

31961

6
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS
SEXUALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN MODIFICACION DE
C O N D U C T A
P R E S E N T A :
SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO

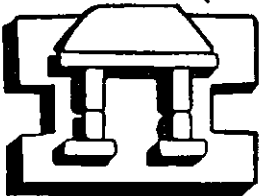
ASESOR: DR. ARTURO SILVA RODRIGUEZ

DICTAMINADORES: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA

MTRO. CESAR CARRASCOZA VENEGAS

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MTRA. DIANA MORENO RODRIGUEZ



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO. MARZO DE 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINATION

DESCONTINUA

*Alta la noche
espanta
Alto el dolor
descalzo
Olas del mar
tus besos
Estro del sol
tu sexo
Lejos tu cuerpo
lejos
Lejos tu cuerpo
muero*

Luis Antonio Pineda Flores

*Los amorosos salen de
sus cuevas a cazar fantasmas
Jaime Sabines*

*Bajo la lluvia,
buscando sin buscar
pero buscando,
te busco con la sangre
enrojecida por el vino:
cazo fantasmas.
Lloro sin llorar,
duele, no grito;
camino, camino, camino,
encuentro refugio entre las sombras,
escapo del engaño,
pero me sigue doliendo la soledad.*

Luis Antonio Pineda Flores

*A la memoria de
Luis Antonio Pineda Flores*

*Siempre presente
tu ausencia me mueve*

*Especialmente dedico este trabajo
a mis dos bellas hijas
Lucía y Cecilia
quienes con su gran paciencia, cariño y profundo amor
me llenan de felicidad y le dan sentido a mi vida.*

Con mucho cariño para mi familia:

Mis padres, Jesús e Irene,

Mis hermanas, Sandra, Beatriz, Martha, Antonieta, Rosy y Lourdes,

Mis hermanos, Jesús Armando y Jorge Enrique,

todos con sus respectivas familias,

Don Toñico y Doña Flor, Doña Abi, mis cuñadas Flor y Lidiette y sus familias

A todos quiero agradecerles el estar siempre pendientes y preocupados por mis hijas y por mí, especialmente les doy las gracias por mostrarnos su amor, cariño y compañía, aún en la distancia.

A **cosas**, mi corazón santo.

Agradecimientos

A Arturo Silva, Laura Edna Aragón, César Carrascoza, Leonardo Reynoso y Diana Moreno, les agradezco de todo corazón su amistad y el apoyo que me brindaron en la asesoría de este trabajo.

A mis amigas y amigos: Hortencia, César, Yolanda, Gerardo, Diana, Luis, Olivia, María Luisa, Rosa María, Paty, Lupita, Pilar, Héctor y Nacho, quiero expresarles mi más sincero agradecimiento por haberme ofrecido su apoyo incondicional durante la realización de este trabajo y por haberme mostrado constantemente su cariño, afecto y amistad, invaluable para mí.

A Laurita, Jose, Diana y Mónica, agradezco su participación en la aplicación del instrumento, sin ellas este estudio no hubiera sido posible. También le doy mil gracias a Leo por permitirme, siempre sonriente y amable, hacer uso de su espacio de trabajo, de su equipo de cómputo y de saborear ese delicioso café almendrado.

Especialmente quiero darle las gracias a Diana Moreno, por haberme permitido trabajar con ella en este proyecto, por las discusiones académicas que enriquecieron el trabajo de tesis, y por brindarme su paciencia y cariño en todo momento.

A todas aquellas personas que, directa o indirectamente, hicieron posible que este trabajo se realizara, mil gracias.

CONTENIDO

	PÁG.
Agradecimientos	i
Contenido	ii
Resumen	iv
INTRODUCCIÓN	1
<u>PRIMERA PARTE</u>	
MARCO TEÓRICO	13
I) Investigación sobre actitudes, conocimientos y prácticas sexuales relacionados con la prevención del VIH/SIDA	13
a) Conocimientos sobre VIH/SIDA	14
b) Actitudes hacia el SIDA	17
c) Prácticas sexuales de riesgo	19
II) Planteamiento del problema	27
a) Concepción de la salud	27
b) Modelos teóricos que explican la conducta de riesgo	30
c) El Modelo Psicológico de la Salud aplicado al caso del VIH/SIDA	37
<u>SEGUNDA PARTE</u>	
REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN	44
Propósitos del proyecto general	44
Objetivos generales del estudio	44
Objetivos específicos	45
MÉTODO	47
Población universo	47
Procedimiento de selección de la muestra	48
Caracterización de la muestra	48
Escenario	51
Recursos materiales y humanos	51
Tipo de estudio	51
Variables	52
Instrumentos de medición	52
Medidas	54
Clasificación de riesgo de las prácticas sexuales	55
a) Análisis de cada parámetro evaluado de manera independiente	55
b) Análisis condicional de los parámetros de riesgo	57
Procedimiento de aplicación del cuestionario	57

TERCERA PARTE

RESULTADOS	60
I) Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA.....	60
a) Análisis por reactivo	64
II) Prácticas sexuales	67
III) Categorías de riesgo.....	72
a) Análisis de cada parámetro evaluado de manera independiente	72
b) Análisis condicional de los parámetros de riesgo	75
c) Parejas sexuales y uso del condón en la última relación sexual	77
IV) Identificación de comportamientos preventivos eficaces.....	78
V) Relación entre conocimientos y prácticas de riesgo.....	82
FIGURAS	84

CUARTA PARTE

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	132
a) Conocimientos acerca del VIH/SIDA	133
b) Prácticas sexuales	137
c) Factores que median el comportamiento de riesgo.....	155
d) Comentarios finales: implicaciones para el desarrollo de programas de prevención del VIH/SIDA.....	157
REFERENCIAS	162
ANEXO "A"	175
ANEXO "B"	210

RESUMEN

Partiendo de los supuestos teóricos del modelo de prevención de enfermedad aplicado al caso del VIH/SIDA (Bayés y Ribes, 1989), en este estudio se evaluaron 3 variables psicológicas: conocimientos acerca del VIH/SIDA, prácticas sexuales y factores que median el comportamiento de riesgo. Se trabajó con una muestra de 2254 estudiantes universitarios de seis carreras de la UNAM, el 65.9% fueron mujeres y el 34.1% hombres, con una edad promedio de 20.7 años. Se hicieron comparaciones respecto al género, semestre (2° y 8°), carrera (Enfermería, Odontología, Psicología, Administración, Arquitectura y Derecho), tipo de carrera (salud vs. no salud) y rangos de edad de los estudiantes en cada una de las variables evaluadas. Los resultados más importantes indican que los estudiantes presentan un nivel aceptable de conocimientos ($X=81\%$ de respuestas correctas) en las áreas de Prevención, Transmisión y Sintomatología del VIH/SIDA, siendo mayor el porcentaje en aquellos que estudian carreras de la salud. Respecto a las prácticas sexuales, se encontró un mayor número de hombres que realizan el sexo anal insertivo, relaciones homosexuales, relaciones ocasionales y sexo en grupo, mientras que las mujeres practican más las relaciones oro-genitales, el sexo anal receptivo y el uso de instrumentos de estimulación sexual. El análisis de nueve parámetros de riesgo mostró que el 50% de los estudiantes sexualmente activos no usa protección, y que del otro 50% que sí lo utiliza, lo hace de manera inconsistente. Se encontró, además, que la mayoría de los estudiantes tienen relaciones sexuales con su pareja estable, y es con ésta con la que no usan protección; cuando tienen relaciones ocasionales sí usan el condón. Por otra parte, el análisis de los factores que median el comportamiento de riesgo indicó que en el 30% de los estudiantes que respondieron a las preguntas correspondientes, su comportamiento de riesgo estaba mediado por factores situacionales y biológicos, como la oferta de una persona atractiva y el consumo de alcohol o drogas, entre otros. Asimismo, se observó un porcentaje muy bajo de estudiantes que demoran el comportamiento de riesgo o que identifican consecuencias a corto y largo plazo derivadas de la práctica de comportamientos de riesgo. Los hallazgos se discuten en términos de la importancia de generar investigación bajo una perspectiva teórica definida que permita obtener información efectiva para proponer programas de prevención del VIH/SIDA dirigidos particularmente a poblaciones de estudiantes universitarios.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud pública han ocupado la atención de diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, tanto a nivel nacional como internacional. Las estrategias de prevención se han orientado básicamente hacia la promoción de campañas cuyo eje central ha sido la información, ya sea para lograr que la mayoría de la población meta obtenga vacunaciones contra diversas enfermedades, información que orienta a las personas sobre los centros de salud a los que pueden acudir para obtener atención médica, o bien, información sobre formas generales de comportamiento que deben seguir para prevenir cierto tipo de enfermedades. Lo cierto es que las campañas de vacunación han logrado erradicar algunas enfermedades pandémicas, pero hay muchas otras en las que la información ha resultado necesaria mas no suficiente. Por ejemplo, enfermedades tales como la hipertensión, el cáncer, drogadicción, etc., no es posible prevenirlas informando a la gente lo que debe hacer o lo que puede o no consumir, se requiere una intervención a nivel de cambio de estilos de vida, cambios en las formas específicas en las que las personas se comportan y enfrentan los problemas propios de su vida laboral, familiar, social, etc.

Particularmente en el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se han realizado diversos esfuerzos para prevenir que se siga extendiendo este mal, y sobre todo, últimamente se han estado realizando fuertes campañas por parte de organismos internacionales (ONUSIDA, 1998) dirigidas hacia los jóvenes. Las razones por las que resulta importante trabajar con este tipo de población son diversas: 1) tienen una vulnerabilidad especial a la epidemia, 2) por lo menos la mitad de las personas infectadas después de la lactancia son jóvenes menores de 25 años; 3) los jóvenes de 10 a 24 años de edad constituyen más del 30% de la población del mundo en desarrollo, que es donde se concentra la epidemia; y 4) los jóvenes constituyen una fuerza para el cambio, dado que se encuentran en una fase de experimentación y pueden aprender más fácilmente que los adultos a adoptar un comportamiento o unas prácticas seguros desde el principio (ONUSIDA, 1998). En este sentido,

actualmente existe una gran cantidad de estudios orientados hacia la prevención del VIH/SIDA considerando como población meta a los jóvenes. Han sido diversas las variables que se han estudiado y también diversos los modelos teóricos que han sustentado dichas investigaciones. Para tratar de entender un poco los tópicos sobre los que se ha investigado, consideramos pertinente hacer una breve descripción de lo que este problema de salud significa, abordando distintos aspectos de la etiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuestiones relacionadas con los indicadores epidemiológicos que nos dan información relevante respecto a la gravedad de esta pandemia.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un microorganismo cuya supervivencia depende de una célula viva que le permita multiplicarse. Pertenece a la familia de los retrovirus porque contiene Ácido Ribonucleico (ARN) y una enzima llamada *transcriptasa reversa*, la cual hace que el virus replique el DNA directamente de su propio RNA (Sarngadharan, Popovic, Bruch, Schupbach y Gallo, 1984). El VIH lo que hace es debilitar el sistema inmunológico al invadir y destruir los *linfocitos T4* y los *macrófagos*, que son dos tipos de glóbulos blancos de la sangre cuya función principal es rechazar las infecciones (Ford, 1994). Las células *T4* son parte esencial del sistema inmunológico, si disminuye la cantidad de éstas en la sangre, la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones será menor, y la probabilidad de que surjan enfermedades oportunistas será mayor. Cuando en el organismo empiezan a manifestarse un conjunto de enfermedades diversas como producto de la presencia en el cuerpo del VIH, es cuando se habla de la enfermedad del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). De acuerdo con Ford (1994), el SIDA hace referencia a un conjunto de "...síntomas (síndrome) que indica que [una persona] se ha infectado con (ha adquirido) un virus que está causando que el sistema inmunológico llegue a debilitarse a tal punto que, sustancias que normalmente serían destruidas, ahora son capaces de sobrevivir y de causar infecciones y enfermedades (inmunodeficiencia)" (pág. 32).

El *período de incubación* del VIH está definido por el intervalo que hay entre la exposición al virus y el desarrollo de anticuerpos específicos, mientras que el

periodo de latencia hace referencia al tiempo que transcurre entre la infección inicial del virus y la aparición de cualquier manifestación clínica del VIH (Glasner y Kaslow, 1990). Este periodo de latencia es lo que caracteriza a los llamados seropositivos, que son personas que poseen el VIH, son totalmente asintomáticas, pero pueden transmitir el virus a otras personas que no lo tienen. Se ha reportado que el tiempo promedio de latencia del VIH varía ampliamente en distintos grupos de personas; en el caso de pacientes que adquirieron la infección a través de una transfusión sanguínea, el tiempo promedio de la latencia fluctúa entre 4.5 y 15 años (Medley, Anderson, Cox y Billard, 1987), mientras que en grupos de hombres homosexuales el tiempo promedio es de 7.8 años (Lui, Darrow y Rutherford, 1988).

La pregunta central que se ha tratado de resolver en la investigación sobre SIDA es, según Balter (1998a), por qué el VIH tarda tanto tiempo en destruir el sistema inmune de la mayoría de los pacientes infectados; las células receptoras llamadas quimiocinas (*chemokine*) están jugando un papel esencial en la investigación sobre este aspecto al mostrarse que niveles altos de estas células podrían inhibir la replicación *in vitro* del VIH (Cocchi, DeVico, Garzine-Demo, Arya, Gallo, y Lusso, 1995), y esto ha generado nuevos caminos hacia el desarrollo de una vacuna (Balter, 1998b; McNicholl, Smith, Qari y Hodge, 1997). También se han desarrollado nuevos medicamentos que, si bien no eliminan el virus, obtienen como resultado un periodo más prolongado de vida del paciente que tiene SIDA (Balter, 1996; Bloom, 1996; Cohen, 1996; Cohen, 1997a, 1997b; Lange, 1997).

Por otro lado, la investigación sobre este *mal del siglo* ha permitido que se identifiquen con mayor precisión los síntomas asociados a la enfermedad del SIDA y las vías más importantes de transmisión (Arauzo, Blanck y Bermúdez, 1992; Cooper et al., 1985; Fox et al., 1987; Kaslow et al., 1987; Sandner, 1990; Sepúlveda, 1989a). El cuadro clínico de una persona que tiene SIDA se caracteriza, según Arauzo, Blanck y Bermúdez (1992), por tres signos principales, que son adelgazamiento, diarrea crónica y fiebre prolongada por más de un mes, y signos secundarios: tos persistente, dermatitis prurítica generalizada y

linadenopatías generalizadas. De acuerdo con Ford (1994), las dos enfermedades oportunistas que más muertes han causado en personas con SIDA son la *Pneumocystis carinii* y el *sarcoma de Kaposi*.

En cuanto a las formas de transmisión del VIH, se sabe que éste sólo se puede transmitir a través de tres vías: la sexual, la sanguínea y la perinatal. En nuestro país, el contacto sexual es la forma más importante de transmisión del VIH, pues representa -hasta febrero de 1998- el 86.7% de los casos acumulados según el Registro Nacional de Casos de SIDA (1998). La transmisión por vía sexual puede ocurrir de hombre a hombre, hombre a mujer y mujer a hombre, pero la frecuencia de la transmisión difiere en cada caso. De acuerdo con la revisión realizada por Brody (1995), la transmisión heterosexual vía vaginal es extremadamente imposible, por tal razón, es más frecuente el contagio del VIH de hombre a hombre o de hombre a mujer que de mujer a hombre; en los primeros dos casos puede ocurrir el sexo anal receptivo y esta práctica es la que mayor riesgo tiene de transmisión del VIH debido a que, dadas las características del epitelio rectal, con mayor frecuencia pueden ocurrir laceraciones durante el coito rectal. Lo central es, entonces, usar protección en cualquier tipo de práctica sexual para evitar el contagio del VIH.

Aun cuando hay investigaciones que dan una luz de esperanza hacia el descubrimiento de una vacuna contra el SIDA (Burke, 1995; Cohen, 1997c; Letvin, 1998; McNicholl, Smith, Qari y Hodge, 1997), actualmente hay controversias entre los mismos investigadores en cuanto a la forma de proceder en los estudios específicos para obtener logros en el desarrollo de dicha vacuna (Balter, 1998b; Lawler y Cohen, 1997), y más aún, controversias por los problemas éticos a los que se enfrenta el desarrollo de este tipo de investigaciones (Bloom, 1998; Marshall, 1998). El hecho es que, a pesar de los avances científicos en este campo, todavía no se cuenta con la vacuna que le haga frente a este mal. Por esta razón, cada vez es más clara la necesidad de orientar los esfuerzos hacia el desarrollo de investigaciones que aborden la importancia del comportamiento individual en la prevención del contagio del VIH y en la curación y rehabilitación de

personas con SIDA (Arauzo, Blanck y Bermúdez, 1992; Arranz y Bayés, 1988; Bayés, 1990, 1992a; Bayés y Arranz, 1988; Coates, 1992; Piña y Capdevielle, 1988; Piña, Duarte y Guzmán, 1992; Piña, Jiménez y Mondragón, 1992; Ribes, 1990).

La información epidemiológica, por otra parte, es esencial para determinar las prioridades en el campo de la salud pública; ayuda a determinar a qué grupos de personas se debe atender, sus características y cómo llegar a ellos. Se requiere saber el grado de difusión de la infección por el VIH (prevalencia) y la rapidez con que se propaga (incidencia) para generar un plan de acción a nivel nacional (OMS, 1990a). Algunos estudios epidemiológicos (por ejemplo Glasner y Kaslow, 1990; Izazola, Valdespino y Sepúlveda, 1988; Piot, Laga, Ryder, Perriens, Temmerman, Heyward y Curran, 1990; Sabogal, 1992, Valdespino, García e Izazola, 1989, entre otros) han presentado un panorama general acerca de la incidencia de este problema en relación con las características de la población estudiada (sexo, edad, estatus socioeconómico, ocupación, etc.), determinando así, las variables demográficas que más se relacionan con la incidencia del problema (por ejemplo homosexuales, prostitutas, comunidades de bajos recursos, etc.), y las regiones en donde se presenta el mayor número de casos de SIDA. De acuerdo con Bloom (1998), el SIDA es una enfermedad que ha tenido un impacto devastador principalmente en los países en desarrollo; este autor comenta que el Programa Común de las Naciones Unidas contra el SIDA estima que actualmente 16 mil personas se infectan diariamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, es decir, 5.8 millones al año, y que para finales de esta década 40 millones de personas habrán muerto de SIDA y más de 9 millones de niños quedarán huérfanos.

Particularmente en México, en 1981 se notificaron los primeros casos de SIDA y dos años después, se inició su vigilancia epidemiológica (López y Ruiz, 1996). Hasta el primero de febrero de 1998, el total de casos acumulados de SIDA ascendía a 34,228 (Registro Nacional de Casos de SIDA, 1998). En el Cuadro No. 1 se presenta el lugar que ocupan los estados de la República Mexicana por

casos acumulados de SIDA y por tasa. Lo que se observa es que los estados que más casos han registrado son el Distrito Federal, México y Jalisco, pero el lugar que ocupan cambia al considerar la cantidad de personas con SIDA por cada 10,000 habitantes (tasa); el primer lugar lo sigue ocupando el Distrito Federal, pero el estado de México ocupa el onceavo lugar.

Cuadro No. 1

LUGAR QUE OCUPAN LOS ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA POR CASOS ACUMULADOS DE SIDA Y POR TASA*

POR CASOS ACUMULADOS				POR TASA			
LUGAR	ESTADO	CASOS ACUMULADOS	TASA*	LUGAR	ESTADO	TASA*	CASOS ACUMULADOS
1°	D. F.	9,747	94	1°	D. F.	94	9,749
2°	MÉXICO	4,429	36	2°	B.C.N.	91	1,285
3°	JALISCO	3,883	37	3°	MORELOS	64	828
4°	PUEBLA	2,021	48	4°	B.C.S.	52	173
5°	VERACRUZ	1,499	22	5°	YUCATÁN	50	665
6°	B.C.N.	1,285	91	6°	NAYARIT	49	422
7°	GUERRERO	1,062	40	7°	PUEBLA	48	2,21
8°	MICHOACÁN	1,037	30	8°	GUERRERO	40	1,062
9°	NUEVOLEÓN	930	29	9°	TLAXCALA	39	267
10°	MORELOS	828	64	10°	JALISCO	37	3,883
				11°	MÉXICO	36	4,429

* Datos obtenidos del Registro Nacional de Casos de SIDA. Corte realizado al 01/FEBRERO/1998.

* Tasa: 10,000 habitantes.

Al considerar los casos acumulados de SIDA en la República Mexicana por grupos de edad y género, se observa, en el Cuadro No. 2, que el primer lugar lo ocupan las personas que tienen entre 30 y 34 años de edad, siguiéndole el rango de 25 a 29 años y en tercer lugar los de 35 a 39 años; las personas que tienen entre 15 y 19 años ocupan el décimo lugar y los que tienen entre 20 y 24 años ocupan el quinto lugar. En estos últimos rangos podemos ubicar a los adolescentes y estudiantes universitarios. En todos los casos, la cantidad de casos acumulados de SIDA es mayor en hombres que en mujeres, pero la proporción cambia dependiendo del rango de edad. Así, en el rango de edad que está entre los 25 y 29 años, la razón masculino/femenino es de 8:1; en el rango de 20 a 24 años es de 5:1, y en el de 15 a 19 años es de 3:1.

Cuadro No. 2
CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN LA REPÚBLICA MEXICANA
POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO*

LUGAR	RANGOS DE EDAD	CASOS ACUMULADOS		TOTAL	RAZÓN MAS/FEM
		MASC.	FEM.		
1°	30-34	6,219	843	7,062	7/1
2°	25-29	6,012	779	6,791	8/1
3°	35-39	4,622	681	5,303	7/1
4°	40-44	3,046	485	3,531	6/1
5°	20-24	2,880	556	3,436	5/1
6°	45-49	2,043	329	2,372	6/1
7°	50-54	1,336	234	1,570	6/1
8°	55-59	863	132	998	6/1
9°	60-64	489	85	574	6/1
10°	15-19	438	134	572	3/1

* Datos obtenidos del Registro Nacional de Casos de SIDA. Corte realizado al 01/FEBRERO/1998.

En el Cuadro No. 3 se observa que la cantidad de casos acumulados de SIDA es mayor en los homosexuales y menor en los heterosexuales; la mayor parte de los casos, tanto de homosexuales como de bisexuales y heterosexuales, ocurre entre los 25 y 39 años de edad.

Cuadro No. 3
CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN LA REPÚBLICA MEXICANA
EN HOMBRES Y MUJERES POR GRUPO DE EDAD
Y PREFERENCIA SEXUAL*

LUGAR	RANGOS DE EDAD	PREFERENCIA SEXUAL			
		HOMBRES			MUJERES
		HOMOSEXUAL	BISEXUAL	HETEROSEXUAL	HETEROSEXUAL
1°	25-29	1,869	(2°) 1,146	(2°) 1,078	(1°) 356
2°	30-34	1,840	(1°) 1,182	(1°) 1,132	(2°) 351
3°	35-39	1,274	(3°) 889	(3°) 843	240
4°	20-24	913	555	552	(3°) 271
5°	40-44	786	604	588	145
6°	45-49	453	425	386	91
7°	50-54	281	260	271	77
8°	15-19	144	67	76	67
9°	55-59	160	142	188	54
10°	60-65	84	63	108	30

* Datos obtenidos del Registro Nacional de Casos de SIDA. Corte realizado al 01/FEBRERO/1998.

Si consideramos que en algunos países se registran millones de personas infectadas con el VIH (Balter, 1998c), y que el 90% de los nuevos casos ocurre en los países en desarrollo, llevando la delantera en esta carrera mortal los países africanos del sur del Sahara con cerca de 21 millones de personas infectadas, en México estamos abajo de los 50 mil casos acumulados (Registro Nacional de Casos de SIDA, 1998), ocupando el tercer lugar en el Continente Americano, después de Estados Unidos y Brasil. Sin embargo, de acuerdo con la información consultada por Torres y Pérez (1996), "...el mayor número de casos de este síndrome notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentran en América, siguiéndole África, Europa y Oceanía" (pág. 60). Esta discrepancia en las estimaciones nos lleva a pensar que se debe proceder con gran cautela cuando se parte de información epidemiológica para ubicar la gravedad de un problema de salud.

Mohar (1996) señala que en el caso particular de México, existen dos fenómenos que afectan las estimaciones sobre los casos notificados de SIDA. El primero tiene que ver con el *retraso en la notificación*, que "...consiste en el periodo de tiempo que transcurre entre el momento del diagnóstico de SIDA en un paciente hasta el momento de su ingreso como caso en el sistema de vigilancia epidemiológica" (pág. 53). El segundo fenómeno tiene que ver con el *subregistro*; los casos acumulados incluyen tanto a pacientes vivos como a los que ya fallecieron, lo cual resulta, según Mohar (1996), en una contradicción del sistema nacional de vigilancia epidemiológica, en la medida en que una de sus razones fundamentales que le dan sentido a su creación es conocer el comportamiento de las epidemias para predecir futuras necesidades de atención médica. De hecho, López y Ruiz (1996) señalan que el propósito central de la vigilancia epidemiológica es "...conocer y prever el comportamiento de los daños y riesgos para la salud a fin de utilizar esta información durante el diseño, ejecución y evaluación de las nuevas acciones que [los servicios de salud] deben desplegar" (pág. 1).

Si en los indicadores que se proporcionan se incluyen las personas fallecidas, resulta difícil conocer con precisión la gravedad del problema de salud. Sin embargo, debe considerarse también que el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, a través del órgano oficial del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (López y Ruiz, 1996), informa no sólo los casos acumulados, sino también el número absoluto de casos nuevos reportados por semana, el acumulado de casos nuevos en lo que va del año y los casos ocurridos para la misma fecha en el año anterior. Además, el Registro Nacional de Casos de SIDA informa de los casos de SIDA según su evolución, y hasta el 01 de febrero de 1998, de los 34,228 casos acumulados, el 39.7% son personas con vida, el 53.4% ha fallecido y el 6.9% se desconoce su condición. Esto significa que el dato real de las personas que actualmente tienen SIDA corresponde alrededor de la mitad de los casos que se reportan como acumulados.

Aún así, el SIDA sigue siendo un problema que por su frecuencia, su letalidad, su costo y su velocidad de expansión, se considera como un problema de salud pública que debe tener prioridad nacional (Soberón, 1988). Por esta razón, debe ponerse especial atención en los grupos más afectados y orientar la investigación hacia los factores asociados al comportamiento de riesgo de dichos grupos. Resulta importante, pues, orientar los esfuerzos hacia el financiamiento de investigaciones sobre el comportamiento de riesgo. Bloom (1998) señala que dado que los países en desarrollo no pueden cubrir los costos de los tratamientos con drogas antirretrovirales —en Estados Unidos, según este mismo autor, el costo actual del tratamiento por paciente está entre \$12,000 y \$15,000 dólares—, la única medida disponible para estos países es luchar contra las conductas que incrementan el riesgo de la enfermedad, enfatizando el trabajo en los grupos más afectados.

Los grupos de mayor riesgo de contagio del VIH han sido los homosexuales, bisexuales, heterosexuales, drogadictos, prostitutas, adolescentes y cualquier persona que tenga relaciones sexuales (Gómez, 1997). De éstos, los

adolescentes es una población muy vulnerable porque se encuentra en una etapa en la que inician sus relaciones sexuales y requieren, por tanto, conocer la gravedad del problema y la forma en que pueden prevenir el contagio del VIH. La actividad sexual de este grupo se inicia a edades cada vez más tempranas (Duncan, 1992) y las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no planeados también resultan ser problemas frecuentes en esta población (Sellers, McGraw y McKinlay, 1994; Sepúlveda, Valdespino, García, Izazola y Rico, 1988).

Atwood (1992) señala que la identificación del SIDA con poblaciones adolescentes data de 1986, y enfatiza la importancia del trabajo preventivo con este tipo de población debido a que la mayor parte de los casos de transmisión del SIDA por vía perinatal ocurre en madres adolescentes. Además, se presume que por el largo periodo de incubación del VIH muchos adultos jóvenes adquirieron la infección durante su adolescencia o formación académica media superior. Por estas razones, los grupos de adolescentes y adultos jóvenes resultan ser una población hacia la que deben orientarse con mayor énfasis los programas de prevención del VIH. Bajo este contexto general, el presente estudio se orienta hacia la investigación de prácticas de riesgo en poblaciones de estudiantes universitarios, considerando el análisis de las formas específicas en las que realizan prácticas sexuales de riesgo.

