con parejas desconocidas los protegerá de adquirir el virus del SIDA, a diferencia de los adolescentes de 15 a 16 años ($x = 4.31$).

b) Diferencias por debut sexual ($F = 4.29$; $p = .03$). Los adolescentes que ya se han iniciado sexualmente ($x = 4.54$), a diferencia de los que aún no se han tenido su debut sexual ($x = 4.38$), presentan creencias conductuales más favorables, ya que piensan que es más probable que si usan condón al tener relaciones sexuales, con parejas regulares y desconocidas, los protegerá de adquirir el VIH.

c) Interacción entre género y edad ($F = 4.91$; $p = .00$). La mujeres de 18 a 25 años ($x = 4.57$) presentan creencias conductuales ante el uso del condón, más favorables a diferencia de las mujeres de 15 a 16 años ($x = 4.34$) y de 17 años ($x = 4.36$). En relación a los hombres, los que tienen entre 18 y 25 años ($x = 4.52$) y los de 17 años ($x = 4.63$), presentan creencias conductuales ante el uso del condón más favorables, a diferencia de los hombres de 15 a 16 años ($x = 4.28$).

2. Factor Normativo

a) Interacción entre género, edad y debut sexual ($F = 2.94$; $p = .05$). Con respecto a los adolescentes que ya han tenido su debut sexual, las mujeres de 15 a 16 años ($x = 4.90$), perciben más presión social (padres, amigos y gente importante para ellos) de usar el condón al tener relaciones sexuales tanto con la pareja ocasional como con la pareja regular, a diferencia de las mujeres de 17 años ($x = 4.75$) y de 18 a 25 años ($x = 4.65$). En el caso de los hombres, los

adolescentes de 17 años ($x=4.70$) y de 18 a 25 años ($x=4.69$) perciben más presión social para usar el condón en las relaciones sexuales, a diferencia de los adolescentes de 15 a 16 años ($x=4.56$).

En relación a los adolescentes que aún no tienen su debut sexual las mujeres de 18 a 25 años ($x=4.75$), a diferencia de las mujeres de 17 años ($x=4.67$) y de 15 a 16 años ($x=4.63$) perciben más presión social para usar el condón en las relaciones sexuales. Finalmente los hombres de 18 a 25 años ($x=4.64$) y de 17 años ($x=4.64$), a diferencia de los de 15 a 16 años ($x=4.58$), perciben más presión social para usar el condón al tener relaciones sexuales.

3. Actitudes de Seguridad

a) Diferencias por género ($F=3.65$; $p=.05$). Los hombres ($x=4.55$) a diferencia de las mujeres ($x=4.49$) tienen actitudes de seguridad más favorables ante el condón ya que los consideran más seguro, beneficioso, y que el usarlo es bueno e inteligente.

b) Diferencias por edad ($F=3.72$; $p=.02$). los adolescentes de 17 años ($x=4.58$) y de 18 a 25 ($x=4.55$), a diferencia de los adolescentes de 15 a 16 años ($x=4.46$), presentan actitudes de seguridad más favorables ante el uso del condón.

4. Intenciones Conductuales

a) Diferencias por género ($F=8.80$; $p=.00$). Las mujeres ($x=4.45$) a diferencia de los hombres ($x=4.20$) indican más probabilidades de usar el condón en un futuro al tener relaciones sexuales.

TABLA 1. Análisis de clasificación Múltiple del Modelo de Acción Razonada ante el uso del condón en la muestra total

FACTORES	VARIABLES	F	P
CREENCIAS CONDUCTUALES	EDAD	7.82	.000
	DEBUT SEXUAL	4.29	.039
	GENERO X EDAD	4.91	.008
FACTOR NORMATIVO	GENERO X EDAD X DEBUT SEXUAL	2.94	.053
ACTITUDES DE SEGURIDAD	GENERO	3.65	.056
	EDAD	3.12	.025
INTENCIONES CONDUCTUALES	GENERO	8.80	.000

En referencia a la población sexualmente activa, se encontraron diferencias significativas en los siguientes factores:

1. Creencias Conductuales

a) Diferencias por uso del condón ($F=6.30$; $p=.002$). El grupo de adolescentes que siempre ($x=4.53$) o algunas ($x=4.67$) veces a usado el condón al tener relaciones sexuales, a diferencia del grupo que nunca ($x=4.35$) lo ha usado, presentan creencias conductuales más favorables, ya que piensan que usar el condón al tener relaciones sexuales tanto con parejas regulares como con parejas desconocidas, los protegerá de adquirir el VIH.