La primera parte de este trabajo está encaminada a proporcionar información sobre los diferentes aspectos que se han evaluado como factores de riesgo en distintos grupos de personas. A partir del análisis de esta información, se presenta una alternativa conceptual sobre la forma de abordar la prevención de los problemas de salud, y en particular, del caso del VIH/SIDA, que tiene implicaciones importantes para el diseño de investigaciones orientadas hacia la evaluación de los factores psicológicos asociados con el contagio del VIH.

En la segunda parte se describen los propósitos y objetivos generales de la investigación y la metodología propuesta para alcanzarlos, la cual incluye la descripción sobre la forma en la que se procedió para seleccionar la muestra de

estudiantes, diseño del estudio, definición de variables sobre conocimientos y prácticas sexuales, instrumentos de medición, medidas utilizadas y el procedimiento de aplicación de los instrumentos de evaluación.

En la tercera parte se presentan los resultados relacionados con la evaluación de conocimientos acerca del VIH/SIDA y los niveles de riesgo de las prácticas sexuales de los estudiantes, haciendo comparaciones entre las diferentes variables demográficas consideradas (edad, sexo, semestre, carrera y tipo de carrera que cursan los estudiantes).

En la cuarta y última parte se hace una discusión de los hallazgos más importantes del estudio, partiendo de los planteamientos teóricos de diversos autores y del modelo sobre salud propuesto por Ribes (1990), particularmente el modelo de prevención del VIH/SIDA desarrollado por Bayés (1992b).

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

l) Investigación sobre actitudes, conocimientos y prácticas sexuales relacionados con la prevención del VIH/SIDA

El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el SIDA propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988) para todos los países que la integran, determinó en gran medida hacia dónde debía dirigirse la investigación en este campo y además qué es lo que tenía que estudiarse. Se presentaron los principios rectores para la vigilancia de este programa (OMS, 1990b), en donde la definición de los propósitos para lograr la promoción de la salud contra el SIDA debía centrarse en la consecución, a mediano plazo, de las siguientes metas: 1) prevenir la infección por el VIH; 2) reducir el impacto personal y social de la infección por el VIH; y 3) reducir el temor y el estigma relacionados con la infección por el VIH (OMS, 1990a). La evaluación inicial de este programa contempla, entre otros aspectos, información sobre "... a) la epidemiología local de la infección por el VIH y del SIDA; b) los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas del público en general sobre el SIDA; c) los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relacionados con la propagación de la infección por el VIH en determinados grupos destinatarios incluidos en el plan nacional de prevención y control del SIDA..." (OMS, 1990a, pág. 8). Más adelante se señala lo que en este contexto se entiende por conocimientos, actitudes y creencias: "...los conocimientos se pueden definir como la cantidad de información que tiene una persona sobre un tema; una actitud es la disposición de la persona a comportarse de cierta forma respecto de la gente y de determinadas prácticas; una creencia es la convicción que tiene una persona sobre un tema" (pág. 9).

Evidentemente, estos lineamientos promovieron en diferentes países el desarrollo de investigaciones orientadas hacia la obtención de información epidemiológica y hacia la identificación y evaluación de los factores asociados con los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de los diferentes grupos afectados por el VIH/SIDA. Siguiendo con este mismo esquema, se presentarán

algunos ejemplos de estudios que han evaluado estos factores, considerando, además, el tipo de población con la que se ha trabajado en el nivel de investigación y los hallazgos más importantes. Cabe señalar que, aun cuando la mayoría de los estudios evalúan simultáneamente más de uno de estos factores, en cada apartado se analizarán de manera independiente.

a) Conocimientos sobre VIH/SIDA

Estar bien informado sobre la gravedad del problema del SIDA, sobre las formas de contagio y las prácticas que deben realizarse para prevenirlo, ha sido una variable importante a considerar en la promoción de la salud contra el SIDA. Los estudios que han abordado este problema difieren en cuanto a los puntos específicos que se están evaluando sobre conocimientos del VIH/SIDA. Veamos algunos ejemplos.

La evaluación sobre conocimientos básicamente se ha orientado a determinar qué tanta información tiene una población determinada respecto de la etiología del VIH, epidemiología del SIDA, sintomatología de la enfermedad, mecanismos de transmisión del virus y formas específicas de prevención. Algunos trabajos se han centrado únicamente en la evaluación de conocimientos sobre la prevención y transmisión del SIDA (Cáceres, Roscano, Muñoz, Rotuzzo, Mandel y Hearst, 1992; Kelly, Lawrence, Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore y McNeill, 1990; Walter, Vaughan, Gladis, Fish, Kasen y Cohall, 1992), otros, en la evaluación de conocimientos sobre prácticas específicas de riesgo, sobre sexualidad y sobre formas específicas de prevención del SIDA (Fielstein y Hazlewood, 1992; Hays y Hays, 1992; Jemmott, Sweet y Fong, 1992; Micher y Silva, 1997; Sabogal, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman y Lemp, 1992). Sin embargo, es importante señalar que en ninguno de estos estudios se describen con detalle las preguntas concretas que se le hicieron a la población estudiada, sólo se reporta cuál fue la variable general que se evaluó.

Diforio, Parsons, Lehr y Adame (1993) evaluaron, en 689 estudiantes, conocimientos sobre las causas del SIDA, aspectos médicos de la enfermedad,

sus mecanismos de transmisión, formas para prevenirlo, y conocimientos sobre la efectividad del material con el que están hecho los condones para evitar la transmisión del VIH. Los resultados muestran que los estudiantes obtuvieron niveles elevados de conocimientos sobre las causas de la enfermedad y los mecanismos de transmisión, pero sabían muy poco acerca de los aspectos médicos; la mayoría sabía que el condón es efectivo para prevenir el SIDA, pero pocos pudieron diferenciar su efectividad en términos del material con el que están hechos (de latex vs. otros materiales); finalmente, un 12 % de la muestra no sabía que el VIH se puede transmitir en relaciones sexuales de mujer a hombre.

Los conocimientos sobre VIH/SIDA también ha resultado importante evaluarlos en el personal que se dedica al cuidado de la salud de la población. Passannante, French y Louria (1993) reportan los datos obtenidos de 2725 profesionales de la salud que respondieron a un cuestionario sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA. De éstos, los médicos fueron los que obtuvieron un porcentaje de respuestas más elevado (71%) que el resto de los profesionales, los odontólogos un 66% de respuestas correctas y las enfermeras un 65%, lo cual sugiere la necesidad de una mayor capacitación de estos profesionales sobre etiología, sintomatología, transmisión y prevención del VIH/SIDA.

El trabajo de Kelly, Lawrence, Hood y Brasfiel (1989) describe la construcción de un instrumento estandarizado formado por 40 ítems (cierto o falso) que evalúan conocimientos sobre comportamientos de riesgo relacionados con el SIDA. Aun cuando no se contempla la evaluación de aspectos que tienen que ver con la etiología y epidemiología de la enfermedad, es un instrumento que, de acuerdo con estos autores, puede servir como una medida útil de variables dependientes cuando se evalúa el impacto de programas de prevención a nivel aplicado o experimental, particularmente en poblaciones que potencialmente están en riesgo de contraer el VIH.

En México, Alfaro, Rivera y Díaz (1991) construyeron un cuestionario conformado por 46 reactivos de opción múltiple, los cuales evalúan cinco áreas de

conocimientos sobre el VIH/SIDA; el número de reactivos es diferente para cada área: etiología y desarrollo de la infección del VIH (11), epidemiología (6), sintomatología (7), y mecanismos de transmisión (11) y prevención (11). Este cuestionario se aplicó a una muestra de estudiantes de preparatoria que tenían entre 15 y 17 años. Los hallazgos más importantes muestran que en las áreas donde hubo menor número de respuestas correctas fueron en las de epidemiología y etiología y evolución de la infección por el VIH; mientras que en las de sintomatología, transmisión y prevención la mayoría de los estudiantes contestaron correctamente las preguntas.

Villagrán y Díaz (1992) evaluaron conocimientos sobre VIH/SIDA en una muestra de 3064 estudiantes de nivel licenciatura del Campus Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México, y aunque señalan que el instrumento se elaboró a partir de los indicadores propuestos por la OMS y CONASIDA para la investigación sobre SIDA y sexualidad, no describen cómo está organizado el instrumento. En los resultados reportan que se les hicieron a los estudiantes diferentes preguntas respecto a la etiología del SIDA, formas de transmisión, síntomas del SIDA y formas de evitar el contagio de enfermedades sexualmente transmisible (ETS). Los autores reportan que los conocimientos que tienen los estudiantes no son suficientes, ya que más del 25% de ellos desconoce la fase asintomática del padecimiento y cómo evitar las ETS, más del 60% ignora que no existe cura una vez que la persona está infectada por el VIH, y, finalmente, cerca del 10% no sabe que un enfermo asintomático puede ser transmisor del virus.

El conocimiento sobre el SIDA es sin duda una variable importante que debe tenerse en cuenta en la investigación sobre la adopción de medidas preventivas. Sin embargo, a pesar de que en diferentes países se muestra un nivel alto de conocimientos acerca del SIDA en la población en general, principalmente en lo relacionado con las vías de contagio y formas de prevención (Kornblit, 1997), se ha visto que la información es una condición necesaria pero no suficiente para producir cambios en los comportamientos de riesgo (Bayés, 1989). Hay una gran cantidad de estudios que muestran que a pesar de que los

conocimientos son elevados, los entrevistados incurren en prácticas de riesgo. Este aspecto se describirá más adelante en el apartado sobre evaluación de prácticas de riesgo.

b) Actitudes hacia el SIDA

Las escalas de actitudes hacia el SIDA evalúan, en términos generales, lo que una persona piensa, sabe o haría frente a situaciones que implican relacionarse con gente que tiene SIDA. En este sentido, se han evaluado aspectos tales como miedo a tener SIDA (Alfaro, Rivera y Díaz, 1992; Díaz y Alfaro, 1995), estimación del riesgo personal para contraer el SIDA (Cáceres, et al., 1992; Díaz y Rivera, 1992; Kelly, Sikkema, Winett, Solomon, Roffman, Heckman, Stevenson, Perry, Norman y Desiderato, 1995; Villagrán, Cubas, Díaz y Camacho, 1990), control interno y externo para prevenir el contagio (Flores y Díaz, 1994; Kelly, et al., 1990), percepción sobre el comportamiento de otros (Walter, et al., 1992), actitudes hacia la sexualidad (Alfaro, Rivera y Díaz, 1992), actitud hacia el uso del condón (Rivera y Díaz, 1994; Sabogal, et al., 1992; Villagrán y Díaz, 1992), actitudes hacia la enfermedad del SIDA (Flores y Díaz, 1992; Rivera y Díaz, 1994) y percepción de las normas sociales (Cáceres, et al., 1992; Jemmott, Sweet y Fong, 1992; Kelly, et al., 1990; Kelly, et al., 1995; Rivera y Díaz, 1994).

Particularmente con adolescentes y adultos jóvenes se han realizado diversos estudios que evalúan actitudes hacia el VIH/SIDA. Díaz y Alfaro (1995) trabajaron con 530 estudiantes de preparatoria para investigar las diferencias existentes por edad, género y debut sexual respecto a los factores psicosociales que están involucrados en la emisión de conductas sexuales preventivas del contagio del VIH. Las variables evaluadas fueron: autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH, miedo ante el contagio del VIH, creencias hacia grupos de riesgo (drogadictos, homosexuales, bisexuales, etc.) ante el contagio del VIH, actitud hacia las relaciones sexuales con personas seropositivas, creencias hacia el uso del condón y actitudes hacia el uso del condón. Los resultados muestran que, aun cuando la autopercepción de riesgo fue baja en todos los estudiantes,

los hombres presentan mayor autopercepción de riesgo que las mujeres; los estudiantes de menor edad (entre 15 y 16 años) muestran creencias erróneas respecto a que los grupos de homosexuales, bisexuales y drogadictos tienen más probabilidades de adquirir el virus; los hombres presentan actitudes más favorables hacia las relaciones sexuales con personas seropositivas que las mujeres; y, finalmente, los estudiantes que ya han tenido relaciones sexuales presentan actitudes y creencias más favorables hacia el uso del condón. Los autores señalan que estas variables deben ser incluidas en campañas de salud dentro de la política educativa dirigida a estudiantes.

Alfaro, Rivera y Díaz (1992) evaluaron actitudes hacia la sexualidad y SIDA en 480 estudiantes de preparatoria. Utilizaron una escala tipo Likert, validada psicométricamente, para analizar 5 factores de actitudes hacia la sexualidad: libertad en las relaciones sexuales, aborto, embarazo, anticonceptivos y prácticas sexuales; y 5 factores de actitudes hacia el SIDA: apoyo a enfermos de SIDA, temor al contagio del VIH, miedo a tener SIDA, cambios en la conducta sexual y sexo seguro. Los hallazgos más importantes indican que la mayoría de los estudiantes, especialmente las mujeres, tienen una actitud favorable para dar apoyo a enfermos de SIDA; los que han tenido relaciones sexuales y usan anticonceptivos, muestran una actitud más favorable hacia el uso del condón y cambios en la conducta sexual para evitar el SIDA que los que no han tenido relaciones sexuales; los que han tenido relaciones sexuales tienen mayor temor al contagio del VIH y a realizarse la prueba de detección del VIH; y, finalmente, se encontró que la mayoría de los adolescentes no se ven a sí mismos en riesgo de adquirir la infección por VIH.

Moore y Rosenthal (1991) evaluaron la percepción de riesgo y de invulnerabilidad para adquirir el SIDA en 1008 estudiantes australianos de 17 a 20 años de edad. Encontraron que aquellos estudiantes que no se percibían a sí mismos en riesgo de contraer el VIH y pensaban que ellos podían ejercer un control sobre la posibilidad del contagio, se involucraron en menos prácticas sexuales de riesgo. La mayoría de los sujetos que se percibían a sí mismos como

invulnerables (por ejemplo, verse en bajo riesgo a pesar de su comportamiento) continuaron involucrándose en prácticas de riesgo.

Estos estudios se restringen a comparar las variables psicosociales entre género, edad y debut sexual, pero no se considera la evaluación de prácticas sexuales. En el siguiente apartado se señalarán los estudios que contemplan la evaluación de este elemento.

c) Prácticas sexuales de riesgo

La tercera variable evaluada tiene que ver con las prácticas sexuales que los individuos realizan y que pueden ser consideradas como de alto riesgo o de prevención para contraer el SIDA. En general, las prácticas que se han evaluado con mayor frecuencia se pueden agrupar de la siguiente manera: 1) debut sexual (tener o no tener relaciones sexuales); 2) edad de inicio del debut sexual; 3) número de compañeros sexuales (en toda la vida, en el último año, últimos tres meses, etc.); 4) tener múltiples compañeros sexuales; 5) uso o no de protección; 6) frecuencia del uso de protección; 7) frecuencia de las relaciones sexuales; 8) preferencia homo-bisexual; 9) coito vaginal; 10) relaciones anales (insertivas y receptivas); 11) relaciones orales (activas y pasivas); 12) masturbación, y 13) caricias.

En la literatura encontramos que la evaluación de dichas prácticas puede abarcar sólo algunas de ellas, como son los casos de los trabajos de Sabogal, et al. (1992) y Walter, et al. (1992), quienes únicamente evaluaron relaciones homo-bisexuales e historia del VIH y uso del condón y número de compañeros sexuales, respectivamente. Sin embargo, encontramos otros trabajos que evalúan un rango más amplio de prácticas, que abarcan el uso del condón, número de compañeros sexuales, sexo anal y oral, tanto activo como pasivo, relaciones homosexuales y bisexuales, conversaciones sobre sexo seguro, concurrencia a bares, masturbación y caricias e historia sobre el VIH (Kelly, et al., 1989, 1990, 1995; Metsler, Noel y Biglan, 1992; Sawyer y Moss, 1993).

Con poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes, las prácticas sexuales que se han evaluado han sido diversas. Hollar y Snizek (1996) evaluaron relaciones anales, coito vaginal, múltiples compañeros sexuales y uso de protección. Encontraron que los estudiantes que realizan prácticas *menos convencionales* (sexo anal) utilizan protección, mientras que los que realizan prácticas *más convencionales* (penetración del pene en la vagina) no utilizan protección. Jadack, Hyde y Keller (1995) evaluaron, en 272 adultos jóvenes entre 18 y 41 años, diferentes parámetros relacionados con el uso del condón. Encontraron que las relaciones sexuales sin usar el condón ocurren en situaciones espontáneas, no planeadas, bajo la influencia de alcohol o drogas, con personas poco conocidas o con parejas con las que llevan mucho tiempo.

Millstein, Moscicki y Broering (1994) trabajaron con 696 mujeres adolescentes sexualmente activas, y las ubicaron en diferentes grupos de riesgo sobre la base de los siguientes elementos: su historia de uso de drogas intravenosas, historia de enfermedades sexualmente transmisibles y probable contacto con individuos infectados por el VIH. Los resultados indican que las mujeres ubicadas en el grupo de riesgo más alto muestran tasas más altas de consumo de sustancias, de relaciones anales y están dispuestas a tener relaciones futuras con compañeros riesgosos. Un segundo grupo de riesgo reportó tasas altas de ETS, uso inconsistente del condón y menos conocimientos sobre el SIDA. Estos hallazgos sugieren, según los autores, estrategias de intervención diferenciadas de acuerdo al grupo de riesgo.

En otro estudio (McCormack, Anderton y Barbieri, 1993) realizado también con estudiantes universitarios, se evaluaron las siguientes prácticas sexuales: uso del condón, quién toma la iniciativa para usar protección, relaciones sexuales con parejas múltiples, relaciones sexuales con una sola pareja, e historia sexual de la pareja. Los resultados muestran que cuando las relaciones sexuales se establecen con una sola pareja, los hombres insisten más en usar protección, mientras que las mujeres prefieren indagar sobre la historia sexual de su pareja;

entre los estudiantes que tienen múltiples parejas sexuales, las mujeres son las que muestran mayor iniciativa para usar el condón.

En el caso de los estudios que se han realizado en México, la evaluación de las prácticas sexuales en adolescentes y adultos jóvenes se ha centrado particularmente en el debut sexual, edad de inicio, número de compañeros sexuales y uso del condón. En ningún caso (excepto en el de Odriozola e Ibáñez, 1992) de los que se revisaron, se evalúan prácticas que implican también un riesgo fuerte de contagio del VIH y que los estudiantes pueden estarlas realizando, tales como relaciones anales, orales, sexo en grupo, uso de alcohol o drogas, entre otras.

Villagrán, Cubas, Díaz y Camacho (1990) evaluaron como prácticas sexuales las siguientes: debut sexual, número de parejas en la vida y en el último año, y elección de pareja (preferencia sexual); como conductas preventivas evaluaron: uso de condón, actitudes hacia el uso del condón, actitudes en relación al sexo y a las prácticas sexuales, pero de éstos, la única que puede considerarse como conducta preventiva es el uso de condón, las demás son actitudes y no prácticas. El estudio lo llevaron a cabo con 989 estudiantes universitarios; los resultados indican que alrededor de la mitad de la muestra ha tenido relaciones sexuales, de éstos el 75% las inició entre los 10 y los 19 años, siendo los hombres los que las inician a edades más tempranas. Respecto al número de parejas que han tenido en toda la vida, el 31% respondió haber tenido solo una, el 39% de 2 a 4 parejas y el 30% mencionó haber tenido 5 o más parejas. Finalmente, la mayoría reportó tener preferencia heterosexual, sólo el 10% de la muestra se inclina hacia la homo-bisexualidad.

En otro estudio (Alfaro y Díaz, 1994) realizado con 183 estudiantes de preparatoria sexualmente activos evaluaron como prácticas las siguientes: número de personas con las que han tenido relaciones sexuales, frecuencia de las relaciones sexuales, uso del condón y frecuencia del uso del condón. Los resultados muestran que los hombres tienen más parejas sexuales y más alta su

frecuencia en tener relaciones sexuales que las mujeres, y que entre más alta es la frecuencia de las relaciones mayor es la frecuencia del uso del condón.

Lo que Díaz y cols. (Alfaro y Díaz, 1994; Alfaro Rivera y Díaz, 1991; Villagrán y Díaz, 1992; Villagrán et al., 1990) describen como patrón de conducta sexual hace referencia al debut sexual, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas que han tenido en toda la vida y orientación sexual (homosexual, bisexual y heterosexual). En estos trabajos lo central es la investigación sobre las variables psicosociales relacionadas con la prevención del contagio del VIH, no las formas, tipos y circunstancias en las que se realizan las prácticas sexuales, dado que los estudios se insertan en el campo de la psicología social. Evidentemente, cuando se parte de una aproximación distinta las variables importantes sobre el mismo problema (prevención del VIH/SIDA) resultan ser otras. En el apartado siguiente se describirá lo que, desde una perspectiva conductual, se ha propuesto para desarrollar investigaciones sobre la prevención del VIH/SIDA.

Por otra parte, se puede encontrar en la literatura una gran cantidad de estudios que han evaluado la relación entre conocimientos y/o actitudes y la ocurrencia de prácticas de riesgo. En algunos casos se han reportado correlaciones positivas que indican que a mayor nivel de conocimientos o de actitudes positivas hacia el SIDA son mayores las prácticas de prevención; sin embargo, en la mayoría de los estudios se reporta una correlación negativa. Veamos algunos ejemplos.

En el estudio llevado a cabo por Hollar y Snizek (Op. cit.), se evaluó la relación entre conocimientos sobre el VIH/SIDA, la autoestima y el involucramiento en prácticas sexuales de riesgo. Los datos obtenidos de 353 estudiantes indican que un grupo de sujetos con niveles altos de autoestima y de conocimientos se involucraban más en prácticas conductuales seguras (uso de protección en relaciones anales) que aquellos que obtuvieron niveles bajos y moderados de autoestima, pero también se encontró que otro grupo de

estudiantes con niveles altos de autoestima se involucraba más en prácticas de riesgo (coito vaginal, sexo no protegido con múltiples compañeros) que los que presentaron niveles moderados y bajos de autoestima. Esto podría indicar que a mayor nivel de conocimientos y de autoestima, mayor es la frecuencia de prácticas seguras, pero también a mayor nivel de autoestima, se observa menor frecuencia de prácticas seguras. Según estos autores, los resultados indican que la autoestima y el nivel de conocimientos operan diferencialmente dependiendo del tipo de conducta sexual involucrada.

Anteriormente se comentó el trabajo de Jadack, Hyde y Keller (1995) para ejemplificar el tipo de prácticas sexuales que ellos evaluaron. El propósito de este estudio fue evaluar la relación entre conocimientos sobre el VIH y la incidencia de prácticas de riesgo reportadas por 272 adultos jóvenes entre 18 y 41 años, determinando las diferencias por género. Ellos encontraron que aun cuando todos los sujetos tuvieron conocimientos precisos sobre el VIH, hubo diferencias entre hombres y mujeres en las formas específicas en las que incurren en prácticas de riesgo. Así, los hombres, a diferencia de las mujeres, reportaron que sus relaciones sexuales sin usar protección ocurrían en situaciones no planeadas, espontáneas, mientras estaban bajo la influencia de alcohol o drogas o con personas poco conocidas. En cambio, las mujeres, más que los hombres, se involucraban en conductas sexuales sin usar protección cuando entablaban relaciones con parejas estables. Además, se observó que las mujeres preferían abstenerse de una relación sexual e indagar sobre la historia sexual de su pareja que utilizar el condón, mientras que los hombres se sentían más seguros comprando condones.

DiClemente, Forrest y Mickler (1990) también encontraron niveles altos de conocimientos sobre la transmisión del SIDA y frecuencias altas de comportamientos de riesgo relacionados con el VIH en estudiantes universitarios. Ellos señalan que una gran proporción de estudiantes reportaron nunca haber usado condón durante sus relaciones sexuales y dijeron haber tenido múltiples compañeros sexuales durante el último año. Otro grupo de sujetos reportó haber

tenido cambios en su comportamiento sexual, incrementando las prácticas de sexo seguro, pero los niveles de sus conocimientos sobre la transmisión del SIDA no estuvieron asociados a dichos reportes.

Adamchak, Mbizvo y Tawanda (1990) investigaron patrones en la relación entre conocimientos y actitudes hacia el SIDA y actividades sexuales entre 711 personas mayores de 20 años. Evaluaron conocimientos sobre las rutas de transmisión y características de la infección del VIH, cambios en el comportamiento para evitar el SIDA, incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles, y actividad sexual. Encontraron que a pesar de que el 90% de los sujetos obtuvieron niveles elevados de conocimientos acerca del SIDA y sólo un 12% no sabía cómo el VIH se puede transmitir, el 55% de las personas llevaban a cabo prácticas de riesgo (no usan protección).

En un estudio (Maticka, Kiewying, Haswell y Kuyyakanond, 1994) realizado con 330 mujeres de Tailandia, se evaluaron conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el VIH/SIDA. Los resultados más importantes muestran que los niveles de conocimientos generales acerca de los modos de transmisión y prevención fueron altos, el 85.5% de las mujeres identificaron al menos un modo de transmisión del VIH; para ellas la prostitución y el uso de jeringas contaminadas eran las fuentes predominantes de riesgo, sin embargo, estos conocimientos no los aplicaron a las circunstancias de la vida diaria, ya que no se consideraban estar en riesgo de contraer la infección aun cuando reconocían que sus esposos se involucraban en conductas de riesgo. En total 202 mujeres nunca habían usado el condón y 101 nunca habían visto un condón.

Para finalizar esta sección sobre prácticas sexuales, quisiéramos hacer referencia a un trabajo realizado con 728 estudiantes de una universidad privada de México (Odriozola e Ibáñez, 1992) que resulta interesante de analizar porque, aun cuando su interés no se centra en la prevención del VIH/SIDA, proporciona valiosa información para este problema al evaluar una gran cantidad de prácticas sexuales: masturbación a solas, besos en la boca, acariciar senos de la pareja,

ser acariciado en senos, acariciar genitales de la pareja, ser acariciado en genitales, estimular hasta el orgasmo, ser estimulado hasta el orgasmo, caricias mutuas desnudos, sexo oral activo, sexo oral pasivo, penetración anal heterosexual, excitarse con animal, excitarse con prenda de vestir, coito, uso de anticonceptivo primer coito, contacto homosexual, enfermedades venéreas, sexo con animales, cohabitación con pareja, más de una pareja sexual simultánea, sexo con varias personas juntas y sexo con recién conocido. Las prácticas que con menor frecuencia se realizaron fueron penetración anal heterosexual (10.9% de los estudiantes), sexo con varias personas juntas (8.2%), enfermedades venéreas (2.7%), excitarse con animal (1.7%), contacto homosexual (1.5%) y sexo con animales (sólo un estudiante). Se hizo una comparación por género y se encontró que los hombres presentan más prácticas sexuales que las mujeres. También se evaluaron los siguientes parámetros de la primera relación sexual: tipo de persona con la que tuvieron la relación, tiempo de conocerse y lugar de inicio de la relación; se evaluó también la frecuencia actual de las relaciones sexuales, frecuencia de la masturbación, frecuencia de uso de anticonceptivos y edad de inicio de las relaciones sexuales. Estudios como este ejemplifican la variedad de prácticas de riesgo en las que pueden incurrir los estudiantes universitarios y que debieran tomarse en consideración en la investigación sobre los comportamientos de riesgo relacionados con el contagio del VIH, y no restringirse sólo a unas cuantas prácticas, como el uso o no del condón, que fue la que con mayor frecuencia se evaluó en diferentes estudios.

A manera de resumen se puede señalar que, de los trabajos hasta aquí expuestos, algunos se han centrado sólo en el estudio de los conocimientos acerca del SIDA o conocimientos sobre comportamientos de alto riesgo, otros han abarcado tanto conocimientos como actitudes, pero la mayoría de ellos consideran en su evaluación las tres variables mencionadas: conocimientos, actitudes y prácticas sexuales.

Los principales hallazgos de estas investigaciones se pueden resumir en los siguientes puntos: 1) en general, los sujetos muestran buenos conocimientos

acerca del SIDA, sin embargo, sus prácticas sexuales son de alto riesgo, pues no emplean protección, tienen múltiples parejas sexuales, compañeros sexuales de alto riesgo, penetración anal sin protección, etc.; 2) en algunos casos los sujetos desconocen la naturaleza de las conductas de alto riesgo, es decir, saben cuáles son las conductas de alto riesgo pero no saben por qué son de alto riesgo; 3) los factores demográficos (edad, sexo, escolaridad, etc.) están altamente asociados a prácticas de alto riesgo; 4) el uso del alcohol está altamente asociado a prácticas de alto riesgo; 5) los sujetos que participan en conductas de alto riesgo tienen un nivel de conocimientos significativamente menor que aquellos que no las practican; y 6) los sujetos que participan en conductas de alto riesgo tienden a considerar que no contraerán el VIH, a diferencia de aquellos que no las practican.

Un trabajo que de alguna manera resume los hallazgos más importantes relacionados con los factores que están asociados con el riesgo de esta enfermedad es el reportado por Coates, Stall, Catania y Kegeles (1988); ellos realizaron una investigación bibliográfica sobre el tema y obtuvieron como resultado lo siguiente: 1) La raza negra y los hispanos son los grupos étnicos que más están asociados con el riesgo de contraer el SIDA y con comportamientos de alto riesgo; 2) la pobreza es otro factor asociado a la infección del VIH; 3) los adolescentes y los adultos jóvenes son las poblaciones que tienen más probabilidad de llevar a cabo conductas de alto riesgo relacionadas con el SIDA; 4) la combinación del alcohol y drogas con el sexo incrementa el comportamiento sexual de riesgo y la infección por el VIH; 5) el conocimiento sobre la salud puede estar relacionado con el cambio en el comportamiento en los primeros estados de la epidemia; 6) el grado en el que una persona cree en la información acerca de los métodos para reducir el riesgo está asociado con la reducción de conductas de alto riesgo; 7) la percepción sobre la pérdida de placer y la dificultad para cambiar está asociado con la continuación de conductas de alto riesgo; 8) la susceptibilidad hacia la infección por el VIH predice comportamientos de bajo riesgo; 9) el creer que uno tiene la habilidad para reducir el riesgo, está asociado

con la reducción de comportamientos de riesgo; y finalmente, 10) el creer que los compañeros apoyan el sexo de bajo riesgo predice el comportamiento sexual de bajo riesgo.

II) Planteamiento del problema

El propósito de este apartado consiste en ubicar la importancia del estudio del problema del VIH/SIDA desde una perspectiva psicológica. Por un lado, se describe brevemente la concepción teórica sobre la salud de la cual se parte en el estudio que aquí se reporta, y por otro, se presentan algunos estudios que se han realizado bajo la perspectiva de distintos modelos de salud que explican la conducta de riesgo, señalando algunas de sus limitaciones. Derivado de este análisis, se describen los aspectos principales del Modelo Psicológico de la Salud (Ribes, 1990) y las características del modelo de prevención del VIH/SIDA desarrollado por Bayés (1992b), como una alternativa viable para el desarrollo de investigaciones sobre la prevención del VIH/SIDA.

a) Concepción de la salud

A nivel internacional, la concepción sobre la salud ha evolucionado a lo largo del tiempo como producto de una serie de factores relacionados con el surgimiento y prevalencia de diversas enfermedades que se han catalogado como pandémicas. Según Gómez-Dantés y Khoshnood (1991), la primera etapa de esta evolución de la concepción sobre salud se caracterizó por un fuerte énfasis curativo, básicamente en Asia, África y Las Américas. La segunda etapa –que abarcaría, según estos mismos autores, el periodo comprendido entre 1830 y 1924–, se caracterizó por la prevención de la diseminación de enfermedades infecciosas hacia otros países, orientándose este control hacia las fronteras. En la tercera etapa, aun cuando seguía la preocupación por el control de enfermedades, se empezaron a desarrollar actividades preventivas dentro de cada país, y no sólo en las fronteras. La cuarta etapa (1946-1978) inicia con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se caracterizó por una preocupación de las agencias internacionales hacia la salud, y ya no hacia la

enfermedad. En la quinta etapa –que según Gómez-Dantés y Khoshnood (1991) se ubicaría a partir de 1978 y sería la que actualmente estamos viviendo–, se desarrolla un interés por proteger y promover la salud, en lugar de enfatizar las actividades hacia el tratamiento o rehabilitación de las enfermedades. Esto ocurre a partir de la celebración, en 1978, de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria a la Salud convocada por la OMS en Alma Ata, en la que el objetivo primordial era lograr en lo inmediato una acción urgente por parte de los gobiernos, instituciones de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los individuos (OMS, 1978).

Esta reunión responde a una crisis internacional de la salud. Por un lado, había una gran insatisfacción, tanto por parte de los usuarios (pacientes) como de los profesionales de la salud, dado que no se alcanzaban los indicadores propuestos sobre la salud. La cobertura de los servicios de salud era baja en los países desarrollados, y mucho más baja en los países en desarrollo. Había una gran institucionalización de los servicios de salud, tanto hospitales como centros de salud funcionaban como templos de la salud, lo que resultaba paradójico porque en éstos sólo se recuperaba la gente. La ubicación geográfica de los servicios de salud era otro grave problema, pues éstos estaban lejos de donde ocurrían los problemas de salud. Por otra parte, la salud tenía un carácter eminentemente curativo, de rehabilitación, y no preventivo. Aunado a todos estos aspectos, un punto que afectó de manera importante esta crisis mundial de la salud fueron los recursos insuficientes para hacerle frente a la problemática.

Bajo este panorama internacional, resultó necesario trabajar en la promoción de la salud de una manera integral. Hubo la necesidad de redefinir el concepto de salud, no debía entenderse como ausencia de enfermedad, ya no como un estado, sino como un proceso dinámico en el que era necesario considerar sus niveles biológicos, psicológicos y sociales. Bajo este contexto se celebra, en 1986, la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, proponiéndose como objetivo fundamental la "Salud para Todos en el año 2000". En esta reunión se planteó como condición necesaria

para lograr cualquier mejora en la salud la existencia de la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Es decir, se requería de la participación plena en la promoción de la salud, que implicaba, según la Carta de Ottawa (1986), la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. Con esto queda claro que la salud es un fenómeno social que, si bien se expresa a nivel individual, debe abordarse multidisciplinariamente.

La estrategia de promoción de la salud implicaba llevar a cabo una acción intersectorial, que la población adoptara un rol activo y que se diera una acción comunitaria que pudiera apoyarse en todos los recursos existentes en cada comunidad para poder lograr el cambio a favor de una cultura de la salud. En este contexto el psicólogo empezó a jugar un papel fundamental. Promover una cultura de la salud en cada uno de los individuos que constituyen una comunidad tiene que ver, entre otras cosas, no sólo con la identificación sino con la promoción de comportamientos favorables, tales como: ejercicio físico regular, prácticas nutricionales, adopción de comportamientos de seguridad, disminución del consumo de sustancias, prácticas de higiene, desarrollo de la auto-observación, reducir el estrés, desarrollar habilidades sociales de resolución de problemas, etc. Como resultado de esta necesidad, se empezaron a vincular la ciencia del comportamiento y las ciencias biomédicas, creándose, según Becoña, Vázquez y Oblitas (1995), "...un área de convergencia científica, metodológica y técnica: la medicina comportamental" (pág. 101).

En el mismo sentido, Ribes (1990) señala que al vincularse a la psicología con los problemas de salud, se crearon "...subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual y muchos otros." (pág. 15). Ubicando la actividad de los psicólogos de la salud en el campo de la investigación (Weiss, 1982), en estos subcampos de conocimiento se han desarrollado diversos modelos psicológicos de la salud que intentan explicar por qué la gente se

involucra o no en comportamientos saludables que se le recomienda que realice, es decir, son modelos que se orientan hacia el cambio conductual. De éstos, los que han generado una gran cantidad de investigaciones importantes sobre la promoción de la salud han sido el de Creencias de la Salud (Becker, 1974; Rosenstock, Strecher, y Becker, 1988), el de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), el de Etapas de Cambio –o Transteórico– (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi y Velicer, 1994), y el de Reducción de Riesgo, entre otros. El análisis de la efectividad de algunos de estos modelos en la prevención de los problemas de salud, será uno de los propósitos de este apartado. Derivado de lo anterior, se describirá, como un modelo alternativo, el modelo psicológico de prevención de enfermedad propuesto por Ribes (1990), tomando como ejemplo concreto de la aplicación de dicho modelo, la prevención del contagio del VIH/SIDA (Bayés, 1992b; Bayés y Ribes, 1989). Con base en el análisis de las investigaciones generadas por estos modelos, se presentan, a manera de conclusión, algunos lineamientos que, desde nuestra óptica, deben seguirse para trabajar en el diseño de programas de prevención de diversos problemas de salud desde una perspectiva psicológica, tomando en consideración algunos aspectos sobre las políticas de salud que a nivel nacional e internacional deben tenerse presentes en el trabajo de investigación sobre la prevención de problemas de salud.

b) Modelos teóricos que explican la conducta de riesgo

Una de las preocupaciones centrales de los distintos modelos de la salud que se han desarrollado a lo largo de muchos años ha sido la identificación y entendimiento de los determinantes de las conductas saludables e investigar el impacto del comportamiento de los individuos sobre la salud. Algunos modelos que se han desarrollado para explicar la adopción de conductas que protegen la salud reflejan la convergencia de dos teorías del aprendizaje: la teoría de "estímulo-respuesta" y la "teoría cognitiva" (Rosenstock, Strecher y Becker, 1988). La primera establece que la frecuencia de una conducta está determinada por sus

consecuencias (Skinner, 1938); no se requiere de ningún concepto mentalista (razonar, pensar, etc.) para explicar el comportamiento. La segunda, representada por la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), incorpora un componente cognitivo al paradigma skinneriano, dando especial importancia a variables de naturaleza social relevantes en el estudio de la cognición y el comportamiento (Bandura, 1986). Desde la perspectiva de esta teoría, se considera que el comportamiento está determinado por las expectativas que se formula un individuo acerca de que su comportamiento le permitirá alcanzar un resultado específico. El modelo que más se ha utilizado para promover comportamientos saludables ha sido el de Creencias de Salud (Becker, 1974).

De acuerdo con lo que señala Rosenstock (1974), la teoría y desarrollo del Modelo de Creencias de Salud creció simultáneamente con la necesidad de solucionar los problemas prácticos que eran el principal motivo de preocupación de los servicios de Salud Pública; por ejemplo, cómo lograr que la gente aceptara someterse a pruebas para detectar cáncer cervical, prevenir enfermedades dentales, fiebre reumática, polio e influenza, entre otras enfermedades. Esto, según Rosenstock (*Op. cit.*), influyó en el tipo de teoría que tenía que desarrollarse para explicar la conducta saludable preventiva, y es en este contexto que empiezan a realizarse investigaciones sobre la efectividad de este modelo. Rosenstock, Strecher y Becker (1988) analizaron las diferencias y semejanzas que hay entre la Teoría del Aprendizaje Social y el Modelo de Creencias de Salud, concluyendo que ambos tienen muchos elementos en común y que lo que tendría que hacer el Modelo de Creencias de Salud sería incorporar a la auto-eficacia —concepto propuesto por Bandura (1977)— como una variable explicativa que puede ser manipulada para obtener resultados positivos en el comportamiento saludable.

La investigación sobre la efectividad del Modelo de Creencias de Salud para poder explicar, predecir e influir en el comportamiento relacionado con la salud, propició el surgimiento de nuevos modelos que, en el sentido estricto, son derivaciones del de Creencias de Salud, pues contemplan las variables definidas

por este último pero incorporan nuevos elementos. De acuerdo con el Modelo de Creencias de Salud el comportamiento preventivo es función de la preocupación general que tiene la persona por la salud, el riesgo percibido de adquirir la enfermedad (susceptibilidad percibida), la seriedad percibida de la enfermedad (severidad percibida), beneficios y barreras percibidos por realizar la conducta preventiva, señales que focalizan la atención de la persona para la acción y, finalmente, la auto-eficacia (Páez, Ubillos, Pizarro y León, 1994). En pocas palabras, para que ocurra un cambio en una persona en riesgo, debe sentirse amenazada por sus patrones de comportamiento actuales y creer que un cambio de cierta clase será beneficioso llevando a un resultado positivo y a un costo aceptable, pero también debe sentirse competente para llevar a cabo el cambio. En el caso de la teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), se plantea que el comportamiento de una persona está en función de sus intenciones de realizar el comportamiento en cuestión; las intenciones, a su vez, son una función de la actitud que tiene la persona para realizar el acto en cuestión y de sus normas subjetivas (percepción de lo que sus personas significativas piensan acerca de lo que debe hacer en relación al comportamiento del que se trata).

Weinstein (1993) compara cuatro modelos de salud que, desde su punto de vista, han sido los que más investigación han generado. Este autor analiza las variables que tienen en común los modelos de Creencias de Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Motivación para la Protección y la Teoría de la Utilidad Subjetiva Esperada, y señala que lo importante no es decidir cuál teoría es la mejor, sino tener los elementos para decidir qué variables y procesos en estas teorías permiten tener un mejor entendimiento del comportamiento relacionado con la protección de la salud. De hecho, señala que de 205 artículos publicados entre 1974 y 1991 que mencionan a alguno de estos modelos, sólo 4 de ellos son investigaciones empíricas que comparan la efectividad de las variables contempladas en distintos modelos. En general lo que se ha hecho —y se hace actualmente—, es utilizar un solo modelo para investigar su utilidad en la prevención de distintos problemas de salud. Veamos algunos ejemplos.

Cassidy (1997) hace un análisis que permite ver la utilidad del modelo de Etapas de Cambio o Transteórico (llamado así por considerar varias teorías de cambio conductual) para los profesionales de la salud. En términos generales este modelo describe cinco etapas por las que el individuo pasa para cambiar a comportamientos preventivos: 1) precontemplación (no intenta cambiar su comportamiento en un tiempo próximo determinado), 2) contemplación (tiene la intención de cambiar su comportamiento), 3) preparación (planifica seriamente cómo hacer el cambio, 4) acción (el individuo ha modificado su conducta y alcanzado el criterio de tiempo preestablecido) y 5) mantenimiento (sigue el cambio manteniendo su conducta por un periodo mayor al preestablecido). Para diseñar intervenciones eficaces con este modelo, se requiere que se identifique bien la etapa en la que se encuentra la persona y determinar con claridad la etapa que se pretende afectar. Cassidy (1997.) señala que utilizando este modelo, los profesionales encargados de la salud pueden diseñar intervenciones específicas en las que se pueda identificar la etapa actual en la que se encuentre la persona en cuestión, con el propósito de acelerar el progreso de esta persona hacia la adopción y mantenimiento de la conducta deseada. Sin embargo, Weinstein, Rothman y Sutton (1998), al examinar con detalle este modelo considerando ejemplos de investigaciones empíricas, cuestionan su efectividad respecto a la forma en la que puede hacerse la evaluación de cada etapa.

Fitzgerald (1991) analiza la efectividad del modelo de Auto-eficacia –analizado con detalle por Schwarzer y Fuchs, 1995–, como un marco teórico que permite abordar el cambio conductual. En general la auto-eficacia hace referencia a las creencias que tiene una persona acerca de sus capacidades para llevar a cabo una acción específica que es necesaria para lograr un resultado deseado. Fitzgerald (Op. cit.) hace una revisión de diversos estudios que utilizan el modelo de auto-eficacia para cambiar conductas de tabaquismo, control de peso, ejercicio y rehabilitación cardíaca, entre otros, concluyendo que este modelo predice la modificación y mantenimiento de comportamientos preventivos.

Lee (1993) señala que la mayor parte de las investigaciones basadas en una teoría han utilizado el Modelo de Creencias de Salud, pero que éste ha tenido éxito limitado en la explicación de las conductas relacionadas con la salud, por lo que propone la operacionalización de la Teoría de la Conducta Planeada, que es una expansión de la Teoría de la Acción Razonada, agregándole el constructo de 'control conductual percibido'. Este autor afirma que la Teoría de la Conducta Planeada tiene un mayor poder explicativo que el de la Teoría de la Acción Razonada con respecto a las conductas dirigidas hacia una meta. Diseña un instrumento que evalúa los componentes de la conducta planeada usando como ejemplo el problema conductual de dejar de fumar en fumadores militares. Según Lee (1993), este modelo de la Conducta Planeada es útil para entender y predecir el comportamiento relacionado con la salud siempre y cuando se operacionalice cuidadosamente.

A manera de resumen, podríamos señalar que se han desarrollado distintos modelos teóricos que intentan explicar, predecir e influir en comportamientos relacionados con la salud y que en distintos trabajos se ha señalado la utilidad de cada uno de estos modelos. Y se podría llegar a la conclusión –como lo hace Salazar (1991), quien hace una revisión de distintos trabajos que han utilizado como marco de referencia a los modelos de Creencias de Salud, la Teoría de la Auto-eficacia, la Teoría de la Acción Razonada y el Modelo de Utilidad de Múltiples Atributos–, de que independientemente del modelo específico utilizado, los modelos conductuales proporcionan un marco de referencia útil para el desarrollo de intervenciones y estrategias que pueden facilitar el cambio conductual. La pregunta que aquí surge es ¿qué tanto estos modelos han generado investigaciones de intervención directa logrando resultados positivos?

La investigación aplicada nos debiera dar información acerca de las estrategias específicas que pueden ser efectivas para lograr que los individuos cambien sus comportamientos de riesgo a comportamientos preventivos, y con base en esta información, generar y diseñar programas de intervención para prevenir distintos problemas de salud. Sin embargo, son pocos los estudios que

se orientan hacia este último aspecto; la mayoría de los que se revisaron para realizar este escrito, se dirigen hacia la evaluación de las variables que el modelo teórico establece como determinantes del comportamiento relacionado con la salud. Como ejemplo de esto últimos podemos ubicar diversos trabajos que han evaluado la efectividad de distintos modelos de salud en la identificación de predictores de riesgo en conductas relacionadas con el contagio del VIH/SIDA (Abraham, Sheeran y Orbell, 1998; Basen-Engquist, 1992; Mahoney, Thombs y Ford, 1995; Yep, 1993; Zimmerman y Olson, 1994). Otros más hacen revisiones de investigaciones empíricas relacionadas con problemas de asma infantil (Bruhn, 1983), prevención secundaria del cáncer (Lauver, 1992), promoción de la salud en escuelas (Parcel, 1984); impacto de los modelos en el diseño de los currícula educativos sobre el SIDA (Mulvihill, 1996) y prevención primaria de la hipertensión (Salazar, 1995), mostrando la utilidad de los distintos modelos en la identificación de factores que predicen la conducta de riesgo.

Por otra parte, se puede ver, en distintos trabajos, que algunos modelos de salud han sido objeto de críticas por su incapacidad para prevenir comportamientos de riesgo relacionados con alguna enfermedad específica. En el caso particular de la prevención del contagio del VIH/SIDA, Abraham y Sheeran (1994) analizan diversos estudios que utilizan como marco de referencia teórico, los modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada para prevenir el contagio del VIH en jóvenes heterosexuales; estos autores señalan que dichos modelos sugieren que las creencias, actitudes, normas sociales, intenciones y auto-eficacia percibida son condiciones psicológicas suficientes para que ocurran prácticas sexuales seguras; sin embargo, dada la naturaleza de la problemática sexual de los jóvenes, estos modelos tienen limitaciones al no considerar factores adicionales como la complejidad motivacional de la conducta sexual, el estado emocional y de madurez sexual de los jóvenes en el momento en el que ocurre alguna conducta sexual, las dificultades para planear interacciones espontáneas y, finalmente, los factores contextuales que pueden afectar las intenciones de realizar comportamientos preventivos del VIH.

También Brown, DiClemente y Reynolds (1991) han señalado las dificultades del modelo de Creencias de Salud en la predicción de conductas relacionadas con el contagio del VIH, y consideran la necesidad de un modelo de prevención del VIH que incorpore los factores que caracterizan a los adolescentes, tales como la inmadurez cognitiva, su esfuerzo por ser independientes, la influencia que ejercen los compañeros y las características de su propio desarrollo físico.

De la misma manera se ha cuestionado la utilidad del Modelo de Creencias de Salud en la prevención del cáncer en la piel. Marlenga (1995) realizó un estudio descriptivo para evaluar, en trabajadores campesinos, sus creencias de salud, el nivel de conocimientos que tienen acerca del cáncer en la piel y sus prácticas actuales que previenen este tipo de cáncer; los resultados indican una incongruencia entre las variables medidas bajo el Modelo de Creencias de Salud y la realización de prácticas de prevención del cáncer: los campesinos tenían conocimientos sobre el cáncer en la piel, sentían que ellos eran susceptibles a esta enfermedad, que realmente era un problema serio y pensaban que el tomar acciones preventivas era benéfico para ellos; sin embargo, ellos no realizaban ninguna práctica de protección contra los rayos solares.

Esta incongruencia entre lo que la gente cree, conoce, piensa, siente, percibe, etc., y lo que finalmente hace, ha sido motivo de discusión en diversos trabajos. Quizá habría que considerar que en los modelos anteriormente descritos se propone lograr cambios conductuales incidiendo en variables de tipo cognitivo y lo que se logra son aumentos en la probabilidad de ocurrencia del comportamiento preventivo, pero no asegura que dicho comportamiento realmente ocurra. Como lo señala Weinstein (1993), ninguno de estos modelos actualmente predice la cantidad de comportamiento preventivo que ocurrirá; en lugar de ello, "...lo que se predice es la probabilidad relativa de la acción por diferentes individuos o por individuos en diferentes grupos de tratamiento" (pág. 326).

Una forma distinta de abordar la prevención de los problemas de salud la constituye el Modelo Psicológico de la Salud (Ribes, 1990). Este modelo tiene sus fundamentos teóricos en trabajos previos (Ribes y López, 1985) que se derivan de una aproximación interconductual (Kantor, 1967), en donde lo psicológico está definido por interacciones ontogenéticamente construidas por el individuo, con objetos, eventos y otros individuos. En este trabajo no se intenta analizar cuál modelo sería la mejor opción –sería una labor ardua y difícil que está fuera del alcance de nuestras posibilidades–; más bien se intenta plantear a este modelo como una opción más que debería considerarse como marco de referencia en el desarrollo de investigaciones sobre la prevención de comportamientos de riesgo relacionados con la salud y la promoción de comportamientos saludables. En el siguiente apartado se describen las características generales de dicho modelo y sus posibles alcances y limitaciones que tendría en el campo de la investigación sobre el VIH/SIDA.

c) El Modelo Psicológico de la Salud aplicado al caso del VIH/SIDA

En 1988 cerca de 10 mil comunicaciones científicas sobre SIDA se habían presentado en foros internacionales como la Conferencia Mundial sobre Programas de Prevención del SIDA y la IV Conferencia Internacional sobre el SIDA (Bayés, 1988). En México, según el reporte presentado por Magis, Ruiz, Bravo, Ortiz, Silva y Uribe (1998), de 1984 a 1996 se realizaron 1892 trabajos sobre el VIH/SIDA, de los cuales, el 40.6% son estudios biomédicos, el 31.9% del área social y del comportamiento, el 22.6% son estudios epidemiológicos y el 4.9% son operacionales (de evaluación o intervención). A pesar de esta gran cantidad de investigaciones orientadas hacia la prevención del VIH/SIDA y de las fuertes campañas del Sector Salud para promover el uso del condón como estrategia efectiva para prevenir el contagio del VIH, los niveles de incidencia de esta enfermedad mortal siguen aumentando. Este es un problema muy complejo que debe abordarse, de manera conjunta, desde diferentes disciplinas. Sin embargo, pueden señalarse algunos puntos que, desde la perspectiva de Piña,

Duarte y Guzmán (1992), podrían estar relacionados con la falta de resultados satisfactorios para reducir la incidencia y prevalencia del SIDA:

El primero de ellos tiene que ver con lo que ya se ha señalado de manera insistente en otros lugares (Arranz y Bayés, 1988; Bayés, 1992a): la información es necesaria mas no suficiente para lograr cambios en los comportamientos de riesgo; el segundo aspecto hace referencia a que en las investigaciones biomédicas, epidemiológicas y las orientadas socialmente, se hace hincapié en las dimensiones biológicas y sociales del problema, pasando por alto la dimensión psicológica como categoría analítica específica. El hecho de que se identifiquen comportamientos y/o circunstancias de alto riesgo no quiere decir que, con programas preventivos dirigidos a grupos sociales particulares, se esté en una posición inmejorable para inducir cambios deseados en el nivel conductual y hacer menos probables las circunstancias de alto riesgo. La labor fundamental de la investigación psicológica en este problema del SIDA, no se restringe a describir y enumerar los comportamientos asociados a la enfermedad, sino a descubrir su naturaleza funcional (Piña, Duarte y Guzmán, 1992). En este sentido, el análisis de los comportamientos de riesgo debe contemplar categorías de procesos que permitan justamente entender por qué llegan a ocurrir prácticas de riesgo y qué debe hacerse para lograr el cambio hacia estilos de comportamientos preventivos eficaces. Estos aspectos se abordan en el modelo de salud propuesto por Ribes (1990), y en particular en el de prevención del VIH/SIDA propuesto inicialmente por Bayés y Ribes (1989) y posteriormente desarrollado con más detalle por Bayés (1992b).

La tesis central del Modelo Psicológico de la salud consiste en considerar al comportamiento como eje vinculador entre lo biológico y lo sociocultural; la dimensión psicológica de la salud la constituye la práctica individual de un organismo biológico regulado por relaciones socioculturales. De acuerdo con esto, la salud, como concepto integrador de lo social (bienestar) y lo biológico (ausencia de enfermedad), sólo puede concebirse en la práctica real mediante

su vinculación con aspectos relacionados con el comportamiento o actividad individual humana (Ribes, 1990).

El Modelo Psicológico de la Salud que propone Ribes (1990) puede desglosarse en tres elementos: "1) La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente. 2) Las competencias¹ que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud. 3) Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto *inicial* con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica" (pág. 20). Lo importante desde esta perspectiva implica que, el hacer de cierta manera las cosas y el hacerlo frente a ciertas circunstancias o condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica.

Es importante señalar que esta concepción psicológica de la salud constituye una propuesta conceptual que tiene que trabajarse empíricamente, y que hasta la fecha, los intentos que se han realizado sobre algunos aspectos de este modelo se enmarcan en la investigación sobre alcoholismo (DíazGonzález, Rodríguez, y Nava, 1998; Martínez y Sánchez, 1998) y sobre la prevención del VIH/SIDA (Arranz y Bayés, 1988; Bayés, 1992a, 1992b, 1994; Bayés y Arranz, 1988; Piña, 1988; Piña, Duarte y Guzmán, 1992; Piña, Márquez y Vera, 1992; Preciado y Montesinos, 1992; Torres, 1994).

En términos generales, el modelo de prevención de enfermedad desarrollado por Bayés (1992b) consta de tres fases: pasado, presente y futuro. Veamos en qué consiste cada una de ellas.

¹ El concepto de "competencias" tiene un significado funcional, implica siempre el comportamiento (que tiene características morfológicas, es relativo a alguna o varias personas y tiene características dinámicas, como frecuencia, intensidad, etc.) de un individuo bajo situaciones específicas (circunstancia social, lugar, objetos o acontecimientos físicos, conductas socialmente esperadas, etc.).