2. Factor Normativo

a) Diferencias por uso del condón ($F=3.96$; $p=.02$). Los adolescentes que siempre ($x=4.78$) han usado el condón a diferencia de los adolescentes que algunas veces ($x=4.68$) o nunca ($x=4.59$) han usado el condón, perciben más presión social (de padres, amigos y gente importante para ellos) ante el uso del condón al tener relaciones sexuales tanto con parejas regulares como con parejas desconocidas.

3. Actitudes de Seguridad

a) Diferencias por uso del condón ($F=3.42$; $p=.035$). Los adolescentes que siempre han usado el condón ($x=4.64$), a diferencia de los que sólo usan el condón en ocasiones ($x=4.50$) o que nunca lo han usado ($x=4.40$), tienen actitudes de seguridad más favorables ante el uso del condón en las relaciones sexuales tanto con parejas regulares como con desconocidas, ya que lo consideran más seguro, beneficioso, bueno e inteligente.

b) Interacción entre género y uso del condón ($F=7.22$, $p=.00$). En relación a las mujeres, el grupo que siempre ha usado el condón ($x=4.73$) a diferencia de los grupos que solo usan el condón en ocasiones ($x=4.64$) o nunca lo han usado ($x=4.10$), presenta actitudes de seguridad más favorables ante la conducta de usar condón en las relaciones sexuales. De igual manera los hombres que siempre han usado el condón ($x=4.59$), presenta actitudes de seguridad ante la conducta de usarlo más favorables, a diferencia de los hombres que solo en ocasiones lo usan ($x=4.40$) o nunca lo han usado ($x=4.52$).

4. Actitudes Emocionales

a) Diferencias por uso del condón ($F=5.58$; $p=.00$). El grupo de adolescentes que siempre usa el condón ($x=3.74$) al tener relaciones sexuales, a diferencia de los adolescentes que solo algunas veces ($x=3.19$) o nunca ($x=3.14$) lo usan, presenta actitudes emocionales más positivas, ya que consideran que usar el condón en las relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con la pareja regular es agradable y placentero

5. Intención Conductual

a) Diferencias por género ($F=4.16$; $p=.04$). Las mujeres ($x=4.34$) a diferencia de los hombres ($x=4.11$), manifiestan más probabilidades de usar en un futuro el condón en sus relaciones sexuales tanto con su pareja regular como con parejas ocasionales.

b) Diferencias por uso del condón ($F=15.81$; $p=.00$). Los adolescentes que siempre usan el condón al tener relaciones sexuales ($x=4.64$), a diferencia de los adolescentes que sólo en ocasiones usan el condón ($x=4.00$) o que nunca lo han usado ($x=3.93$), manifiestan más probabilidades de seguir usando en un futuro el condón en todas sus relaciones sexuales.

c) Diferencias por número de parejas sexuales ($F=6.08$; $p=.01$). Los adolescentes que solo han tenido una pareja sexual ($x=4.32$), a diferencia de los adolescentes que han tenido más de una pareja sexual ($x=4.03$), indican que es más probable que en un futuro usen condón en sus relaciones sexuales tanto con su pareja regular, como con parejas desconocidas.

TABLA 2. Análisis de Clasificación Múltiple del Modelo de Acción Razonada ante el uso del condón en la muestra sexualmente activa

FACTOR	VARIABLES	F	P
CREENCIAS CONDUCTUALES	USO CONDON	6.30	.002
FACTOR NORMATIVO	USO CONDON	3.96	.021
ACTITUDES DE SEGURIDAD	USO CONDON	3.42	.035
	GENERO X USO CONDON	7.22	.001
ACTITUDES EMOCIONALES	USO CONDON	5.58	.004
	GENERO	4.16	.043
INTENCION CONDUCTUAL	USO CONDON	15.81	.000
	NO. PAREJAS SEXUALES	6.08	.015

B. Análisis de clasificación múltiple del modelo de acción razonada ante conductas sexuales de riesgo

Con respecto al total de la muestra se encontraron diferencias significativas en los siguientes factores (Ver tabla 3)

1. Creencias Normativas (Padres)

a) Diferencias por género ($F=11.22$; $p=.00$). Las mujeres ($x=4.80$) presentan creencias normativas más negativas sobre lo que sus padres piensan de tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con desconocidos a diferencia de los hombres ($x=4.69$).

b) Diferencias por debut sexual ($F=4.99$; $p=.02$). Los adolescentes que ya han tenido su debut sexual ($x=4.78$) a diferencia de los que no lo han tenido ($x=4.72$), presentan creencias más negativas sobre lo que piensan sus padres de tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con desconocidos.