1) **Pasado.** En esta fase están involucrados los factores históricos que pueden influir en cada nueva situación interactiva concreta, factores que reflejan el grado de información específica relacionada con el problema de salud del que se trate y reflejan también, el grado de información que el individuo posee respecto de los factores normativo-culturales involucrados en la situación específica. En este sentido, se considera el nivel de información que una persona posee respecto a: 1) comportamientos y situaciones de riesgo; 2) señales o condiciones de estímulo que indican proximidad de una situación de riesgo y, por tanto, la oportunidad de practicar comportamientos preventivos eficaces; 3) comportamientos preventivos eficaces, que son básicamente de cuatro tipos: a) evitar comportamientos de riesgo, b) eliminar elementos nocivos del comportamiento de riesgo, c) practicar comportamientos incompatibles no peligrosos, y d) demorar el comportamiento de riesgo hasta el momento en que pueda efectuarse sin peligro; 4) información sobre las consecuencias a corto y/o largo plazo que pueden derivarse de la práctica de comportamientos preventivos o de riesgo; y 5) información sobre la forma de practicar con habilidad comportamientos preventivos adecuados. La información específica normativo-cultural, por otra parte, hace referencia "...a las normas y orientaciones vigentes en el contexto social en el que el individuo vive y considera como propio, y que, entre otras cosas, señalan, de forma explícita o implícita, qué prácticas son aceptables y deseables, y cuáles no, para los miembros que lo constituyen" (Bayés, 1992b, pág. 37). De acuerdo con este último autor, la información normativo-cultural podría ubicarse en la literatura relacionada con representaciones sociales, creencias y actitudes, que son variables centrales en los modelos de salud descritos en el apartado anterior de este trabajo.

2) **Presente.** En esta fase se consideran los factores que forman parte, momentáneamente, de una interacción. Se analizan los aspectos situacionales que facilitan o inhiben el comportamiento de riesgo, los cuales pueden ser de tres tipos: a) los personales, que incluyen variables relacionadas con lo que en los modelos antes descritos se ha considerado como intenciones, expectativas de

resultados y expectativas de auto-eficacia; b) los ecológico-coyunturales, como podría ser la propuesta de una persona atractiva para tener relaciones sexuales, o la oferta de droga gratuita, o por el contrario, la poca atracción de la potencial pareja sexual o el ofrecimiento de droga a precios muy elevados; y, finalmente, c) los aspectos convencionales, que serían las normas que guían la conducta de las personas específicas involucradas en una interacción, es decir, lo que ellas creen que está bien o mal hacer en la situación específica en la que se encuentran. También se considera importante analizar en esta fase, la vulnerabilidad del individuo. En relación con este aspecto, este modelo persigue dos propósitos fundamentales: 1) eliminar o disminuir el carácter patógeno del medio y/o evitar el contacto de las partes sensibles del organismo con dicho medio, y 2) mantener en un mínimo de vulnerabilidad a cualquier organismo sometido a condiciones de riesgo. Bayés y Arranz (1988) describen con detalle los factores psicológicos que están asociados a la vulnerabilidad de un organismo, y señalan que el grado de dicha vulnerabilidad depende de tres aspectos: a) de la información contenida en el código genético del organismo; b) de la historia interactiva de la persona, y c) de las características de las circunstancias interactivas presentes, considerando, sobre todo, cómo éstas son percibidas por la persona.

3) **Futuro.** Esta última fase está limitada a las consecuencias a mediano y largo plazo que se derivan de la práctica de comportamientos de riesgo o preventivos. Bayés (1992b) le da especial atención a esta parte del modelo porque considera que juega un papel central para explicar la enorme dificultad que existe para conseguir cambios en los comportamientos de riesgo sexuales. Es probable que las personas prefieran las consecuencias inmediatas placenteras que ocasiona su comportamiento de riesgo, sin importarle las consecuencias a largo plazo que pueda tener sobre su estado de salud. Bayés (1992b) señala seis características de las consecuencias inmediatas propias de la interacción, que se derivan de un análisis funcional del comportamiento: 1) los comportamientos de riesgo casi siempre van seguidos, en lo inmediato, de consecuencias placenteras; 2) las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica de

comportamientos de riesgo son sólo probables y siempre a largo plazo; 3) no existe una cadena de hechos sensibles que vincule la ocurrencia del comportamiento de riesgo con la aparición de una enfermedad, casi siempre los síntomas de ésta aparecen mucho tiempo después de haber practicado el comportamiento de riesgo; 4) los comportamientos preventivos casi siempre van seguidos por una evitación, aplazamiento o atenuación de consecuencias placenteras; 5) las consecuencias derivadas de la práctica de comportamientos preventivos, son sólo probables y siempre a largo plazo; y 6) no hay ninguna garantía de que un estado actual saludable sea resultado de la práctica de un comportamiento preventivo concreto.

Bayés (1992b) señala la necesidad de dirigir los esfuerzos de la investigación hacia la consecución del mejor conocimiento posible de estos factores que se presentan en el modelo, y, por tanto, de orientar la investigación hacia el diseño de instrumentos de evaluación, fiables y válidos, como condición necesaria para poder valorar la eficacia de las acciones preventivas y terapéuticas que se lleven a cabo. Bajo este contexto, el presente estudio podría considerarse como un intento hacia la construcción de un instrumento que permita evaluar algunos de los aspectos centrales de este modelo. Básicamente se centra en la evaluación de distintas prácticas sexuales, considerando las situaciones particulares bajo las cuales ocurren, y en la evaluación de distintas variables que median la ocurrencia del comportamiento de riesgo o preventivo.

SEGUNDA PARTE

REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN

Propósitos del proyecto general:

El estudio que aquí presentamos se deriva de un proyecto más general sobre la prevención del VIH/SIDA, cuyos propósitos son los siguientes:

- 1) Diseñar y aplicar un instrumento de evaluación que permita obtener información sobre conocimientos (acerca del VIH/SIDA y de prácticas de alto riesgo), prácticas sexuales y competencias funcionales de diferentes poblaciones (adolescentes, estudiantes universitarios, portadores del VIH y personas que tienen SIDA).
- 2) Determinar los perfiles conductuales de las diferentes poblaciones en términos de grupos de habilidades específicas relacionadas con prácticas de riesgo o prevención para contraer el SIDA.
- 3) Determinar el nivel de correlación entre cada una de las diferentes variables definidas: conocimientos, prácticas y competencias funcionales, en relación con las características de la población evaluada y datos demográficos.
- 4) Diseñar y evaluar, a partir de la información generada por los puntos anteriores, las acciones que desde una perspectiva psicológica, pueden emprenderse en los programas de prevención del VIH/SIDA.

Objetivos generales del estudio:

De acuerdo con los propósitos planteados en el proyecto general, los objetivos que se pretenden lograr en el estudio que aquí presentamos son los siguientes:

- 1) Construir y aplicar un instrumento que permita evaluar, en poblaciones de estudiantes universitarios, prácticas sexuales de riesgo y prevención relacionadas con el contagio del VIH/SIDA, diseñado a partir del modelo psicológico de salud propuesto por Ribes (1990).

- 2) Definir perfiles conductuales de riesgo considerando las formas particulares en las que los estudiantes llevan a cabo sus prácticas sexuales.
- 3) Determinar la relación que pueda existir entre conocimientos generales acerca del VIH/SIDA y los perfiles conductuales de riesgo identificados en los estudiantes que cursan distintas carreras.

Objetivos específicos:

- 1) Evaluar el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA en los estudiantes de las 6 carreras que conforman la muestra.
- 2) Evaluar las prácticas sexuales que realizan los estudiantes, considerando los siguientes elementos: tipo de pareja con la que las realizan, uso de protección, tipo de pareja con la que usan o no usan protección, frecuencia del uso de protección, razones por las que usan o no protección y quién toma la iniciativa para usar protección.
- 3) Determinar los grupos de estudiantes que realizan prácticas de riesgo definidas a partir de los elementos señalados en el punto anterior.
- 4) Determinar las diferencias en el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA y las prácticas sexuales entre los estudiantes universitarios que cursan carreras relacionadas con el área de la salud (Enfermería, Odontología y Psicología) y aquellos que cursan carreras no relacionadas con la salud (Administración, Arquitectura y Derecho).
- 5) Investigar la relación entre conocimientos y prácticas sexuales de riesgo considerando tipo de carrera, edad, género y semestre que cursan los estudiantes.
- 6) Evaluar los factores disposicionales que con mayor frecuencia posibilitan la ocurrencia de prácticas sexuales de riesgo o preventivas.

Suponemos que aquellos estudiantes que cursan carreras que tienen que ver más con el área de la salud presentarán un nivel de conocimientos acerca del

VIH/SIDA mayor que aquellos que cursan carreras que no están relacionadas con la salud, y por lo tanto, sus perfiles conductuales de riesgo estarán relacionados con el nivel de conocimientos que tengan acerca del VIH/SIDA. Por otra parte, se plantea que los estudiantes que cursan los primeros semestres de las carreras tendrán un nivel más bajo de conocimientos sobre el VIH/SIDA e incurrirán en más prácticas de riesgo que aquellos que cursan los últimos semestres.

MÉTODO

Población universo: La población universo estuvo constituida por estudiantes universitarios que cursaban el segundo y octavo semestre de las carreras de Enfermería, Odontología, Psicología, Administración, Arquitectura y Derecho. Las tres primeras son carreras que se insertan en el campo de la salud, mientras que las tres restantes no están relacionadas con la salud. Todas las carreras se imparten en la Universidad Nacional Autónoma de México. Se consideró como población universo a la carrera de Enfermería que se imparte en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; a la carrera de Odontología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala; a la de Psicología que se imparte en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; la carrera de Administración de la Facultad de Contaduría y Administración; y, finalmente, a las carreras de Arquitectura y Derecho de la ENEP Acatlán. El número de grupos que había en cada carrera, tanto de segundo como de octavo semestre, varió de 3 a 32 grupos.

En el Cuadro No. 4 se describe el total de grupos abiertos por semestre y por carrera y el número promedio de alumnos por grupo. En total la población universo estuvo conformada por 89 grupos de segundo semestre y 52 grupos de octavo semestre, en el primer caso el número promedio de alumnos por grupo fue de 38, y en el segundo caso de 39.

Cuadro No. 4

Total de grupos de segundo y octavo semestres que conforman la población universo y el número promedio de alumnos por grupo

TIPO DE CARRERA	NOMBRE DE LA CARRERA	No. DE GRUPOS ABIERTOS		No. PROMEDIO DE ALUMNOS INSCRITOS	
		2° sem.	8° sem.	2° sem.	8° sem.
SALUD	ENFERMERÍA	8	8	32	28
SALUD	ODONTOLOGÍA	16	9	30	30
SALUD	PSICOLOGÍA	12	14	40	50
NO SALUD	ADMINISTRACIÓN	32	9	65	65
NO SALUD	ARQUITECTURA	11	6	20	21
NO SALUD	DERECHO	10	6	40	40
TOTAL:	6 CARRERAS	89	52	X=38	X=39

Procedimiento de selección de la muestra: Se utilizó un procedimiento de selección de la muestra llamado muestreo por conglomerados o "muestreo de conjunto" (García, 1983), en donde se consideró como unidad de análisis, no la identificación particular de cada estudiante, sino el grupo formal en el que estaba inscrito. De esta manera, en la muestra se requería que estuvieran representados alumnos de todos los grupos de cada semestre de las seis carreras evaluadas. En todas las carreras, excepto en la de Administración, el número de grupos fue lo suficientemente pequeño como para acudir a aplicar el cuestionario a todos los grupos. En el caso de la carrera de Administración, el número de grupos fue mayor (32 grupos), por lo que para obtener una muestra representativa de ellos se seleccionaron al azar 8 grupos. En el Cuadro No. 5 se describe el número total de grupos que conformaron la muestra de este estudio y el total de alumnos por grupo. Este procedimiento de selección de la muestra implicaba que al acudir, previa cita convenida con el maestro, al lugar en donde se encontraba un grupo, existía la posibilidad de que no todos los alumnos del mismo fueran evaluados, dado que, o bien no habían asistido ese día todos los alumnos, o bien, alguien podría no estar de acuerdo con el cuestionario y no participar en la evaluación. En este sentido, el cuestionario no se aplicó a todos los alumnos del grupo pero sí a todos aquellos que estuvieran presentes en el momento de la visita y que estuvieran de acuerdo con el contenido del cuestionario.

Siguiendo este procedimiento de selección de la muestra, el instrumento se aplicó a un total de 2,254 estudiantes, distribuidos en las seis carreras de acuerdo con los datos presentados en el Cuadro No. 5.

Caracterización de la muestra: El cuestionario se aplicó a un total de 2254 estudiantes; 1455 (65.9%) fueron del sexo femenino y 752 (34.1%) del sexo masculino, 47 no respondieron. El 59.7% (1346) estaba cursando el segundo semestre y el 40.3% (908) el octavo semestre de la carrera. La edad promedio de los estudiantes fue de 20.7 años (SD=2.2), la edad mínima fue de 17 años y la máxima de 37, la mediana de 21 años y la moda de 19 años. 81 estudiantes no respondieron cuántos años tenían. La edad promedio de los estudiantes de

segundo semestre fue de 19.5 años, de octavo semestre fue de 22.4 años; de los hombres fue de 20.9 y de las mujeres fue de 20.5 años. A continuación se describen las características específicas de la muestra seleccionada en cada carrera.

Cuadro No. 5

Total de grupos de segundo y octavo semestres que conforman la muestra seleccionada y el total de alumnos por grupo

TIPO DE CARRERA	NOMBRE DE LA CARRERA	No. DE GRUPOS EVALUADOS		TOTAL DE ALUMNOS POR SEMESTRE		TOTAL
		2° sem.	8° sem.	2° sem.	8° sem.	
SALUD	ENFERMERÍA	6	8	153	111	264
SALUD	ODONTOLOGÍA	15	9	327	171	498
SALUD	PSICOLOGÍA	5	4	183	148	331
NO SALUD	ADMINISTRACIÓN	8	8	288	246	534
NO SALUD	ARQUITECTURA	8	3	139	58	197
NO SALUD	DERECHO	10	6	256	174	430
TOTAL:	6 CARRERAS	52	32	1346	908	2254

1) *Carrera de Enfermería*

En esta carrera participaron 264 estudiantes, los cuales corresponden al 11.7% de la muestra total de las seis carreras evaluadas. El 58% (153) de estudiantes de Enfermería estaban cursando el segundo semestre y el 42% (111) restante cursaban el octavo semestre de la carrera. De 258 estudiantes (seis no respondieron), el 23.3% (60) fueron del sexo masculino (30 cursaban el segundo semestre y 30 el octavo semestre de la carrera) y el 76.7% (198) femenino (121 cursaban el segundo semestre y 77 el octavo semestre de la carrera). La edad promedio de estos estudiantes fue de 21.3 años; de los de segundo semestre fue de 20.5, de octavo semestre fue de 22.5 años; de los hombres fue de 21.9 y de las mujeres fue de 21.1 años.

2) *Carrera de Odontología*

Participaron 498 estudiantes de esta carrera, que corresponden al 22.1% de la muestra total de las 6 carreras. 327 (65.7%) estudiantes estaban inscritos en segundo semestre y 171 (34.3%) en octavo semestre; el 65.4% (321) eran

mujeres (214 inscritas en segundo semestre y 107 en octavo semestre) y el 34.6% (170) hombres (107 de segundo semestre y 63 de octavo semestre), 7 estudiantes no respondieron. La edad promedio de estos estudiantes fue de 20.5 años; de los de segundo semestre fue de 19.4, de octavo semestre fue de 22.6 años; de los hombres fue de 20.8 y de las mujeres fue de 20.3 años.

3) *Carrera de Psicología*

En la carrera de Psicología participaron un total de 331 estudiantes (el 14.7% de la muestra total), de los cuales el 55.3% (183) cursaban el segundo semestre y el 44.7% (148) el octavo semestre. 255 (79.2%) estudiantes eran mujeres (147 de segundo semestre y 108 de octavo semestre) y 67 (20.8%) hombres, 9 estudiantes no respondieron. La edad promedio fue de 21.4 años; de los de segundo semestre fue de 19.9, de octavo semestre fue de 23.1 años; de los hombres fue de 21.9 y de las mujeres fue de 21.2 años.

4) *Carrera de Administración*

En esta carrera participaron 534 estudiantes (el 23.7% de la muestra total), 288 (53.9%) de segundo semestre y 246 (46.1%) de octavo semestre. El 68.6% (359) fueron del sexo femenino (185 en segundo semestre y 174 en octavo semestre) y el 31.4% (164) del sexo masculino (95 inscritos en segundo semestre y 69 en octavo), 11 estudiantes no respondieron. La edad promedio de los estudiantes fue de 20.2 años; de los de segundo semestre fue de 19.0, de octavo semestre fue de 21.7 años; de los hombres fue de 20.4 y de las mujeres fue de 20.2 años.

5) *Carrera de Arquitectura*

En esta carrera sólo participaron 197 estudiantes, que corresponde al 8.7% de la muestra total. El 70.6% (139) estaba en segundo semestre y el 29.4% (58) restante cursaba el octavo semestre de la carrera. Del sexo masculino fue el 57.7% (112) de los estudiantes (72 estaban en segundo semestre y 40 en el octavo semestre), y del sexo femenino el 42.3% (64 estudiantes en segundo semestre y 18 en octavo), 3 estudiantes no respondieron. La edad promedio fue

de 20.3 años; de los de segundo semestre fue de 19.2, de octavo semestre fue de 22.9 años; de los hombres fue de 21 y de las mujeres fue de 19.4 años.

6) *Carrera de Derecho*

De la carrera de Derecho accedieron a participar en la investigación 430 estudiantes, que corresponden al 19.1% de la muestra total. 256 (59.5%) estaban inscritos en segundo semestre, mientras que 174 (40.5%) en octavo. El 42.7% (179) fueron del sexo masculino (110 inscritos en segundo semestre y 69 en octavo) y el 57.3% (240) del sexo femenino (139 cursaban segundo semestre y 101 octavo semestre), 11 estudiantes no contestaron. La edad promedio de los estudiantes de Derecho fue de 20.6 años; de los de segundo semestre fue de 19.3, de octavo semestre fue de 22.4 años; de los hombres fue de 20.9 y de las mujeres fue de 20.3 años.

Escenario: El cuestionario se aplicó dentro del salón de clases de cada grupo seleccionado. En el caso de las carreras de Enfermería y Obstetricia y de Cirujano Dentista, a los alumnos de octavo semestre se les aplicó el cuestionario en las clínicas y hospitales donde se encontraban haciendo su servicio social.

Recursos materiales y humanos: El estudio se llevó a cabo con la participación de 3 ayudantes de investigación, quienes seleccionaron la muestra y llevaron a cabo la aplicación de los instrumentos de evaluación. Por otro lado, se utilizó un equipo de cómputo completo que permitió llevar a cabo el análisis estadístico de los datos a través del programa SPSS. Además, se imprimieron 800 juegos de cuestionarios y 2,500 hojas de respuestas.

Tipo de estudio: El estudio que aquí presentamos se ubica dentro de la clasificación propuesta por García (1983) sobre los tipos de diseños de investigación que pueden utilizarse en el campo de la salud. Es un estudio de tipo descriptivo dado que pretende explorar las características de un elemento determinado y sus relaciones con el ambiente y con otros elementos; este tipo de estudios está dirigido a la "... recopilación de información amplia y veraz que permita un mejor conocimiento de las características de un problema, ...[y] de los

factores que se relacionan con la presencia de dicho problema" (pág. 46). Específicamente, explora el tipo de prácticas sexuales que llevan a cabo estudiantes universitarios, si son de riesgo o preventivas respecto del contagio del VIH, y explora, asimismo, los diversos tipos de relaciones que pudieran existir entre estas prácticas sexuales y el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes acerca del VIH/SIDA, considerando variables tales como tipo de carrera que cursan, semestre, sexo y edad.

Variables: En este estudio, dado que no se hizo ninguna manipulación de variables, se consideraron como *variables independientes atributivas* las siguientes: 1) el tipo de carrera (salud y no salud), 2) semestre (2o. y 8o.), 3) género (hombres y mujeres), y 4) edad de los estudiantes (se establecieron 4 rangos de edad). Como *variables dependientes* se definieron las siguientes: 1) nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA, considerando la evaluación de 5 áreas de conocimientos: Epidemiología, Etiología, Sintomatología, Transmisión y Prevención, y 2) nivel de prácticas sexuales de riesgo y prevención.

Instrumentos de medición: El instrumento que se utilizó para evaluar las variables dependientes arriba señaladas, estuvo conformado por tres partes: En la primera se evaluó el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA que tienen los estudiantes; en la segunda el tipo de prácticas sexuales que llevan a cabo, considerando ocho parámetros que más adelante se describirán; en la tercera parte se evaluaron algunas variables psicológicas que median el comportamiento efectivo. Adicionalmente, en la parte final del cuestionario se presentaron 12 preguntas generales que evalúan aspectos específicos relacionados con el uso de protección, por ejemplo, el costo de los condones, lugares donde pueden conseguirse, generalmente dónde los trae, conocimiento sobre otras barreras de protección, descripción de la secuencia correcta de colocación del condón, etc. En el Anexo "A" se presenta el instrumento completo y el formato utilizado como Hoja de Respuestas.

a) *Evaluación de conocimientos acerca del VIH/SIDA:* Para evaluar conocimientos acerca del VIH/SIDA se utilizó el instrumento desarrollado por Alfaro, Rivera y Díaz (1991) que consta de 46 ítems de opción múltiple que evalúan 5 áreas: Etiología (11), Sintomatología (7), Epidemiología (6), mecanismos de Transmisión (11) y mecanismos de Prevención (11). Este instrumento conforma la Parte I del cuestionario (véase Anexo "A").

b) *Evaluación de prácticas sexuales:* La segunda parte del cuestionario estuvo conformado por 130 ítems de opción múltiple, que evalúan 9 prácticas de riesgo y 6 de prevención, y en cada una de éstas se obtiene información sobre 8 parámetros (o elementos relacionados con la ocurrencia de cada práctica). Esta segunda parte del cuestionario es una versión modificada del cuestionario desarrollado por Torres (1994). Las prácticas de masturbación solitaria, masturbación en compañía y caricias (activas y pasivas) en zonas genitales se consideraron como prácticas de prevención en la medida en que, por definición, es imposible que ocurra el contacto de los fluidos corporales que pueden tener el VIH entre dos personas; las prácticas de masturbación activa y pasiva se consideran también de prevención en la medida en que no existe penetración vaginal o anal, sin embargo, podrían tener un riesgo de contagio del VIH siempre y cuando existiera alguna herida en el cuerpo que tuviera contacto con semen. El resto de las prácticas evaluadas se consideran de riesgo porque en todas existe la posibilidad de contagio del VIH. Las relaciones coitales de penetración pene/vagina no se evaluaron explícitamente, es decir, no se le preguntó al estudiante si ha tenido relaciones en donde haya existido penetración del pene en la vagina; sin embargo, la evaluación de este tipo de práctica está considerada en la pregunta No. 1 de esta parte del cuestionario, dado que se le pregunta al estudiante, en general, si ha tenido relaciones sexuales, pensando en que esto se entiende en el lenguaje coloquial como relaciones coitales. De cualquier forma, el análisis de esta pregunta también se realizó de manera independiente. Las prácticas de riesgo fueron las siguientes: 1) relaciones sexuales (coitales), 2) relaciones anales activas, 3) relaciones anales pasivas, 4) relaciones orales

activas, 5) relaciones orales pasivas, 6) relaciones ocasionales teniendo una pareja estable, 7) relaciones homosexuales, 8) sexo en grupo, y 9) uso de instrumentos de estimulación sexual. Las prácticas de prevención fueron: 1) caricias pasivas, 2) caricias activas, 3) masturbación solitaria, 4) masturbación en compañía, 5) masturbación activa, y 6) masturbación pasiva. En cada una de estas prácticas se evaluaron los siguientes parámetros o elementos complementarios: frecuencia de la práctica, uso de protección, tipo de persona con la que se lleva a cabo la práctica, situación general en la que se lleva a cabo, frecuencia del uso de protección, personas con las que no se usa protección, situaciones en las que no se usa protección, y, finalmente, quién toma la iniciativa para usar protección. Al final del cuestionario se presenta un glosario en el que se definen cada una de estas prácticas y algunos términos técnicos contenidos a lo largo del cuestionario.

c) *Identificación de comportamientos preventivos eficaces:* En la tercera parte del cuestionario se presentan 11 situaciones que ejemplifican interacciones específicas entre una pareja (véase Anexo "A", Parte III del cuestionario); en cada una de éstas se le pide al estudiante que responda si se ha enfrentado a una situación similar y se le presentan distintas opciones que permiten evaluar lo siguiente: 1) reconocimiento de comportamientos y situaciones de riesgo; 2) reconocimiento de señales o condiciones de estímulo que indican proximidad de una situación de riesgo y, por tanto, practicar comportamientos preventivos; 3) señalar consecuencias a corto y/o largo plazo que pueden derivarse de la práctica de comportamientos preventivos o de riesgo; 4) reconocimiento de comportamientos preventivos eficaces, que implica: a) evitar comportamientos de riesgo, b) eliminar elementos nocivos del comportamiento de riesgo, c) demorar el comportamiento de riesgo, d) practicar comportamientos incompatibles no peligrosos, y e) practicar con habilidad comportamientos preventivos.

Medidas: Se obtuvieron dos tipos de medidas de la variable dependiente: 1) nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA, y 2) nivel de prácticas sexuales de riesgo y de prevención. Para el primer caso se obtuvo el porcentaje global de respuestas

correctas sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA y el porcentaje de respuestas correctas obtenido en cada área de conocimientos evaluada (epidemiología, sintomatología, etc.). En el segundo caso se determinó el porcentaje global de prácticas de riesgo por carrera, semestre, género y rangos de edad, y el porcentaje de sujetos que respondieron a las preguntas que evalúan los elementos complementarios de cada práctica sexual; por otro lado, se obtuvo el porcentaje de estudiantes que respondieron a cada elemento que identifica comportamientos preventivos y de riesgo en las once situaciones evaluadas. Finalmente, se calculó el porcentaje de estudiantes que se ubicaron en las distintas categorías de riesgo definidas en la siguiente sección.

Clasificación de riesgo de las prácticas sexuales:

a) Análisis de cada parámetro evaluado de manera independiente

Se definieron diferentes categorías de riesgo de las prácticas sexuales considerando los distintos parámetros evaluados. En todos los casos se contabilizaron las respuestas de los estudiantes a cada parámetro y se dividieron entre el total de prácticas evaluadas, multiplicando el resultado por 100 para obtener el porcentaje de riesgo. En el Anexo "B" se presenta lo que se consideró como parámetros de riesgo y de prevención. En la **primer categoría de riesgo** (*riesgo por diversidad de prácticas*) se consideró solamente la ocurrencia de cada práctica, de tal manera que se calculó un porcentaje de riesgo al dividir el número total de prácticas que cada estudiante reportaba haber tenido entre el total de prácticas evaluadas. Una **segunda categoría de riesgo** (*riesgo por no uso de protección*) se definió considerando el uso de protección cuando se lleva a cabo cada práctica; si se respondía que no se usaba protección se consideraba como práctica de riesgo, de esta manera, se calculó el porcentaje de riesgo dividiendo el número de prácticas que se realizan sin usar protección entre el total de prácticas evaluadas. La **tercer categoría de riesgo** (*riesgo por tipo de persona*) se definió considerando el tipo de persona con la que se lleva a cabo la práctica evaluada, éstas podrían ser: pareja estable, parejas ocasionales, prostitutas(os), amistades,

personas desconocidas, otras; en este nivel se contabilizaron aquellas respuestas que no fueran "la pareja estable" y se dividió entre el total de prácticas evaluadas. En la **cuarta categoría de riesgo** (*riesgo por situación de uso de protección*) se tomó en cuenta la situación general en la que se utiliza protección cuando se lleva a cabo cada práctica; estas situaciones variaron dependiendo del tipo de práctica sexual evaluada, pero en general fueron las siguientes: "cuando hay probabilidad de embarazo", "sólo cuando me piden que lo utilice", "cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual", "cuando desconozco la historia sexual de mi pareja", "otras" (véase, en el Anexo "A", las preguntas 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79 y 89 de la Parte II del cuestionario). Si el estudiante contestaba que sólo utilizaba protección en cualquiera de los dos primeros casos se contabilizaba como una práctica de riesgo. La evaluación de quién toma la iniciativa para usar protección se consideró para definir la **quinta categoría de riesgo** (*riesgo por iniciativa para usar protección*); las opciones eran "tu", "tu pareja", "ambos". Si respondía que su pareja tomaba la iniciativa, se consideraba como práctica de riesgo. La frecuencia con la que se lleva a cabo cada práctica, la frecuencia de uso de protección, la situación en la que no se usa protección y las personas con las que no se usa protección definieron la **sexta, séptima, octava y novena categorías de riesgo**, respectivamente. En el primer caso (*riesgo por frecuencia de las prácticas*) las dos frecuencias más altas que se describen en estos reactivos (véase preguntas 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, y 84 de la Parte II del cuestionario) definieron a la práctica como de riesgo. En el segundo caso (*riesgo por frecuencia de uso de condón*) el responder a cualquier opción excepto a la de "siempre que tengo este tipo de relación" definió a la práctica como de riesgo. Cuando se evalúa las situaciones en las que no se usa protección (**octava categoría de riesgo**), el responder a cualquiera de las dos primeras opciones ("cuando no hay probabilidad de embarazo" y "cuando me piden que no lo utilice") se consideró como práctica de riesgo. Finalmente, al evaluar el tipo de pareja con la que no se usa protección (**novena categoría de riesgo**), cualquier respuesta fue considerada como

práctica de riesgo, pues aun cuando no se utilice protección únicamente con su pareja estable, sigue siendo una práctica de riesgo.

b) Análisis condicional de los parámetros de riesgo

En este tipo de riesgo se determinaron combinaciones específicas de una práctica sexual con algunos de los parámetros evaluados. Se le denominó análisis condicional porque se consideraba práctica de riesgo siempre y cuando se cumpliera una condición definida. En el Cuadro No. 6 se presentan los criterios de condicionalidad que se utilizaron para determinar 6 formas distintas de prácticas de riesgo, a las que denominamos *perfiles de riesgo*. Las prácticas que se consideraron para este análisis fueron: tener relaciones sexuales (relaciones coitales penetración pene/vagina), sexo oral pasivo, sexo oral activo, sexo anal insertivo (relaciones anales activas) y sexo anal receptivo (relaciones anales pasivas), por ser las prácticas en las que existe mayor posibilidad de contagio del VIH.

Procedimiento de aplicación del cuestionario: Una vez seleccionada la muestra, se procedió a la aplicación de los cuestionarios en las escuelas correspondientes. A los estudiantes se les entregó el cuestionario con las instrucciones para contestarlo y su correspondiente hoja de respuestas en la que tenían que escribir sus datos generales (excepto su nombre): carrera, semestre, edad y sexo. Se les indicó que la información que ellos proporcionarían sería totalmente confidencial y permitiría contribuir con el desarrollo de una investigación orientada hacia el diseño de un programa de prevención del SIDA. No se les dio tiempo límite para contestar el cuestionario; el investigador permaneció frente a los estudiantes para aclarar cualquier duda que tuvieran sobre el mismo. Una vez que los estudiantes terminaron de llenar sus cuestionarios, éstos se guardaron en un sobre para garantizar aún más su anonimato.

Cuadro No. 6
Combinación de parámetros que definen distintos
perfiles de riesgo

PERFIL DE RIESGO	COMBINACIÓN DE PARÁMETROS
1	Realizar la práctica
	. Con parejas que no sean la estable
	. Sin usar protección
2	Realizar la práctica
	. Con parejas que no sean la estable
	. Usando protección
	. Usar protección para evitar embarazo o porque le piden utilizarlo
3	Realizar la práctica
	. Con parejas que no sean la estable
	. Usando protección
4	Realizar la práctica
	. Con la pareja estable
	. Sin usar protección
	. Usando protección
5	Realizar la práctica
	. Con la pareja estable
	. Usando protección
	. Usar protección para evitar embarazo o porque le piden utilizarlo
6	Realizar la práctica
	. Con la pareja estable
	. Usando protección
	. Con frecuencias bajas de uso de protección

TERCERA PARTE

RESULTADOS

Con el propósito de darle claridad a la exposición de los hallazgos de este estudio, la descripción de los resultados se hace en diferentes apartados, partiendo de los aspectos más generales a los más específicos. En el primer apartado se describen los resultados relacionados con la evaluación de conocimientos acerca del VIH/SIDA, en donde se incluye, además del reporte de los niveles de conocimientos encontrados en la muestra estudiada, información sobre la confiabilidad del instrumento utilizado. En un segundo apartado se describen los hallazgos relacionados con las prácticas sexuales de los estudiantes, haciendo un análisis de los elementos complementarios evaluados en cada una de ellas. En el tercer apartado se describen los datos correspondientes a las categorías de riesgo definidas en el método, que incluye el análisis de cada parámetro en forma independiente y los seis perfiles de riesgo definidos para 5 prácticas sexuales. En el cuarto apartado se presentan los datos relacionados con las variables psicológicas que median el comportamiento de riesgo o preventivo. En el quinto apartado se describen las relaciones encontradas entre el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA y los niveles de riesgo de las prácticas sexuales de los estudiantes. En el sexto y último apartado se presenta un análisis descriptivo de las respuestas dadas por los estudiantes acerca del uso del condón y su relación con las variables demográficas consideradas en el estudio.

1) Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA

Cada área de conocimientos evaluada consta de un número diferente de reactivos, por lo que el obtener un 100% de respuestas correctas en cada área no significa haber tenido el mismo número de respuestas correctas en cada una de ellas. Por esta razón, se convirtieron los puntajes (no porcentajes) de respuestas correctas obtenidos en cada área a puntajes z ; considerando estos valores z se realizaron los análisis estadísticos que más adelante se describirán.

El nivel de conocimientos por área se determinó calculando el porcentaje de respuestas correctas obtenido por los estudiantes en cada área de conocimientos y el porcentaje global considerando el total de reactivos que constituyeron las 5 áreas evaluadas. Se realizó un análisis de varianza para hacer distintas comparaciones entre áreas de conocimientos, entre carreras, entre semestres, entre sexo, entre rangos de edad y entre tipo de carrera (salud vs. no salud). Cuando se encontraron diferencias significativas con más de dos grupos se realizó un análisis *a posteriori* para determinar entre qué grupos se presentaban dichas diferencias, aplicándose para ello la prueba de Scheffé. Las variables que podían tener más de dos grupos fueron conocimientos (5 áreas), carreras (6) y rangos de edad (4 grupos).

En la Figura 1 se presenta el porcentaje global promedio obtenido en cada una de las seis carreras evaluadas. A simple vista no se observan diferencias importantes entre las distintas carreras; de hecho, el porcentaje más bajo ocurre en la carrera de Arquitectura, con un 66.77% de respuestas correctas y el más alto en la carrera de Enfermería, con un 73.36%. Sin embargo, al aplicar un análisis de varianza a estos datos se observan diferencias significativas entre carreras [$F(5/2248)=27.8872$; $p<.001$]. La prueba de Scheffé, con un nivel de significancia del .05, indica que las diferencias se dan entre las siguientes carreras: Enfermería y Odontología obtuvieron puntajes significativamente mayores que las cuatro carreras restantes; Administración y Psicología presentaron puntajes significativamente mayores que Arquitectura y Derecho; entre estas dos últimas carreras no hubo diferencias significativas.

El porcentaje promedio de las seis carreras obtenido en cada área de conocimientos se presenta en la Figura 2; los valores más bajos ocurren en las áreas de Epidemiología (47.05%) y Etiología (54.30%), mientras que el más alto se obtiene en el área de Prevención (83.09%), seguido por un 82.13% en Sintomatología y 78.07% en Transmisión. Al comparar los porcentajes promedios entre las seis carreras en cada área de conocimientos se observan diferencias significativas en todas las áreas (véase Figura No. 3). La prueba de Scheffé

indica, en el caso de Epidemiología, que las diferencias se dan sólo entre Odontología y las carreras restantes; en el área de Etiología las carreras de Odontología y Enfermería tienen porcentajes de respuestas correctas significativamente mayores que las cuatro carreras restantes, y Psicología y Administración estuvieron significativamente mejor que Arquitectura. En el área de Sintomatología, los estudiantes de la carrera de Enfermería obtuvieron puntajes significativamente mayores que los de las carreras de Arquitectura, Derecho, Administración y Psicología, con Odontología no se observan diferencias significativas; Odontología resultó ser significativamente mejor que Arquitectura, Derecho y Administración, pero no hubo diferencias con respecto a Psicología; y finalmente, Psicología obtuvo puntajes significativamente mayores que Arquitectura y Derecho, pero con respecto a la carrera de Administración no hubo diferencias significativas. En las áreas de Transmisión y Prevención, los puntajes de los estudiantes de las carreras de Enfermería, Odontología y Administración resultaron ser significativamente mayores que los de la carrera de Derecho, entre el resto de las carreras no hubo diferencias significativas.

El análisis del tipo de carrera se hizo comparando los porcentajes promedios obtenidos en las carreras de Odontología, Enfermería y Psicología (carreras ubicadas en el campo de la salud) contra los de Arquitectura, Administración y Derecho (no salud). La Figura 4 muestra que en todas las áreas de conocimientos los estudiantes de las tres carreras ubicadas en el campo de la salud obtuvieron puntajes más altos que las tres carreras restantes; las diferencias resultaron ser significativas en todas las áreas de conocimientos evaluadas.

A manera de resumen se puede señalar que existen diferencias en los porcentajes de respuestas correctas obtenidos por los estudiantes de las diferentes carreras, pero que estas diferencias se orientan a favor de aquellos que cursan carreras que se ubican en el campo de la salud; dentro de estas últimas los estudiantes de Enfermería obtienen un nivel de conocimientos mayor que el resto de las carreras.

Una variable que resulta importante analizar debido al papel que juegan las experiencias sexuales de los estudiantes la constituye el semestre que cursan, y por ende, la edad que ellos tienen. En el primer caso, el semestre que cursan los estudiantes (2o. y 8o.) no resultó ser un factor importante relacionado con el nivel de conocimientos obtenido en las diferentes áreas evaluadas. En la Figura 5 no se observan, a simple vista, diferencias marcadas entre los estudiantes de 2o. y 8o. semestres; pero al aplicar el ANOVA por el factor 'semestre' ocurren diferencias significativas en las áreas de Epidemiología [$F(1/2252)=5.04$; $p=0.02$], Etiología [$F(1/2252)=8.6416$; $p=0.003$] y Transmisión [$F(1/2252)=8.8277$; $p=0.003$] y en el porcentaje global de conocimientos [$F(1/2252)=8.19$; $p=0.004$], siendo siempre los estudiantes de 8o. semestre los que obtienen mejores puntajes. El nivel de conocimientos relacionados con la sintomatología y la prevención del VIH/SIDA es semejante entre los estudiantes de 2o. y 8o. semestres de las seis carreras evaluadas. Al agrupar los datos por el factor 'rangos de edad', las diferencias significativas ocurren sólo en el área de Epidemiología [$F(1/2169)=5.5653$; $p=0.0008$]; son 4 los rangos determinados: Rango 1: entre 17 y 19 años; Rango 2: entre 20 y 22 años; Rango 3: entre 23 y 25 años; y Rango 4: de 26 años en adelante. Las diferencias se dieron sólo entre los estudiantes que se ubican en el Rango 1 y en el Rango 2, siendo estos últimos los que obtuvieron porcentajes más altos de respuestas correctas (véase Fig. 6).

Al analizar los datos considerando la variable género, se observa, en la Figura No. 7, que los hombres obtienen un puntaje significativamente mayor que las mujeres sólo en el área de Etiología [$F(1/2205)=5.9970$; $p=0.01$], mientras que en el área de sintomatología, las mujeres son las que presentan puntajes significativamente mayores que los hombres [$F(1/2205)=4.15$; $p=0.04$]; en el resto de las áreas no se observan diferencias por género.

Al comparar el nivel de conocimientos entre los estudiantes que ya han tenido su debut sexual y los que aún no lo han tenido, se observan diferencias significativas en las áreas de Etiología [$F(1/2169)=13.6166$; $p=.0002$], Prevención [$F(1/2169)=7.4708$; $p=.006$] y en el porcentaje global de conocimientos

[$F(1/2169)=11.3364$; $p=.0008$], lo cual indica que los estudiantes que han tenido relaciones sexuales muestran un nivel más elevado de conocimientos que aquellos que no las han tenido (véase Figura 8). El uso de protección, por otro lado, no resultó ser una variable que estuviera relacionada con el nivel de conocimientos (véase Figura 9).

Independientemente del semestre que estén cursando los estudiantes, del género, del rango de edad y de la carrera en la que estén inscritos, se observa un patrón muy semejante en los porcentajes de respuestas correctas obtenidos en cada una de las 5 áreas de conocimientos evaluadas; siempre éstos son más bajos en las áreas de Epidemiología y Etiología (un promedio del 47.05% y del 54.30%, respectivamente), mientras que en las tres áreas restantes los puntajes ascienden alrededor del 80%: en el área de Transmisión ocurren los puntajes más bajos (78.07% en promedio) y en la de Prevención los más altos (en promedio el 83.09%). Debe señalarse, además, que las diferencias más marcadas se observan en la comparación realizada por el factor 'tipo de carrera'; en todas las áreas se observan puntajes más elevados en las carreras de la salud, las diferencias son mayores en las áreas de Sintomatología, Etiología y Epidemiología que en las de Transmisión y Prevención. En ningún caso se obtuvo un puntaje promedio del 100% de respuestas correctas considerando los 46 ítems, sólo dos estudiantes obtuvieron en total 42 respuestas correctas y 11 no obtuvieron ninguna respuesta correcta (véase Figura 10).

a) *Análisis por reactivo*

De acuerdo con Muñiz (1992), la consistencia interna describe estimaciones de confiabilidad basadas en la correlación promedio entre los reactivos que conforman un instrumento. Así, el coeficiente *Alfa* (α) de Cronbach, refleja tanto el número de reactivos como su correlación promedio. Si el valor de α es muy bajo, esto indicaría que la prueba es demasiado corta, o bien, que los reactivos tienen muy poco en común. En el presente estudio, se calculó el coeficiente α a los 46 reactivos que conforman el instrumento de evaluación de

conocimientos, obteniéndose como resultado un valor de $\alpha = 0.3120$. Según Muñiz (1992), si el valor de α es de 0.30 para una prueba de 40 reactivos, entonces debe reconsiderarse el problema de medición, o bien, esto estaría indicando que no hay relación entre los reactivos. Esta observación se aplica en el instrumento aquí utilizado debido a que los 46 ítems están evaluando aspectos distintos del problema de VIH/SIDA. Por esta razón, se agruparon los ítems de acuerdo con las áreas específicas que se están evaluando (Epidemiología, Etiología, etc.) para calcular el coeficiente α . El valor obtenido en este caso fue de $\alpha = 0.7495$. Al calcular la correlación entre cada una de las áreas de conocimientos se observó, en todos los casos, una correlación positiva a un nivel de confianza de $p < .001$ (véase Cuadro No. 7).

Cuadro No. 7

Valores de los índices de correlación de Pearson entre las distintas áreas de conocimientos acerca del VIH/SIDA. Todas son significativas con $p=0.001$

ÁREAS DE CONOCIMIENTOS	ETIOLOGÍA	SINTOMATOLOGÍA	TRANSMISIÓN	PREVENCIÓN	TOTAL DE CONOCIMIENTOS
EPIDEMIOLOGÍA	.116	.183	.175	.157	.426
ETIOLOGÍA	—	.268	.319	.274	.674
SINTOMATOLOGÍA	—	—	.296	.389	.633
TRANSMISIÓN	—	—	—	.413	.708
PREVENCIÓN	—	—	—	—	.726

Por otra parte, se calculó el Índice de Dificultad para cada reactivo, y los resultados obtenidos se muestran en la Figura 11. Lo que se observa es que los ítems más difíciles (los que están por debajo de 0.5) se encuentran ubicados en las áreas de Epidemiología y Etiología.

Los resultados expuestos sobre el nivel de conocimientos que obtuvieron los estudiantes en cada una de las áreas evaluadas no proporcionan información sobre las respuestas específicas dadas a diferentes reactivos. Por esta razón, de los 46 ítems que conformaron la evaluación de conocimientos, se seleccionaron

aquellos cuyo contenido está relacionado con comportamientos de riesgo para contraer la infección por el VIH. Por ejemplo, tener conocimientos acertados sobre el origen del SIDA, o sobre el año en que empezaron a reportarse casos de SIDA, o sobre el proceso a nivel celular que ocurre cuando el virus entra al organismo, etc. (ítems más difíciles), no son aspectos que deban forzosamente conocerse para realizar comportamientos preventivos, pero sí lo son aquellos que tienen que ver con las situaciones específicas en las que puede ocurrir el contagio del VIH (por ejemplo, saber si puede ocurrir el contagio del VIH en las albercas, por piquete de insectos, por contacto casual, etc.).

Al analizar el ítem R26 con R6, R9, y R24 (véase Anexo "A"), se encontró que el 75.6% de los estudiantes considera que, según los reportes de varios países, la mayor parte de los casos de SIDA queda comprendida entre los 15 y los 30 años, sólo un 3% (70 estudiantes) piensan que está arriba de los 40 años, y un 18.7% (409 estudiantes) considera que está entre los 30 y 39 años; este último rango de edad se considera como respuesta correcta dado que el VIH tiene un periodo de incubación muy prolongado, siendo el SIDA la etapa final de la infección. De acuerdo con esto, el 32% (713) de los estudiantes cree que el SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por VIH (R6), y un 42.8% no considera que el SIDA sea la etapa final de la infección por VIH (R9); además, el 57% de estudiantes no sabe que el periodo de incubación del VIH varía de 4 meses a 10 años (R24).

La mayoría de los estudiantes (90.3%) sabe que la mayor concentración del VIH está en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo (R13), pero aún así, un 14.2% (314 estudiantes) cree que el VIH se puede transmitir por el contacto casual, un 13.5% (300) por piquete de insectos, un 5.6% (126) piensa que se puede transmitir en las albercas y un 9% (198) considera que puede contraerse en baños públicos. Sin embargo, el 38% (834 estudiantes) piensa que el virus es muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.

La literatura señala consistentemente que el uso del condón, aunado con el tener relaciones sexuales con la misma pareja (o la pareja estable), o bien, limitar el número de compañeros sexuales, son prácticas sexuales que disminuyen altamente la probabilidad de contagio del VIH. En relación con esto, se encontró que el 36.6% (809) de los estudiantes no están de acuerdo en que los condones sean efectivos para prevenir el SIDA; un 7% (159 estudiantes) no cree que tener relaciones sexuales con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH; un 19.3% (429) no están de acuerdo en que limitar el número de compañeros sexuales sea una forma de prevenir el contagio del VIH; 245 estudiantes (11%) piensan que tener relaciones sexuales con personas que llevan una vida sexual promiscua, o con prostitutas(os) o con parejas ocasionales, no aumenta el riesgo de contagio por el VIH.

II) Prácticas sexuales

En este apartado se hará una descripción de la muestra estudiada en términos de los porcentajes de estudiantes que han tenido relaciones sexuales (y de los que nunca las han tenido) con base en las variables demográficas definidas en este estudio (carreras, semestres, rangos de edad, género y tipo de carrera). Asimismo, de los estudiantes que si han tenido relaciones sexuales se describirá el porcentaje que corresponde a aquellos que han llevado a cabo cada una de las prácticas, considerando los distintos 'elementos complementarios' señalados anteriormente (uso de protección, frecuencia, tipo de persona con la que se lleva a cabo la práctica, etc.).

De 2254 estudiantes que conformaron la muestra, el 49.5% (1117) ha tenido relaciones sexuales, el 46.8% (1053) nunca las ha tenido y el 3.7% (84) restante no respondió (véase Figura 12). De los que si han tenido relaciones sexuales, 586 están inscritos en 2o. semestre y 530 en 8o; 524 son hombres y 568 mujeres. De los que no han tenido relaciones sexuales, 713 están inscritos en 2o. semestre, 341 en 8o., 204 son hombres y 828 mujeres. Del total de estudiantes que si han tenido relaciones sexuales 125 (11.2%) están inscritos en

la carrera de Enfermería, 277 (24.8%) en Odontología, 197 (17.7%) en Psicología, 105 (9.4%) en Arquitectura, 185 (16.6%) en Administración y 227 (20.3%) en Derecho.

En la Figura 13 puede observarse que la mayoría de los estudiantes (55.1%) ha iniciado sus relaciones sexuales entre los 16 y los 18 años de edad, el 29.3% las ha iniciado entre los 19 y 22 años, el 12.8% antes o hasta los 15 años, el 2.8% (30 estudiantes) entre los 23 y 27 años, y sólo un .4% (4 estudiantes, 3 de la carrera de Enfermería y 1 de Derecho) las han iniciado después de los 27 años. La edad de inicio de las relaciones sexuales generalmente es menor en los hombres que en las mujeres; por ejemplo, en la Figura 14 se observa que del total de estudiantes que las iniciaron antes o hasta los 15 años, el 69.1% son hombres, de los que las iniciaron entre los 16 y 18 años, el 52% son hombres, pero es mayor el número de mujeres que inician sus relaciones sexuales entre los 19 y 22 años (65.9%) y entre los 23 y 27 años (66.7%). Un patrón semejante ocurre cuando se considera el semestre que cursan los estudiantes (véase Figura 15); antes o hasta los 15 años y entre los 16 y 18 años, el porcentaje de estudiantes de segundo semestre es mayor que los de octavo. Del 12.7% de estudiantes que iniciaron sus relaciones antes o hasta los 15 años, el 74.6% son de 2o. semestre, entre los 16 y 18 años el 59.8% corresponde a segundo semestre, mientras que en el rango que está entre los 19 y 22 años el 66% son de octavo semestre, y en el de 23 a 27 años el 83.9% también está en octavo semestre.

En resumen se puede señalar que alrededor del 50% de los estudiantes de la muestra evaluada han tenido relaciones sexuales; de éstos, hay un número semejante de hombres y mujeres; de los que no han tenido relaciones sexuales es mayor el número de mujeres que de hombres, y también la mayoría corresponde a los estudiantes de 2o. semestre. Es mayor el número de hombres que inician sus relaciones sexuales antes o hasta los 18 años que el de mujeres, y la relación se invierte cuando la edad de inicio está entre los 19 y los 27 años. Finalmente, los estudiantes de 2o. semestre han iniciado sus relaciones sexuales a edades más tempranas que los estudiantes de 8o. semestre.

Se evaluaron diferentes parámetros de la pregunta relacionada con "tener relaciones sexuales" (coitales): frecuencia, tipo de persona con la que se tiene relaciones sexuales, si se usa o no protección, frecuencia del uso de protección, tipo de persona con la que se usa protección, situaciones en las que se usa protección, quién toma la iniciativa para usar protección, personas con las que no se utiliza protección, y, finalmente, situaciones en las que no se utiliza protección. Los resultados de la evaluación de estos elementos se presentan a continuación, considerando los 1117 estudiantes que han tenido relaciones sexuales.

La frecuencia por mes de las relaciones sexuales de todos los estudiantes se presenta en la Figura 16, en donde se observa que un porcentaje elevado de ellos (41.9%) lleva a cabo sus prácticas sexuales esporádicamente y sólo un 2.5% las realiza más de 20 veces al mes. El 87.7% de los estudiantes realiza sus prácticas sexuales con su pareja estable, y son pocos los que las llevan a cabo con amistades, con parejas eventuales o con prostitutas (véase Figura 17).

En relación con el uso de protección se encontró que el 50.8% de los estudiantes no lo usa y el 49.2% sí lo utiliza. En la Figura 18 se puede apreciar que de todas las carreras evaluadas, en la de Odontología es donde hay más estudiantes que no usan protección. Al hacer la comparación por género, semestre y tipo de carrera se observa, en la Figura 19, que es más elevado el porcentaje de hombres que usan protección que el de mujeres; hay más estudiantes de 2o. semestre que de octavo que sí utilizan protección y, finalmente, de los que sí usan protección hay más estudiantes en las carreras que no están relacionadas con la salud que en las que se ubican en el campo de la salud. Al comparar el uso de protección en estudiantes ubicados en distintos rangos de edad, se observa que en el rango de 17 a 19 años es más elevado el porcentaje de estudiantes que sí usan protección en sus relaciones sexuales que los que no la utilizan, mientras que en los rangos restantes sucede lo contrario; encontrándose la diferencia mayor en el rango de 23 a 25 años (véase Figura 20).

De los estudiantes que sí usan protección el 47.2% lo utiliza siempre que tiene relaciones sexuales, el 33.5% lo utiliza la mayoría de las veces, un 14.5% lo utiliza la mitad de las veces y sólo un 4.8% (25 estudiantes) casi nunca lo utiliza (véase Figura 21). El tipo de pareja con la que generalmente usan protección es la pareja estable (72.1%); el 27.9% de los estudiantes lo usan con parejas eventuales, con amistades y con prostitutas (véase Figura 22). Al preguntársele a los estudiantes por qué usan protección, se encontró que el 61.6% lo utiliza porque existe probabilidad de embarazo, el 13.8% porque desconoce la historia sexual de su pareja, el 10.3% porque cree que hay riesgo de contraer alguna enfermedad sexual y sólo un 2.1% lo usa porque su pareja le pide utilizarlo (véase Figura 23).

Además de evaluar distintos parámetros del uso de protección, se investigó sobre si los estudiantes saben cómo se coloca el condón. En el Anexo "A", al final del cuestionario, aparece una secuencia desordenada de figuras que ilustran los pasos a seguir para usar el condón. Cada figura tiene una letra, el estudiante tenía que escribir la secuencia correcta del uso del condón, que va desde tener el sobre del condón en la mano (figura con el número 5) hasta tirar a la basura el condón ya usado (figura con el número 7). En este sentido, la secuencia correcta fue: 519684237. También se consideraron como correctas dos secuencias más: una que implicaba no poner en la secuencia tener el sobre del condón en la mano (5) y abrirlo (1) pero el resto de las figuras sí tenía que incluirse, y otra en la que, además de las dos anteriores, no se incluía el abrir totalmente el sobre (9) ni tirarlo a la basura (7). De acuerdo con esto, se determinó el porcentaje de estudiantes que respondieron correcta o incorrectamente a la secuencia de colocación del condón. En la Figura 24 se presentan los datos correspondientes a toda la muestra (2254 estudiantes), y se observa que el 75.9% respondió incorrectamente, sólo el 24.1% sabe cómo se coloca correctamente el condón. En la Figura 25 se muestra la comparación de estos datos por género, semestre y tipo de carrera; lo que se observa es que es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que usan correctamente el condón, por semestre no hay diferencias,

pero por tipo de carrera las diferencias son más importantes: es mayor el número de estudiantes que cursan carreras relacionadas con la salud que saben usar correctamente el condón. El análisis por carrera indica que en la de Odontología es donde se encuentra el mayor número de estudiantes (44.4%) que respondieron correctamente (véase Figura 26). El análisis por rangos de edad muestra (véase Figura 27) que de los que respondieron correctamente es mayor el número de estudiantes que se ubican en los rangos más altos que en los de 17 a 22 años.

En resumen puede señalarse que las frecuencias de las relaciones sexuales no son muy elevadas, alrededor de la mitad de los estudiantes usa protección, los estudiantes de la carrera de Odontología son los que menos usan condón pero son los que más saben cómo se coloca correctamente, los hombres y los estudiantes que están en segundo semestre son los que más usan el condón, los que están cursando carreras que no se relacionan con la salud son los que más usan el condón, pero son los que menos saben cómo se coloca correctamente. Cerca del 50% de los estudiantes que sí usan el condón lo utiliza siempre que tiene relaciones sexuales, el otro 50% lo utiliza la mayoría de las veces, la mitad de las veces o casi nunca. Finalmente, la mayoría de los estudiantes que usan el condón, lo utilizan para evitar el embarazo, no para prevenir el contagio de ETS.

El porcentaje de estudiantes que reportó haber realizado cada una de las prácticas sexuales de riesgo y prevención se presenta en la Figura 28. Lo que se observa es que las prácticas de riesgo que más realizan los estudiantes son relaciones orales, tanto activas (58.7% de estudiantes) como pasivas (57.4% de estudiantes); las que menos se practican son las relaciones homosexuales (3.1%) y el sexo en grupo (3%). De las prácticas de prevención las que más realizan los estudiantes son caricias activas (65.6%) y caricias pasivas (61.1%); la masturbación en compañía es la práctica menos frecuente (10.9%). En la Figura 29 se presenta la comparación de estos datos por género, y se observa que las prácticas de riesgo que más realizan los hombres son relaciones homosexuales (84.4%), relaciones anales activas (95.5%), sexo en grupo (75%) y relaciones

ocasionales teniendo una pareja estable (63.3%); mientras que las mujeres realizan más las prácticas de uso de instrumentos de estimulación sexual (66.7%), relaciones orales activas (55%) y relaciones orales pasivas (52%). En el caso de las prácticas de prevención, las mujeres practican más la masturbación activa (masturbar al compañero hasta llegar al orgasmo) y pasiva, y las caricias en zonas genitales activas y pasivas, mientras que los hombres practican más la masturbación solitaria (54.8%) y masturbación en compañía (52.8%).