2. Norma Subjetiva

a) Diferencias significativas por género ($F=64.11$; $p=.00$). Los hombres ($x=4.89$) a diferencia de las mujeres perciben más presión social de que deberían tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales ocasionales a diferencia de las mujeres ($x=4.58$).

3. Actitudes Emocionales

a) Diferencias por género ($F=183.21$; $p=.00$). Los hombres ($x=3.44$) a diferencia de las mujeres ($x=2.16$), manifiestan actitudes emocionales más favorables ante el tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con parejas desconocidas, ya que lo consideran agradable y placentero.

4. Intención Conductual

a) Diferencias por género ($F=144.68$; $p=.00$). Los hombres ($x=2.39$) a diferencia de las mujeres ($x=1.34$), manifiestan más probabilidades de que en un futuro tengan varias parejas sexuales y relaciones sexuales con parejas desconocidas.

b) Diferencias por debut sexual ($F=5.79$; $p=.01$). Los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales ($x=2.15$), a diferencia de los que aún no han

tenido su debut sexual ($x=1.70$), indican que es más probable que en un futuro tengan varias parejas sexuales y relaciones sexuales con parejas desconocidas.

TABLA 3. Análisis de Clasificación Múltiple del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo en la muestra total

FACTOR	VARIABLES	F	P
CREENCIAS NORMATIVAS (PADRES)	GENERO	11.22	.001
	DEBUT SEXUAL	4.99	.026
NORMA SUBJETIVA	GENERO	64.11	.000
ACTITUDES EMOCIONALES	GENERO	183.21	.000
INTENCION CONDUCTUAL	GENERO	144.68	.000
	DEBUT SEXUAL	5.79	.016

En relación a la muestra sexualmente activa se encontraron diferencias significativas en los siguientes factores (Ver tabla 4)

1. Creencias Normativas (Padres)

a) Diferencias por género ($F=6.70$; $p=.01$). Las mujeres ($x=4.88$) a diferencia de los hombres ($x=4.70$), presentan creencias normativas más desfavorables de lo que piensan sus padres ante el tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con desconocidos.

2. Norma Subjetiva

a) Diferencias por género ($F=20.71$; $p=.00$). Los hombres ($x=4.91$) a diferencia de las mujeres perciben más presión social de que deberían tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales ocasionales a diferencia de las mujeres ($x=4.58$).

b) Diferencias por número de parejas sexuales ($F=5.00$; $p=.02$). Los adolescentes que han tenido sólo una pareja sexual ($x=4.77$), perciben más presión social de que deberían tener varias parejas sexuales y relaciones

sexuales ocasionales a diferencia de los adolescentes que han tenido más de una pareja sexual ($x=4.57$).

3. Actitudes Emocionales

a) Diferencias por género ($F=67.62$; $p=.00$). Los hombres ($x=3.54$) a diferencia de las mujeres ($x=2.16$), manifiestan actitudes emocionales más favorables ante tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con parejas desconocidas, ya que lo consideran agradable y placentero.

b) Diferencias por edad al debut sexual ($F=7.32$; $p=.02$). Los adolescentes que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años ($x=3.36$), manifiestan actitudes emocionales más favorables ante tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con desconocidos, ya que lo consideran agradable y placentero, a diferencia de los adolescentes que se iniciaron sexualmente después de los 15 años ($x=2.77$).

c) Diferencias por número de parejas sexuales ($F=19.43$; $p=.00$). Los adolescentes que han tenido más de una pareja sexual ($x=3.47$), a diferencia de los adolescentes que sólo han tenido una pareja sexual ($x=2.69$), indican actitudes emocionales favorables ante tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales con desconocidos.

4. Intención Conductual

a) Diferencias por género ($F=48.73$; $p=.00$). Los hombres ($x=2.61$) a diferencia de las mujeres ($x=1.40$), manifiestan más probabilidades de que en un futuro tengan varias parejas sexuales y relaciones sexuales con parejas desconocidas.

TABLA 4. Análisis de Clasificación Múltiple del Modelo de Acción Razonada ante conductas sexuales de riesgo en la muestra sexualmente activa

FACTOR	VARIABLES	F	P
CREENCIAS NORMATIVAS (PADRES)	GENERO	6.70	.010
	GENERO	20.71	.000
NORMA SUBJETIVA	NO.PAREJAS SEXUALES	5.00	.026
	GENERO	67.62	.000
ACTITUDES EMOCIONALES	EDAD DEBUT SEXUAL	7.32	.023
	NO.PAREJAS SEXUALES	19.43	.000
	GENERO	48.73	.000
INTENCION CONDUCTUAL	GENERO	48.73	.000