Las prácticas de riesgo en las que más se usa protección son sexo en grupo (el 58.1% de los estudiantes) y relaciones ocasionales teniendo una pareja estable (80.8%); en el resto de las prácticas, incluyendo las de prevención, es mayor el porcentaje de estudiantes que no usan protección que el que sí la usa (véase Figura 30). De los estudiantes que no usan protección en las prácticas de riesgo (véase Figura 31), es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres en relaciones anales activas (95.6%), sexo en grupo (92.3%), relaciones homosexuales (72.2%) y relaciones ocasionales (55.3%); la relación se invierte en las prácticas de sexo anal pasivo (80.5% de mujeres), uso de instrumentos (54.3%), sexo oral activo (53.7%) y sexo oral pasivo (52.5%), aunque las diferencias en las tres últimas no son muy pronunciadas. En las prácticas de prevención, los hombres usan más el condón que las mujeres sólo en la masturbación en compañía, en las dos restantes (masturbación pasiva y activa) las mujeres lo usan más que los hombres.

III) Categorías de riesgo

a) Análisis de cada parámetro evaluado de manera independiente

Se definieron diferentes categorías de riesgo de las prácticas sexuales considerando los distintos parámetros evaluados. En todos los casos se contabilizaron las respuestas de los estudiantes a cada parámetro y se dividieron entre el total de prácticas evaluadas, multiplicando el resultado por 100 para obtener el porcentaje de riesgo. En el Anexo "B" se describe la definición de cada parámetro de riesgo y en la Figura 32 se presentan los datos correspondientes a

cada uno de ellos considerando los 1117 estudiantes que han tenido relaciones sexuales. Para cada parámetro de riesgo se aplicó un análisis de varianza para hacer distintas comparaciones en términos de género, semestre, rangos de edad y tipo de carrera; en el caso del factor rangos de edad, se aplicó la prueba de Scheffé para determinar entre qué grupos de edad se encontraban diferencias.

En el primer parámetro de riesgo (*riesgo por diversidad de prácticas*) se encontró un porcentaje de riesgo de 29.9% (Figura 32). Este dato indica que de las 9 prácticas de riesgo evaluadas (se incluye la de relaciones coitales), los estudiantes realizan en promedio el 30%. Se encontraron diferencias significativas al hacer la comparación por género, semestre y rangos de edad pero no resultó significativo el factor tipo de carrera; los hombres y los estudiantes de octavo semestre obtuvieron porcentajes más elevados de *riesgo por diversidad* que las mujeres [$F(1/1091)=6.8797$; $p=.008$], y que los de segundo semestre [$F(1/1115)=9.7866$; $p=.001$], respectivamente; en el caso de la comparación por rangos de edad, las diferencias se encontraron entre los estudiantes que tienen entre 20 y 25 años de edad y los que tienen entre 17 y 19 años [$F(3/1079)=10.2272$; $p<.001$].

En el caso del parámetro 2 (*riesgo por no uso del condón*), en el 20.41% de las prácticas los estudiantes no usan protección (véase Figura 32). Al igual que en el parámetro de riesgo anterior, los hombres, los estudiantes de octavo semestre y los que tienen entre 20 y 25 años de edad, obtuvieron porcentajes más elevados que las mujeres, los estudiantes de segundo semestre y los que tienen entre 17 y 19 años de edad, respectivamente. En el resto de los parámetros se observan porcentajes de riesgo muy bajos; estos valores bajos ocurrieron porque se calculó el porcentaje de riesgo sobre la base de 9 prácticas, pero al analizar el número de estudiantes que llevó a cabo una, dos o hasta nueve prácticas, se encontró que sólo 3 estudiantes han tenido las 9 prácticas, 330 han realizado sólo una práctica, 164 han tenido sólo 2 prácticas, 296 reportaron tener 3 prácticas y 220 han tenido hasta 4 prácticas; son muy pocos los estudiantes que han reportado tener más de 5 prácticas sexuales (véase Figura 33). Considerando lo anterior, se procedió al

análisis de los parámetros de riesgo tomando en cuenta cada práctica sexual por separado. Así, del total de estudiantes que lleva a cabo cada práctica, se calculó el porcentaje de ellos que las ha realizado en forma riesgosa, considerando cada parámetro de riesgo evaluado en forma independiente. En este caso no se analizó el parámetro de riesgo No. 1 (riesgo por diversidad) puesto que implica considerar a todas las prácticas sexuales conjuntamente.

En la Figura 34 se presentan los datos correspondientes a las primeras 4 prácticas de riesgo evaluadas: relaciones anales activas y pasivas y relaciones orales activas y pasivas. Los parámetros de riesgo que más se practican son: no uso del condón, frecuencias bajas del uso del condón, situación de uso del condón (por qué lo utilizan) y frecuencia de las relaciones sexuales. En las cuatro prácticas el no uso de protección es el parámetro en donde se encuentran los porcentajes más elevados de estudiantes. Esto quiere decir, en el caso de las relaciones anales activas, que del total de estudiantes que las practican, el 70.7% lo hace sin usar protección, el 47.3% usa el condón con frecuencias muy bajas, el 35.9% no lo utiliza para prevenir enfermedades o porque desconozca la historia sexual de su pareja, sino porque le piden utilizarlo; el 25.2% no utiliza el condón cuando tiene relaciones anales activas con parejas riesgosas (cualquier persona menos la pareja estable); y el 20.5% de estudiantes practica el sexo anal insertivo con frecuencias altas. Los datos para el resto de las prácticas de riesgo se presentan en la Figura 35. Lo que corresponde a las prácticas de Masturbación en Compañía, Masturbación Activa y Masturbación Pasiva se presenta en la Figura 36, se observa que el riesgo por no uso de protección (parámetro 2) y por la frecuencia del uso de protección (parámetro 7) son los elementos que presentan mayor porcentaje de riesgo. El promedio de los parámetros de riesgo de todas las prácticas se presenta en la Figura 37, y se observa que aquellos que más practican los estudiantes son: no uso del condón (parámetro 2), frecuencias bajas de uso del condón (parámetro 7) y situaciones de riesgo del uso del condón (parámetro 4); el valor más bajo de porcentaje de riesgo se observa en el

parámetro 5, que hace referencia a que la iniciativa para usar el condón la tenga la pareja sexual y no el estudiante que está siendo evaluado.

En resumen podemos señalar que los estudiantes llevan a cabo prácticas sexuales en forma riesgosa por no usar protección y por hacerlo con parejas riesgosas; de los que sí usan protección, lo hacen en forma riesgosa dado que la frecuencia con la que la usan es baja. Asimismo, podemos señalar que los hombres, a diferencia de las mujeres, son los que más realizan en forma riesgosa las distintas prácticas, ocurriendo lo mismo con los estudiantes de octavo semestre y los que tienen entre 20 y 25 años de edad.

b) Análisis condicional de los parámetros de riesgo

Para realizar este análisis se consideraron únicamente las prácticas sexuales en las que es más probable que ocurra el contagio del VIH: Relaciones Coitales, Relaciones Anales Pasiva (Sexo Anal Receptivo), Relaciones Anales Activas (Sexo Anal insertivo), Relaciones Orales Activas y Relaciones Orales Pasivas. Del total de estudiantes que han realizado cada una de estas prácticas, se calculó el porcentaje que cumple con cada perfil de riesgo definido. En el Cuadro No. 8 se presentan los datos correspondientes a este análisis y en general se observan porcentajes muy bajos. El perfil 1 indica el porcentaje de estudiantes que llevan a cabo la práctica con parejas que no sean la estable sin utilizar protección; el mayor porcentaje de estudiantes que cumple con este perfil se observa en la práctica correspondiente al Sexo Oral Activo (10.4% de estudiantes). El perfil de riesgo en donde se encuentra el mayor porcentaje de estudiantes es el que corresponde al tener la práctica sexual con la pareja estable pero sin usar protección (perfil 4); la práctica en donde se observa el mayor porcentaje de estudiantes es la de Sexo Oral Pasivo (81.40% de estudiantes).

Aun cuando los valores de estos perfiles de riesgo resultaron ser muy bajos, consideramos conveniente describir las diferencias encontradas por género, semestre, tipo de carrera y carrera que cursan los estudiantes. Estas comparaciones se presentan en el Cuadro No. 9 sólo para el caso de

Relaciones Coitales, describiéndose el número de estudiantes, y el porcentaje correspondiente, que cumplió con cada perfil de riesgo en dicha práctica sexual.

Cuadro No. 8
Total de estudiantes que ha realizado cada una de las prácticas sexuales y el total que cumple con cada perfil de riesgo

PRÁCTICAS SEXUALES	TOTAL DE ESTUDIANTES	PERFILES DE RIESGO											
		1		2		3		4		5		6	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Rel. Coitales	1117	35	3.1	33	3.0	51	4.6	483	43.2	280	25.1	215	19.2
Anal Recept.	176	8	4.5	1	.60	6	3.4	120	68.2	4	2.3	18	10.2
Anal Insert.	138	13	9.4	1	.74	10	7.2	81	58.7	8	5.8	10	7.2
Oral Activo	624	65	10.4	1	.20	2	.32	487	78.0	3	.50	26	4.2
Oral Pasivo	613	62	10.1	63	10.3	3	.50	499	81.4	10	1.6	22	3.67
MEDIA:	533.6	36.6	7.50	19.8	2.96	14.4	3.20	334	65.9	61	7.06	58.2	8.89

Se observan diferencias por género en los perfiles 1, 4, 5 y 6, siendo mayor el número de hombres que de mujeres que cumple con estos perfiles. Al comparar los datos por semestre que cursan los estudiantes, se observa que en todos los perfiles, excepto en el 4, es mayor el porcentaje de estudiantes de 2º semestre que cumple con estos perfiles que de 8º semestre. En la comparación por tipo de carrera, es mayor el número de estudiantes que cursan carreras de la salud que cumple con los perfiles 1, 2 y 3 que los estudiantes de las otras carreras, mientras que la relación se invierte en los perfiles 4, 5 y 6.

Cuadro No. 9
Comparación por género, semestre y tipo de carrera del total de estudiantes que cumple con cada perfil de riesgo en la práctica de Relaciones Coitales

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	PERFILES DE RIESGO											
	1		2		3		4		5		6	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hombres	30	85.7	29	87.9	43	84.3	176	36.9	109	40.7	91	44.2
Mujeres	5	14.3	4	12.1	8	15.7	301	63.1	159	59.3	115	56.8
2º Semestre	22	62.9	24	72.7	32	62.7	230	47.6	145	51.8	122	56.7
8º Semestre	13	37.1	9	27.3	19	37.3	253	52.4	135	48.2	93	43.3
Salud	12	34.3	7	21.2	13	25.5	294	60.9	157	56.1	121	56.3
No salud	23	65.7	26	78.8	38	74.5	189	39.1	123	43.9	94	43.7

c) *Parejas sexuales y uso del condón en la última relación sexual*

El número de parejas sexuales que reportaron haber tenido los estudiantes en el último mes se muestra en la Figura 38; la mayor parte de los estudiantes reportó haber tenido sólo una pareja sexual, 42 no tuvieron ninguna pareja y 151 no contestaron. Dado que el número de estudiantes que reportó tener 2 ó más parejas sexuales fue muy bajo, la comparación por género, semestre, carrera y tipo de carrera se hizo tomando en cuenta sólo los valores de 0, 1 y no contestó. En la Figura 39 se observa que fue mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que reportaron no haber tenido ninguna pareja y de los que no contestaron, mientras que la relación se invierte cuando se reporta haber tenido sólo una pareja sexual. En la comparación por semestre se observa, en esta misma figura, una diferencia muy importante entre los estudiantes que no tuvieron ninguna pareja o los que no contestaron, siendo mayor el número de estudiantes de 2° que de 8°. Entre los que reportaron haber tenido sólo una pareja sexual no hubo diferencias entre 2° y 8° semestre. En la comparación por tipo de carrera se observó un porcentaje más elevado en las tres categorías (ninguna pareja, una y no contestaron) en los estudiantes que cursan carreras de la salud.

La comparación entre carreras muestra que los estudiantes que no tuvieron ninguna pareja sexual corresponden sólo a las carreras de Enfermería y Administración, mientras que en los que tuvieron sólo una y en los que no contestaron el porcentaje se distribuye entre las 6 carreras (véase Figura 40). La comparación por rangos de edad muestra que en las tres categorías es mayor el porcentaje de estudiantes que están entre los 20 y los 22 años (véase Figura 41).

Los datos obtenidos respecto al uso de protección en la última relación sexual se muestran en la Figura 42; en general se observa que de los que no usaron protección fue mayor el número de mujeres que de hombres y de estudiantes que cursan carreras que no se relacionan con la salud; en la comparación por semestre, se observa que de los que sí usaron protección fue mayor el porcentaje de estudiantes que cursan el 2° semestre, mientras que entre

los que no usaron protección no hubo diferencias importantes. La comparación entre carreras se presenta en la Figura 43; las diferencias más importantes entre los que sí usaron protección y los que no la usaron ocurren en las carreras de Odontología y Psicología, siendo menor el número de estudiantes en la primera y mayor en la segunda que no usaron protección; promediando los datos de todas las carreras, se observa que es mayor el porcentaje de estudiantes que no usaron protección en su última relación sexual. Finalmente, en la Figura 44 se presenta la comparación por rangos de edad, y puede apreciarse que en los rangos más bajos (de 17 a 19 años) es mayor el número de estudiantes que sí usaron protección en su última relación sexual, que los que no la usaron, mientras que la relación se invierte en el rango que está entre los 23 y 25 años de edad.

IV) Identificación de comportamientos preventivos eficaces

De acuerdo con lo señalado en el modelo de salud propuesto por Bayés y Ribes (1989), para que ocurra un comportamiento preventivo eficaz se requiere de que la persona sea capaz de: 1) reconocer comportamientos y situaciones de riesgo, 2) reconocer señales o condiciones de estímulo que indican proximidad de una situación de riesgo y, por tanto, practicar comportamientos preventivos, 3) señalar consecuencias a corto y/o largo plazo que pueden derivarse de la práctica de comportamientos preventivos o de riesgo, 4) reconocer comportamientos preventivos eficaces, que implica: a) evitar comportamientos de riesgo, b) eliminar elementos nocivos del comportamiento de riesgo, c) demorar el comportamiento de riesgo, d) practicar comportamientos incompatibles no peligrosos, y e) practicar con habilidad comportamientos preventivos. Esto implica que, en el campo de la evaluación de prácticas sexuales preventivas, no es suficiente conocer si la persona usa el condón o si tiene sólo una pareja estable, como para poder predecir, con base en esto, si continuará comportándose de manera preventiva, sino que se necesita conocer si su comportamiento preventivo es consistente en distintas situaciones que posibilitan la ocurrencia del comportamiento de riesgo. Por esta razón, se evaluaron distintas situaciones de

riesgo (véase Parte III del Cuestionario del Anexo "A") en las que se ejemplifican interacciones entre dos personas y en las que el estudiante tenía que responder lo que hacía en situaciones funcionalmente semejantes; en cada una de ellas hay 14 opciones posibles de las cuales sólo tiene que responder a una, aquella que más se acerque a lo que experimentó. En el Cuadro No. 10 se describe el tipo de comportamiento preventivo o de riesgo que corresponde a cada una de las 14 opciones descritas en las 11 situaciones evaluadas.

En promedio el 80% de los 2254 estudiantes no han vivido experiencias semejantes a las descritas en las 11 situaciones; del 20% (450 estudiantes) que sí ha tenido este tipo de experiencias, se describen los datos en el Cuadro No. 11. El promedio de las 11 situaciones del porcentaje de estudiantes que respondieron a los distintos elementos que identifican comportamientos preventivos eficaces se presenta en la Figura 45. Lo que se observa es que el 65.66% de los estudiantes llevan a cabo comportamientos preventivos eficaces; de éstos sólo un 2.39% señala consecuencias a corto y largo plazo derivadas de la práctica de comportamientos de riesgo, la mayoría de los estudiantes reconocen situaciones y comportamientos de riesgos y sólo un 6.55% reconoce señales de estímulo que indican proximidad de riesgo. Además se observa, en esta misma figura, que un 30.40% de los estudiantes ha respondido en las 11 situaciones a factores biológicos momentáneos (por ejemplo, el uso de alcohol o drogas, el estar excitado, el tener tiempo sin tener relaciones sexuales, etc.) que median el comportamiento de riesgo o el preventivo.

En la Figura 46 se ejemplifica una relación ocasional en la que hay un cambio de pareja (situación No. 1 del Cuadro No. 11); de acuerdo con las opciones a las que respondieron los estudiantes, se observa que el 20% de ellos reconocen situaciones y comportamientos de riesgo, un 11.4% reconoce señales o condiciones de estímulo que indican proximidad de riesgo y realizan comportamiento preventivo; el 29.7% de los estudiantes reconocen comportamientos preventivos eficaces (por ejemplo, evitar o demorar comportamientos de riesgo, practicar comportamientos incompatibles no

ESTA LEY ES UN BARRIO
SALUD DE LA SOCIEDAD

peligrosos, etc.); y solamente un 2% de los estudiantes respondieron a la opción que indica señalar consecuencias a corto o largo plazo que pueden derivarse de comportamientos de riesgo.

A manera de resumen se puede señalar que de los estudiantes que sí han tenido alguna experiencia semejante a las descritas en las 11 situaciones, la mayoría ha llevado a cabo comportamientos preventivos eficaces reconociendo situaciones y comportamientos de riesgo, pero son pocos los que reconocen señales de estímulo que indican la proximidad de riesgo y pocos los que han señalado consecuencias a corto y largo plazo que pueden derivarse de la práctica de comportamientos de riesgo. Un porcentaje considerable (30%) de los estudiantes se ha visto involucrado en situaciones en las que su comportamiento ha estado mediado por factores de tipo biológico, tales como el consumo de alcohol o drogas, la excitación y la privación de la relación sexual.

Cuadro No. 10

Comportamiento preventivo o de riesgo que corresponde a cada uno de los incisos descritos en las once situaciones evaluadas en la Parte III del cuestionario

INCISO	OPCIONES DE LAS ONCE SITUACIONES	COMPORTAMIENTO PREVENTIVO POR:	COMPORTAMIENTO PREVENTIVO POR:	COMPORTAMIENTO DE RIESGO POR:
b)	Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo	Reconocer situaciones de riesgo		
c)	Pensé que el no conocer la historia sexual de esta persona era riesgoso	Reconocer comportamientos de riesgo		
d)	Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar el condón	Reconocer señales de estímulo que indican proximidad de una situación de riesgo y realizar comportamiento preventivo		
e)	Sólo nos acariciamos porque no teníamos ningún tipo de protección	Practicar comportamientos incompatibles no peligrosos		
f)	Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección	Demorar el comportamiento de riesgo		
g)	Usamos protección	Practicar con habilidad comportamiento preventivo		
h)	Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual	Señalar consecuencias a corto o largo plazo que pueden derivarse de comportamientos de riesgo		
i)	Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y tuve las relaciones			Factores biológicos (privación de la relación sexual)
j)	No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no tuve relaciones		Factores biológicos momentáneos (no hay atracción)	
k)	Me sentía muy excitado así que tuve las relaciones			Factores biológicos (excitación)
l)	Como había bebido alcohol tuve las relaciones sin pensar en usar protección			Factores biológicos momentáneos (consumo de alcohol)
m)	Como estaba bajo los efectos de una droga tuve las relaciones sin pensar en usar protección			Factores biológicos momentáneos (consumo de drogas)

Cuadro No. 11
Porcentaje de estudiantes que respondieron a las distintas situaciones
que evalúan comportamientos preventivos eficaces

No.	Situación evaluada en cuestionario	No la han vivido	No contestaron	Sí la han vivido	Factores biológicos	Comportamientos preventivos eficaces					otros
						RSCR	RSE	SCLP	RCPE	Sub-total	
1	Cambio de pareja	72.1	4.0	23.9	34.0	20.0	11.4	2.0	29.7	63.1	2.9
2	Personas desconocidas	70.0	3.8	26.2	11.3	32.0	9.5	1.0	45.7	88.2	.5
3	Rel. orales activas	83.1	4.1	12.8	35.4	29.5	4.2	3.8	24.0	61.5	3.1
4	Rel. orales pasivas	73.2	4.0	22.8	37.7	16.4	1.8	2.1	39.8	60.1	2.2
5	Rel. con desconocido	72.2	4.0	23.8	20.0	25.8	4.2	2.1	47.6	79.7	.2
6	Uso de instrumentos	94.1	3.9	2.0	19.9	37.8	8.9	4.4	28.9	80.0	.1
7	Relaciones ocasionales	70.1	4.0	25.9	33.8	26.8	7.4	2.7	27.3	64.2	2.0
8	Rel. anales pasivas	85.1	4.2	10.7	48.4	25.4	1.3	2.1	19.1	47.9	3.7
9	Rel. anales activas	86.3	4.0	9.7	45.8	19.2	4.6	1.8	22.5	48.1	6.1
10	Masturb. en compañía	85.5	4.3	10.2	24.4	10.0	1.7	3.1	48.9	63.7	11.9
11	Sexo en grupo	92.0	4.4	3.6	24.3	31.7	17.1	1.2	15.9	65.9	9.8
	PROMEDIO	80.3	4.1	15.6	30.4	24.9	6.5	2.4	31.8	65.7	3.9
	RSCR:	Reconocer situaciones y comportamientos de riesgo.									
	RSE:	Reconocer señales de estímulo que indican proximidad de un comportamiento de riesgo y practicar comportamiento preventivo.									
	SCLP:	Señalar consecuencias a corto y largo plazo derivadas de la práctica de comportamientos de riesgo.									
	RCPE:	Realizar comportamientos preventivos eficaces.									

V) Relación entre conocimientos y prácticas de riesgo

Para conocer la relación entre el nivel general de conocimientos acerca del VIH/SIDA y el nivel de riesgo de las prácticas sexuales de los estudiantes, se calculó el índice de correlación de Pearson. En este análisis se consideraron los nueve parámetros de riesgo y las cinco áreas de conocimientos acerca del VIH, además del porcentaje promedio de estas cinco áreas (total de conocimientos). En el Cuadro No. 12 se presentan los valores de la r de Pearson y el nivel de

significancia de dichas correlaciones; los espacios en blanco indican que no hubo correlación significativa. El área de Epidemiología se correlacionó positivamente (a mayor conocimiento mayor nivel de riesgo) con los parámetros de riesgo 1 (diversidad de las prácticas) y 9 (tipo de pareja con la que no se usa protección), y negativamente (a mayor conocimiento menor nivel de riesgo) con los parámetros 3 (realizar las prácticas con parejas riesgosas), 4 (usar protección por razones riesgosas), 5 (la pareja toma la iniciativa para usar protección) y 7 (frecuencias bajas de uso de protección). Los conocimientos sobre la etiología del virus se correlacionaron positivamente con los parámetros de riesgo 2, 7 y 9. En las áreas de Transmisión y Prevención se observaron correlaciones sólo con dos de los parámetros: 2 y 9, y 2 y 5, respectivamente; sólo se observó una correlación negativa entre Prevención y el parámetro 5 (iniciativa para usar protección). Considerando el porcentaje total de conocimientos acerca del VIH/SIDA, se encontraron correlaciones positivas con los parámetros 1, 2 y 9, y una correlación negativa con el parámetro 5.

Cuadro No. 12
Correlaciones entre conocimientos acerca del VIH/SIDA
y los parámetros de riesgo de las prácticas sexuales

CONOCIMIENTOS VIH/SIDA	PARÁMETROS DE RIESGO																	
	DIVERSIDAD 1		NO USO DEL CONDÓN 2		PAREJAS RIESGOSAS 3		RAZONES USO CONDÓN 4		INICIATIVA PARA USAR CONDÓN 5		FRECUENCIA DE LAS PRÁCTICAS 6		FRECUENCIA USO DEL CONDÓN 7		RAZONES NO USO DEL CONDÓN 8		PAREJAS NO USA CONDÓN 9	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Epidemiolog.	.06	.03	-	-	-.07	.01	-.12	<.001	-.11	<.001	-	-	-.10	.001	-	-	.08	.007
Etiología	.08	.002	.10	<.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.08	.004
Sintomatolog.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.06	.04	-	-	-	-
Transmisión	-	-	.09	.002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevención	-	-	.07	.01	-	-	-	-	-.07	.008	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de co- nocimientos	.06	.03	.11	<.001	-	-	-	-	-.05	.06	-	-	-	-	-	-	.07	.01

FIGURAS

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación entre carreras

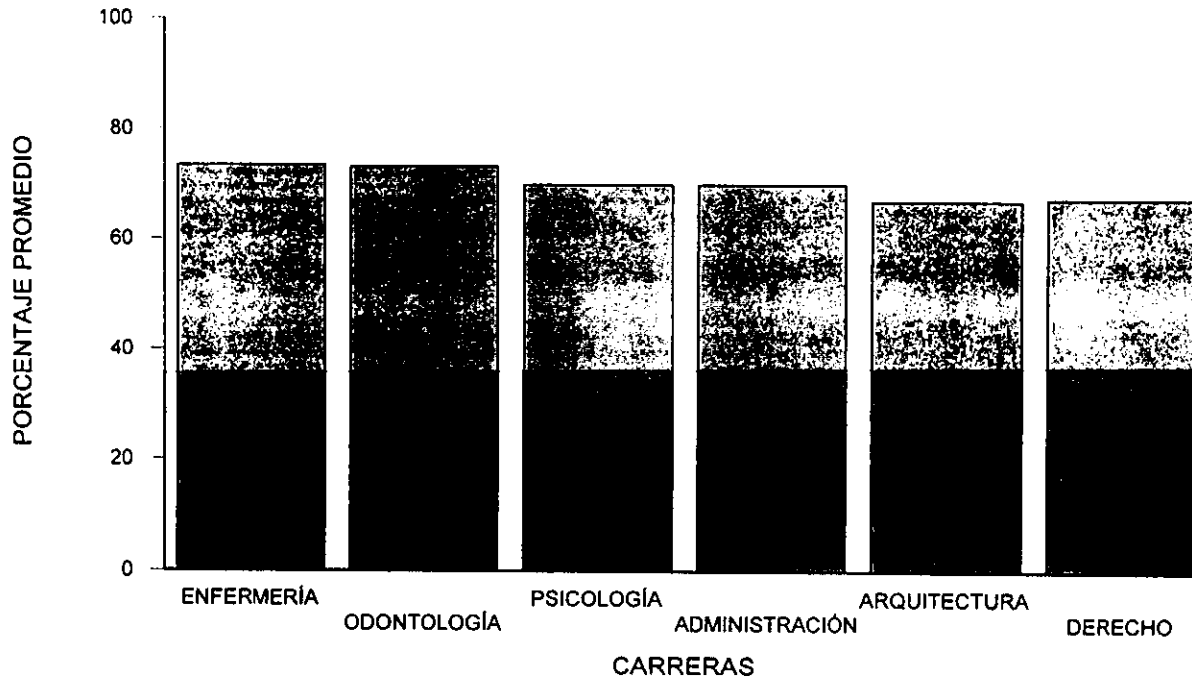


Figura 1. Porcentaje promedio de respuestas correctas sobre conocimientos generales acerca del VIH/SIDA obtenido por los estudiantes de las seis carreras evaluadas.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación entre áreas

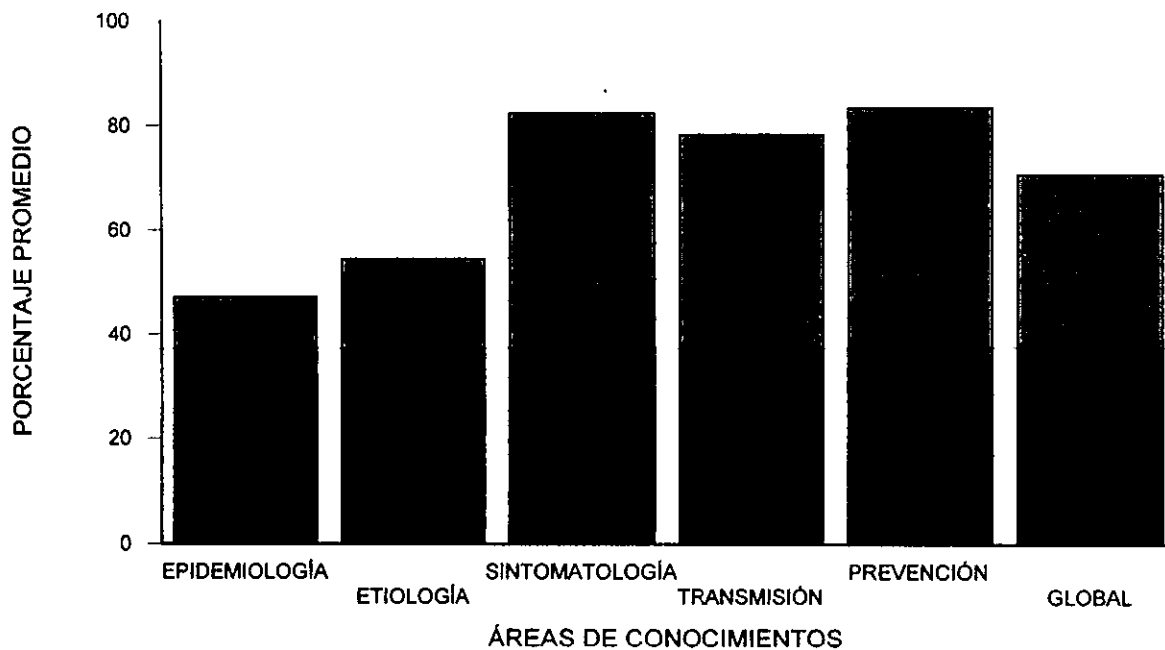


Figura 2. Porcentaje promedio de respuestas correctas obtenido por todos los estudiantes en las cinco áreas de conocimientos evaluadas, incluyendo el porcentaje global de todas las áreas.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación entre áreas y carreras

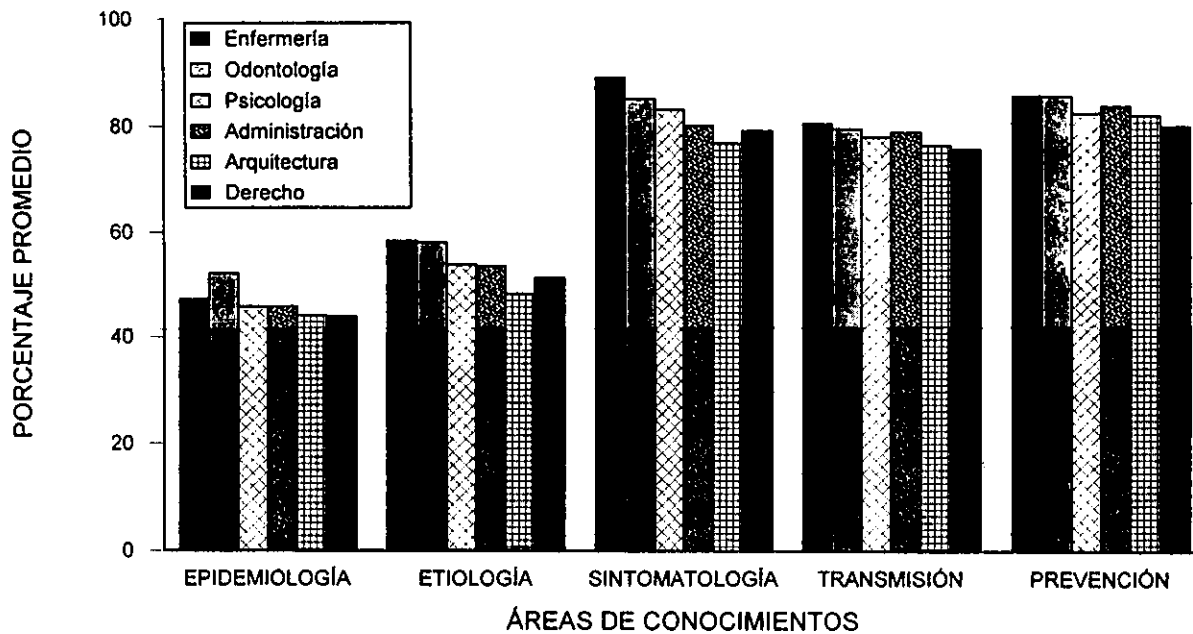


Figura 3. Porcentaje promedio de respuestas correctas obtenido por los estudiantes de las seis carreras en las cinco áreas de conocimientos evaluadas.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por tipo de carrera

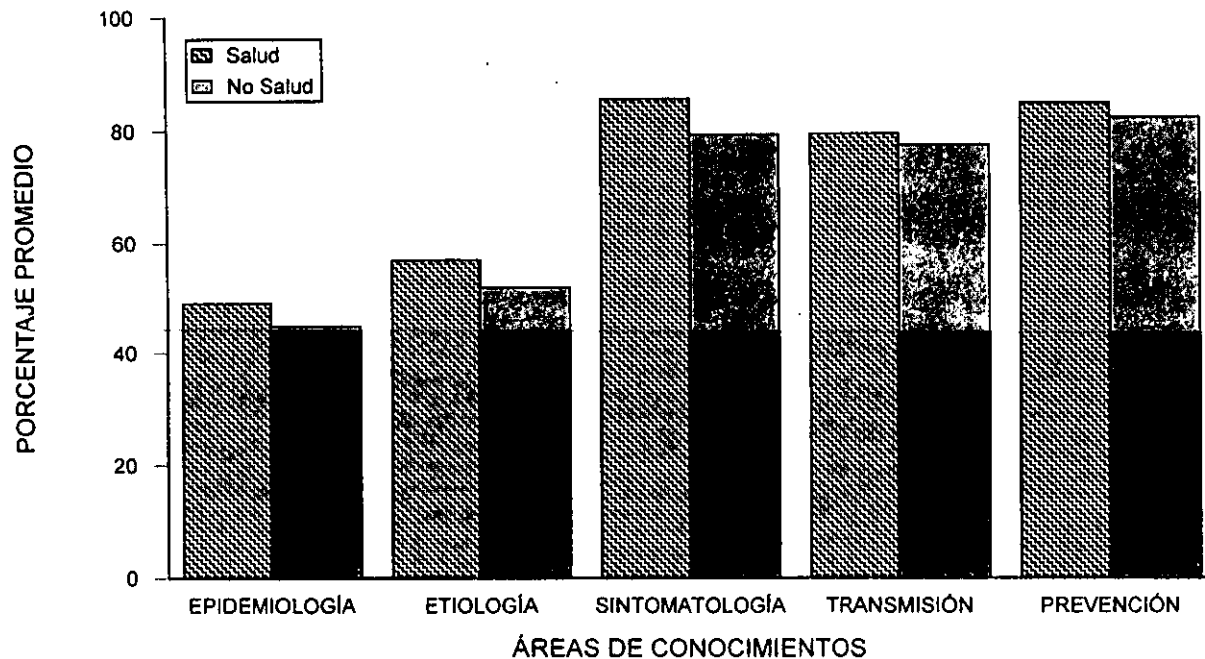


Figura 4. Comparación por tipo de carrera del porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por todos los estudiantes.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por semestre

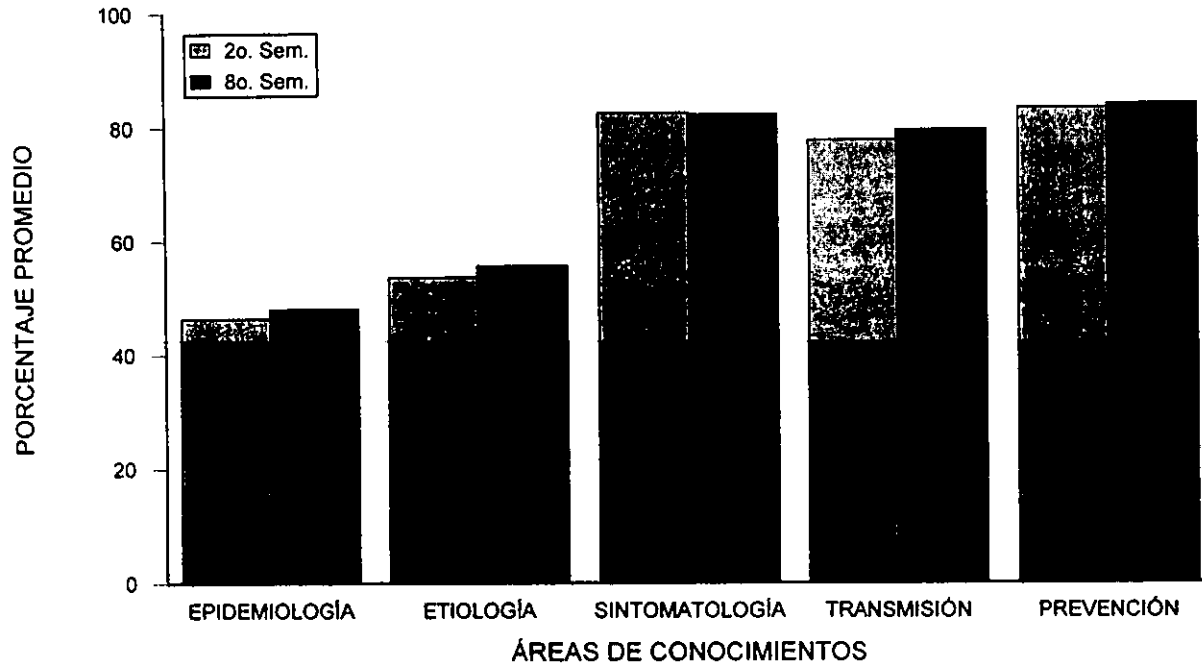


Figura 5. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por los estudiantes de 2o. y 8o. semestres de todas las carreras.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por rangos de edad

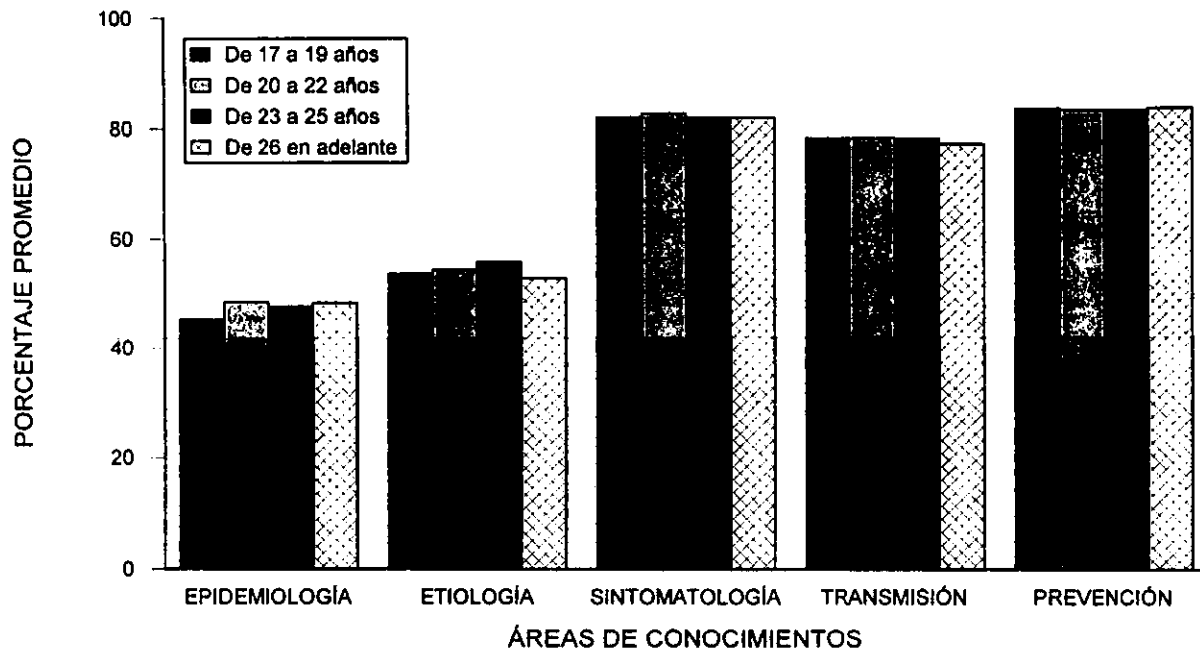


Figura 6. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por los estudiantes de todas las carreras, ubicados en distintos rangos de edad.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por género

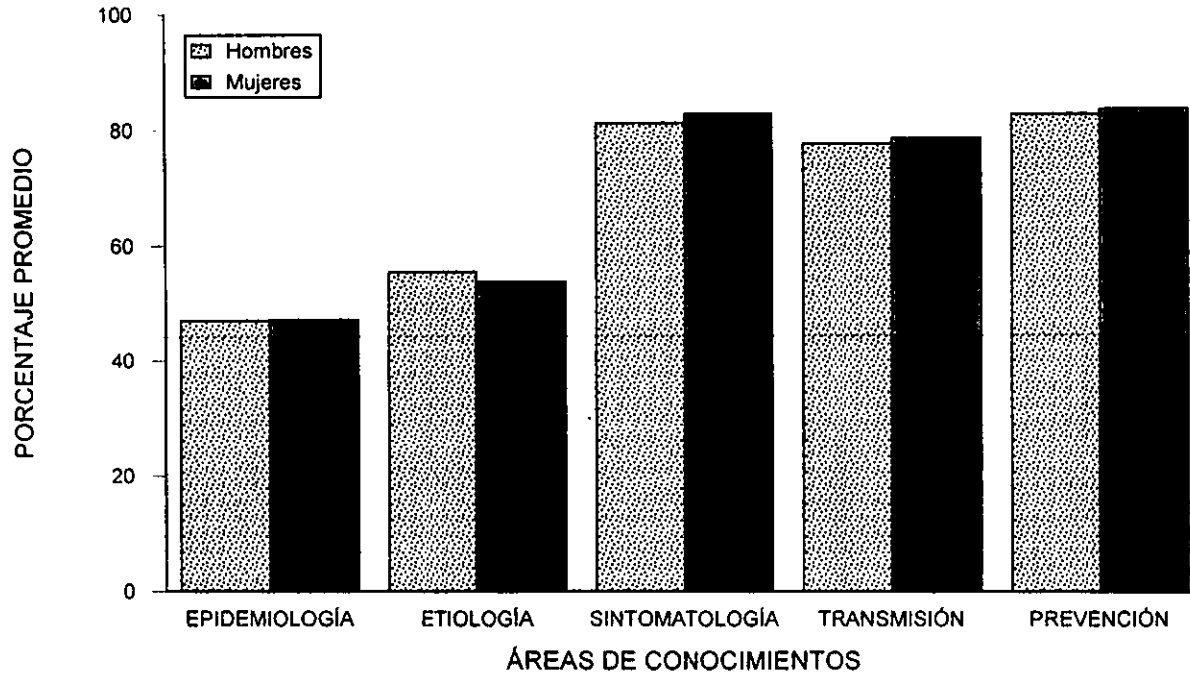


Figura 7. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por los hombres y mujeres de todas las carreras.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por debut sexual

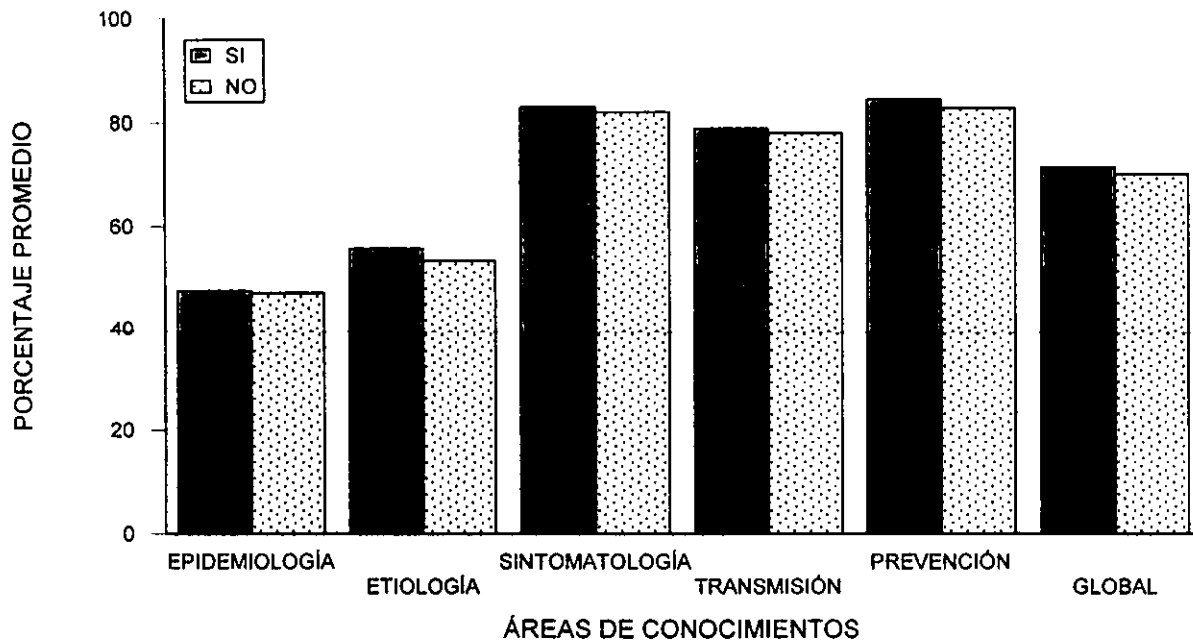


Figura 8. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por los estudiantes de todas las carreras que han tenido y no han tenido su debut sexual.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por uso de protección

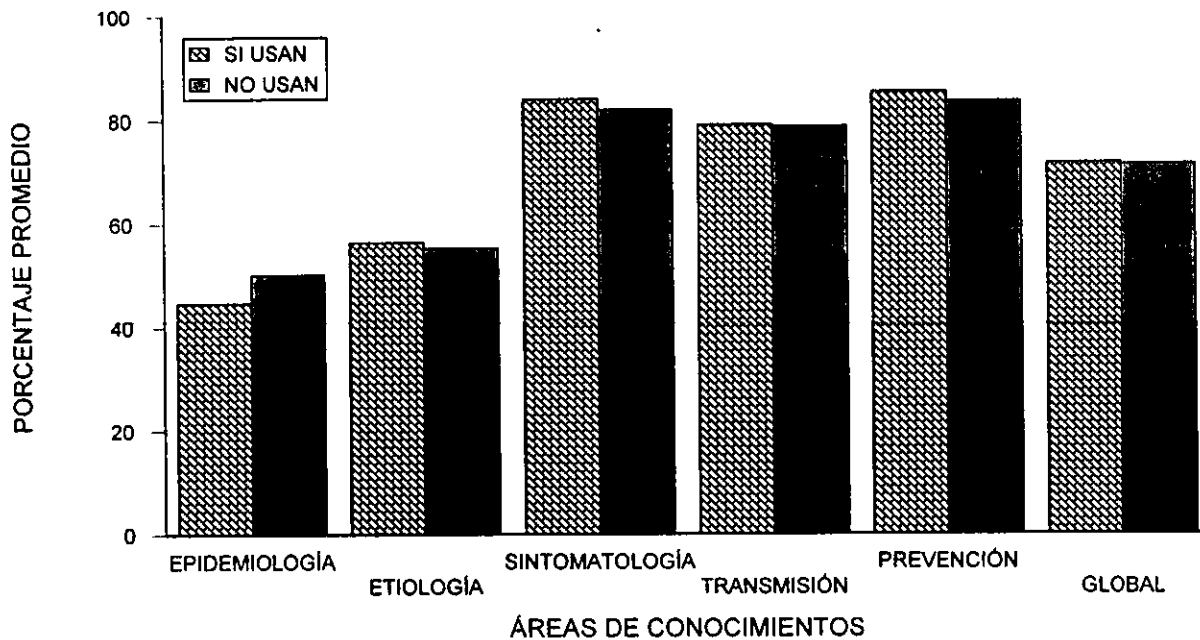


Figura 9. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por los estudiantes de todas las carreras que usan y no usan protección.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Respuestas correctas

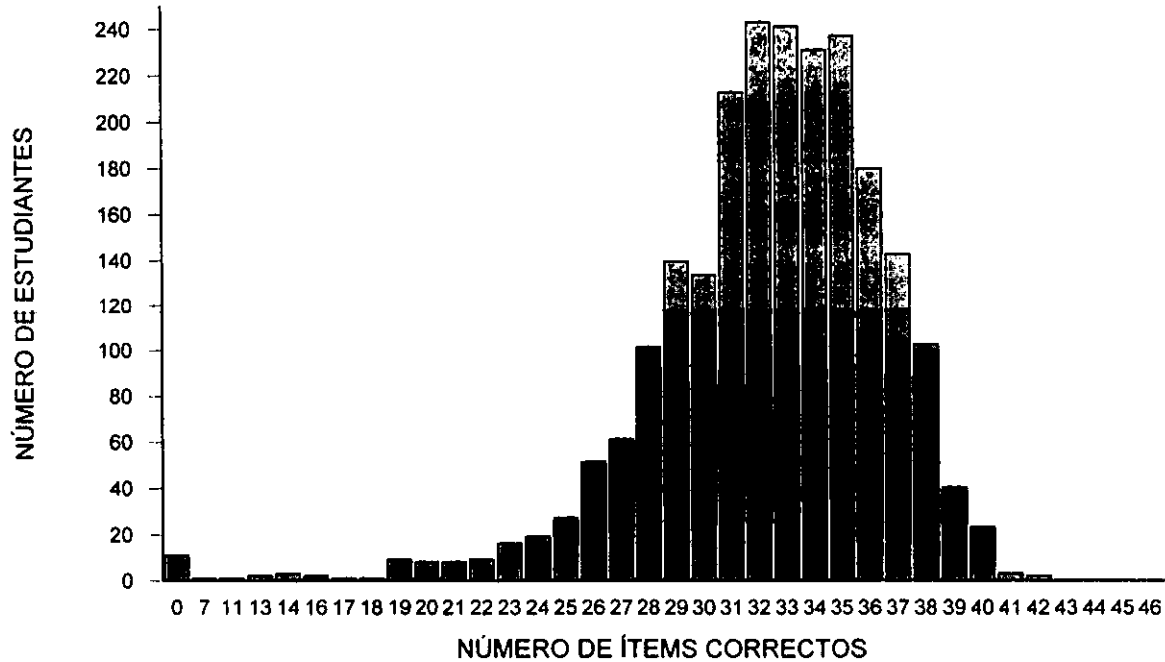


Figura 10. Total de estudiantes que obtuvieron diferentes números de ítems correctos.

ÍNDICE DE DIFICULTAD

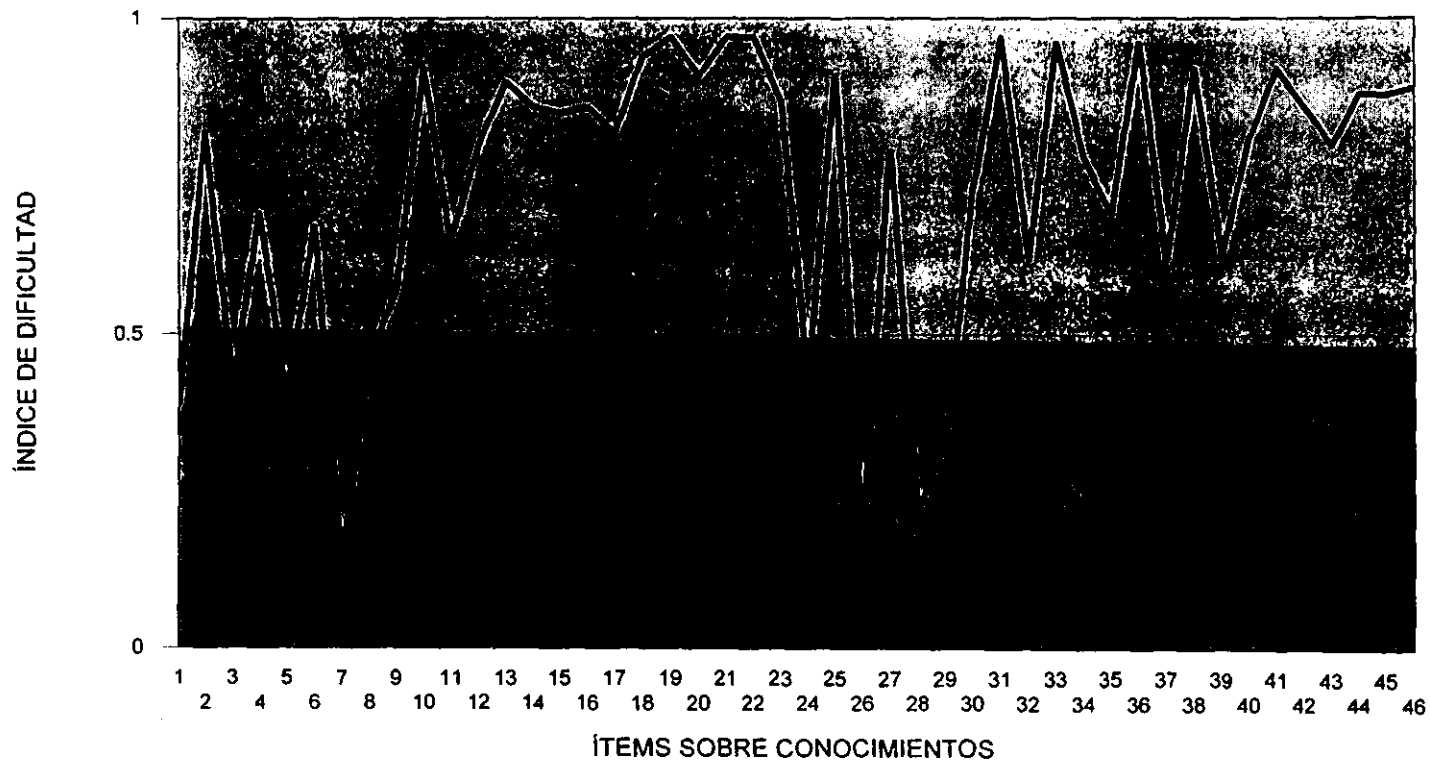


Figura 11. Índice de Dificultad de los 46 reactivos que evalúan conocimientos acerca del VIH/SIDA.

TENER RELACIONES SEXUALES

Por semestre y por género

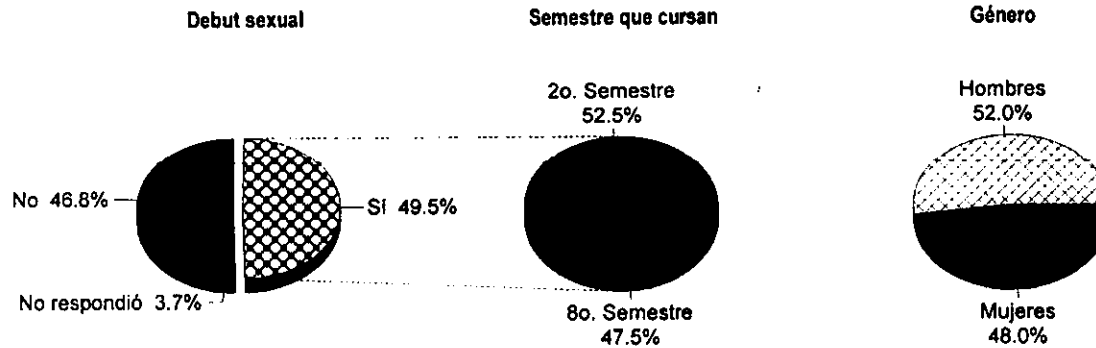


Figura 12. Porcentaje de estudiantes que han tenido relaciones sexuales, por semestre que cursan y por género.

DEBUT SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES

Edad de inicio

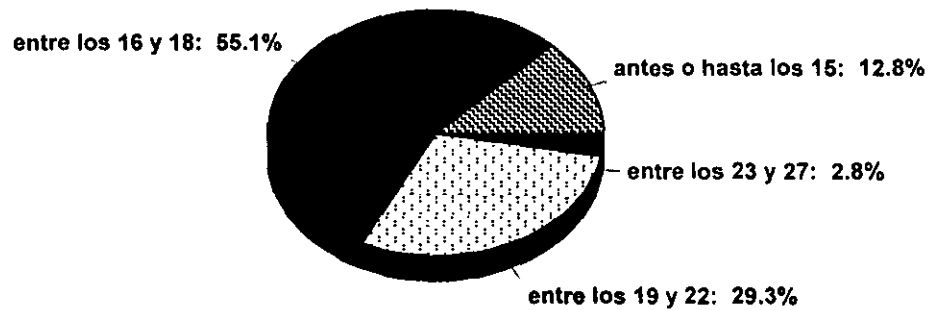


Figura 13. Porcentaje de estudiantes que tuvieron su debut sexual en diferentes rangos de edad.

DEBUT SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES

Comparación por género

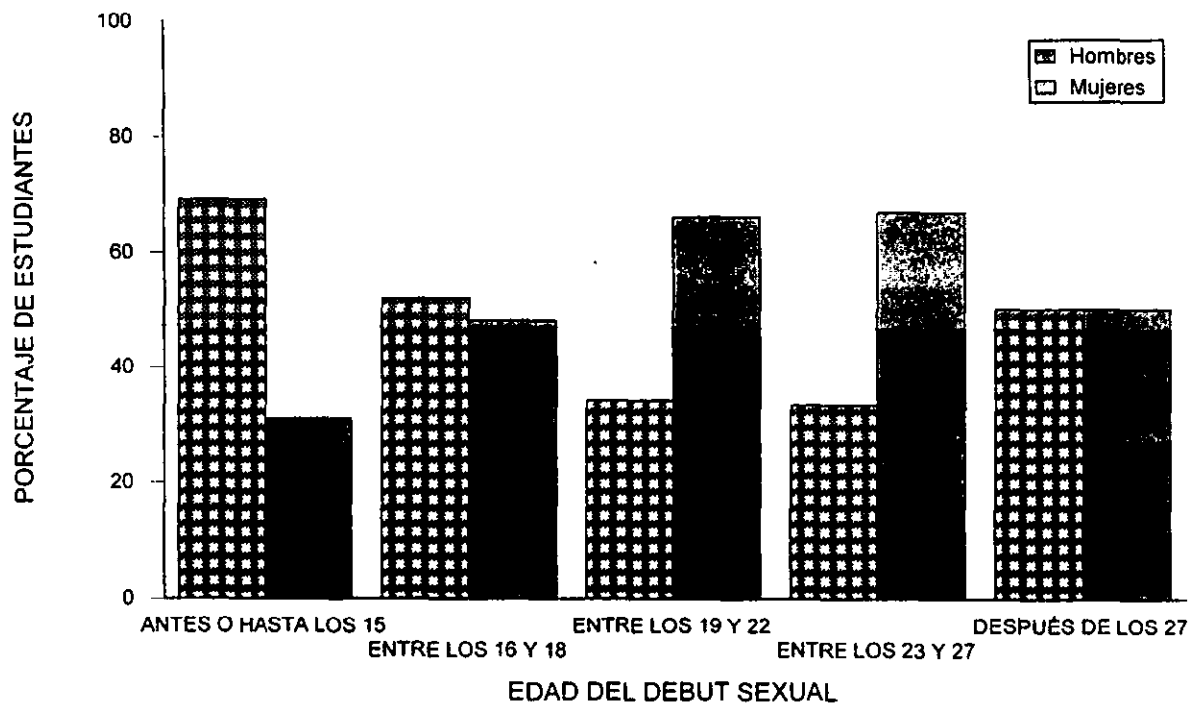


Figura 14. Edad de inicio de las relaciones sexuales en hombres y mujeres.

DEBUT SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES

Comparación por semestre

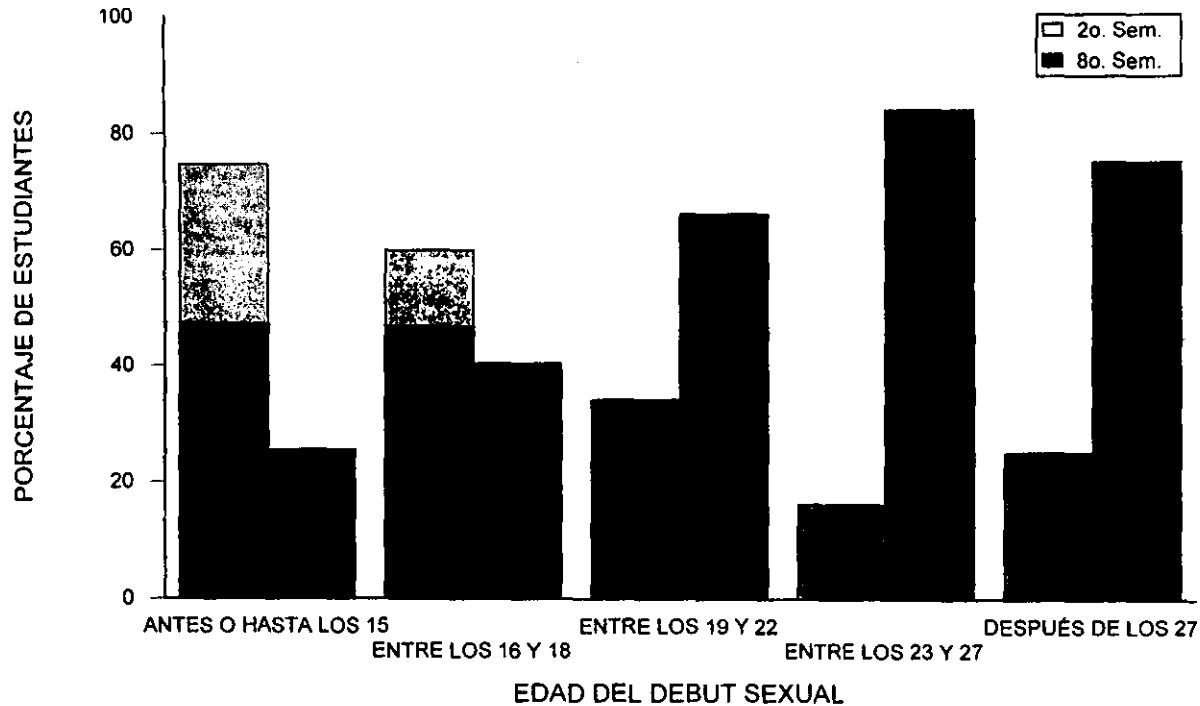


Figura 15. Edad de inicio de las relaciones sexuales en estudiantes de 2o. y 8o. semestres.

FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES

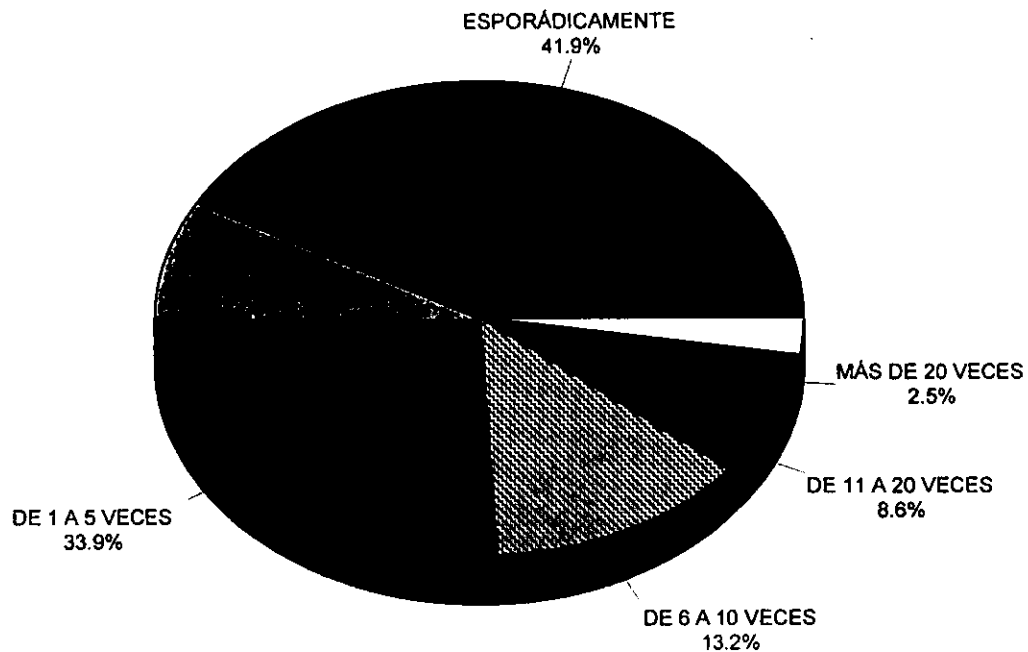


Figura 16. Frecuencia por mes de las relaciones sexuales de todos los estudiantes.

TIPO DE PAREJA CON LA QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES

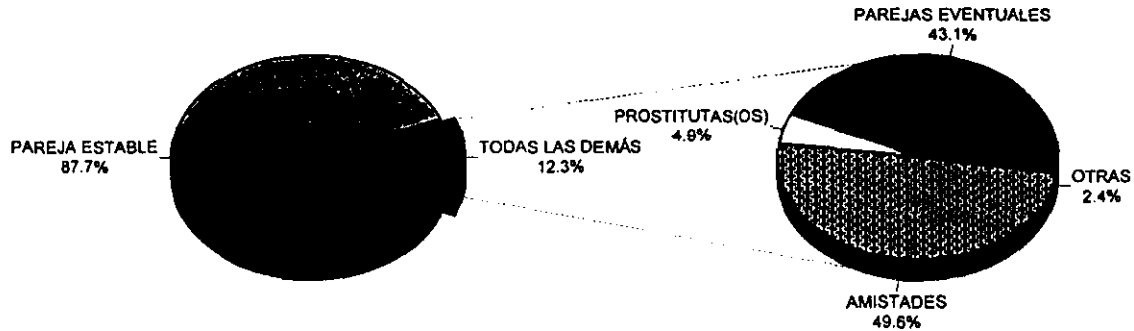


Figura 17. Tipo de pareja con la que tienen relaciones sexuales todos los estudiantes.

NO USO DE PROTECCIÓN

Comparación entre carreras

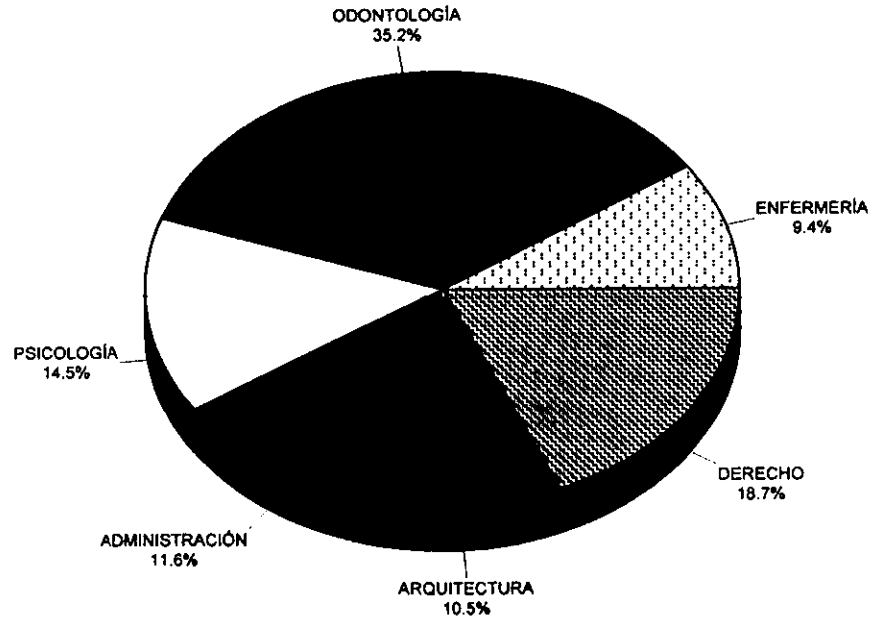


Figura 18. Porcentaje de estudiantes de cada carrera que no usan protección cuando tienen relaciones sexuales.

USO DE PROTECCIÓN

Comparación por género, semestre y tipo de carrera

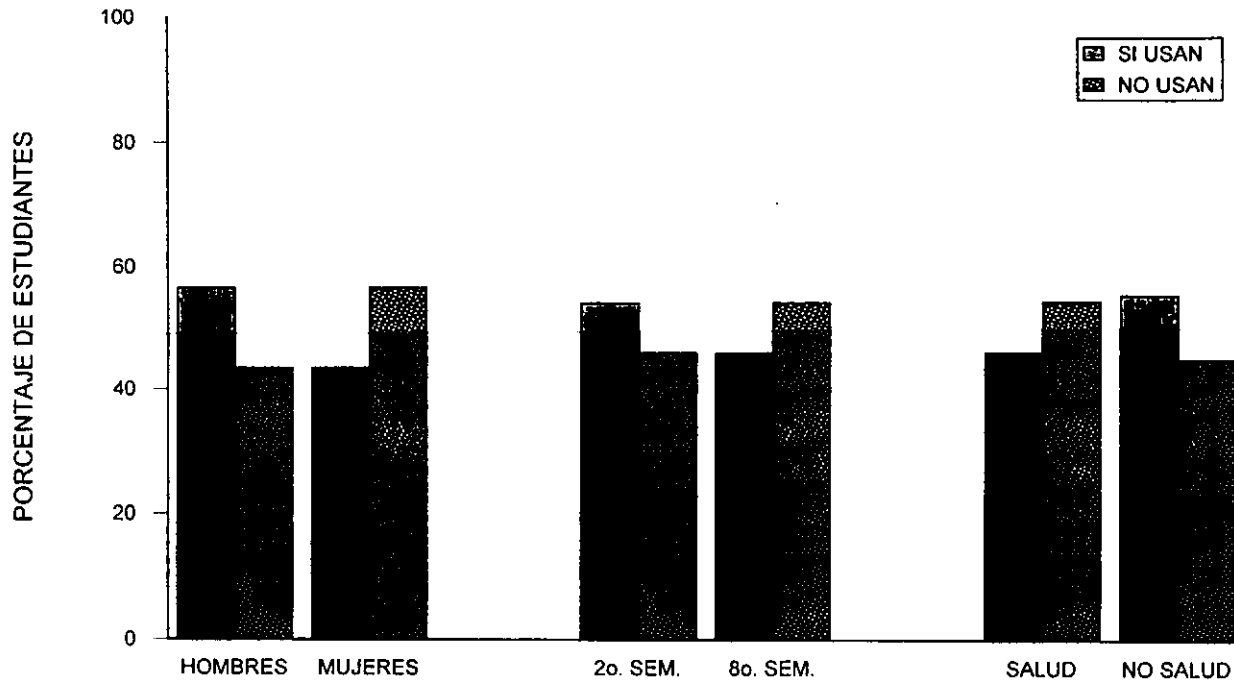


Figura 19. Porcentaje de estudiantes que usan y no usan protección en sus relaciones sexuales. Comparación por género, semestre y tipo de carrera.

USO DE PROTECCIÓN

Comparación por rangos de edad

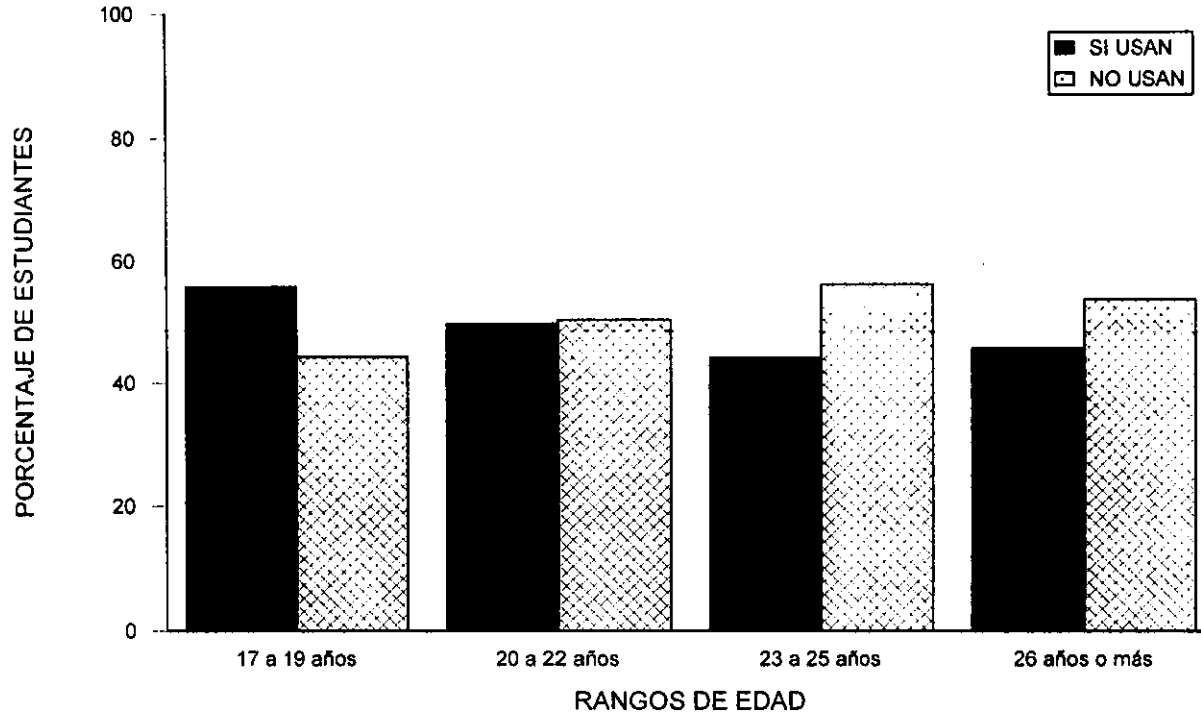


Figura 20. Porcentaje de estudiantes que usan y no usan protección en los distintos rangos de edad.

FRECUENCIA DEL USO DE PROTECCIÓN

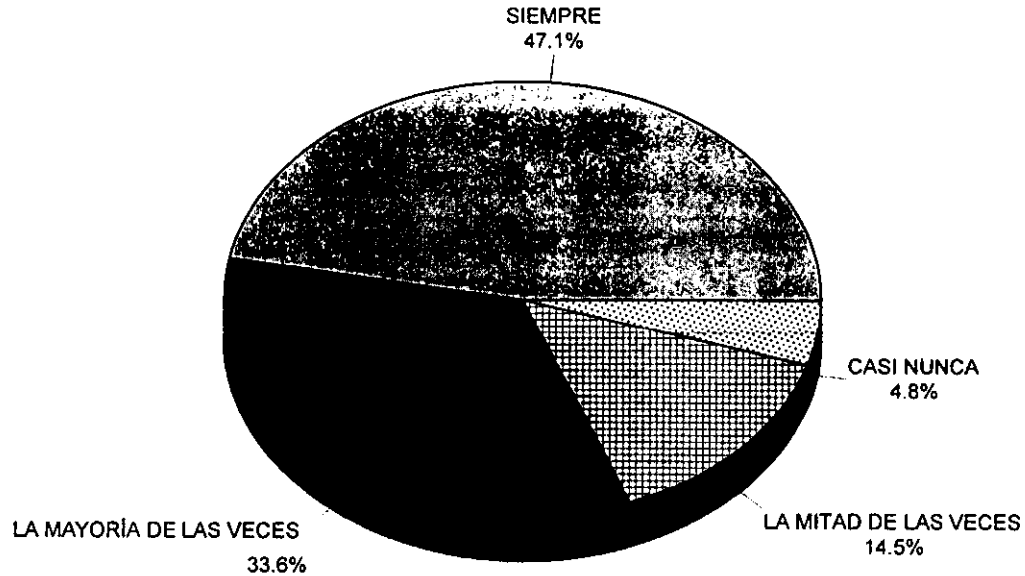


Figura 21. Frecuencia del uso de protección en todos los estudiantes que han tenido relaciones sexuales.

TIPO DE PAREJA CON LA QUE SE USA PROTECCIÓN AL TENER RELACIONES SEXUALES

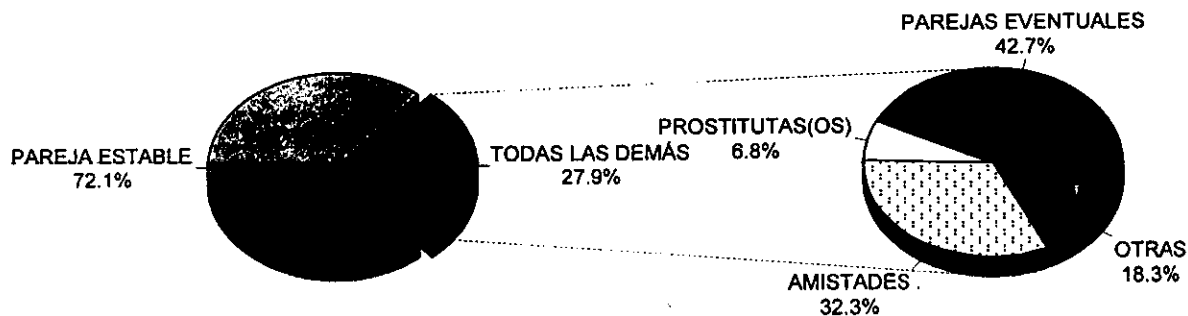


Figura 22. Tipo de pareja con la que usan protección todos los estudiantes.

CUÁNDO SE USA PROTECCIÓN AL TENER RELACIONES SEXUALES

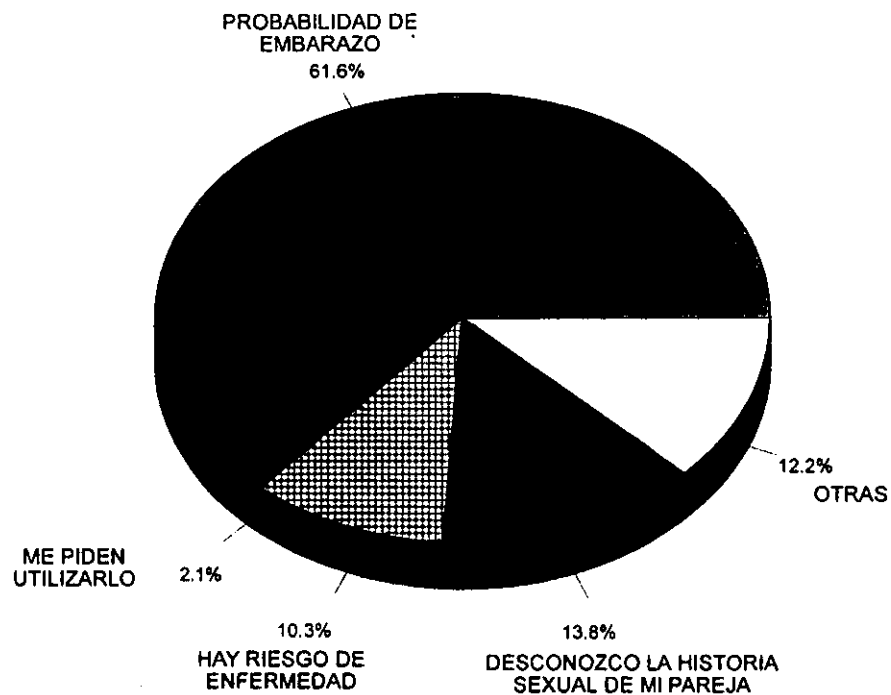


Figura 23. Razones por las que se usa protección.

COLOCACIÓN CORRECTA E INCORRECTA DEL CONDÓN

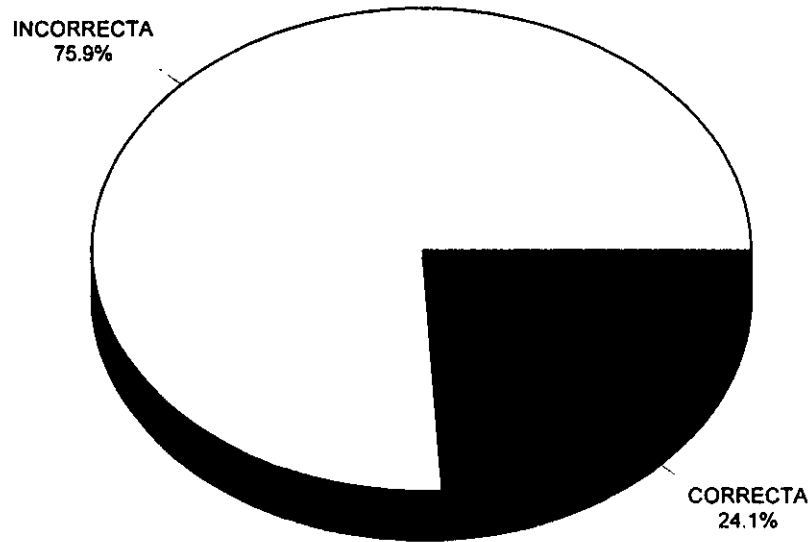


Figura 24. Porcentaje de estudiantes de toda la muestra que respondieron de manera correcta e incorrecta a la secuencia de colocación del condón.

COLOCACIÓN CORRECTA E INCORRECTA DEL CONDÓN

Comparación por género, semestre y tipo de carrera

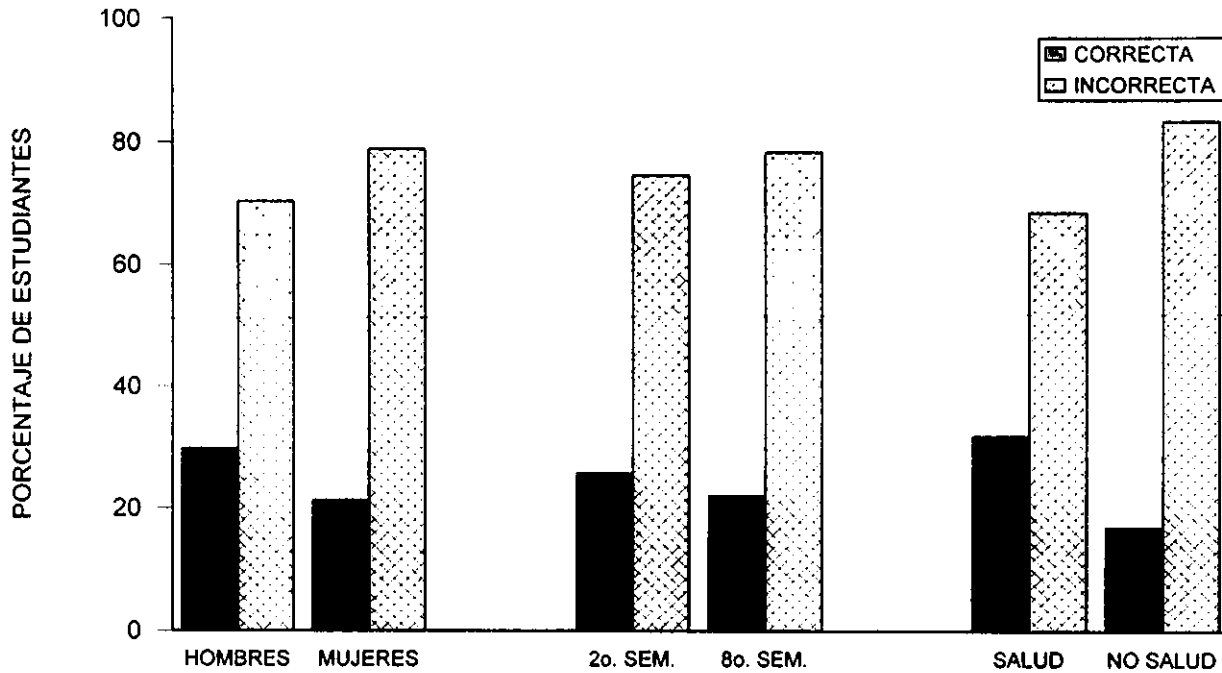


Figura 25. Porcentaje de estudiantes que respondieron correcta o incorrectamente a la secuencia de colocación del condón. Comparación por género, semestre y tipo de carrera.

COLOCACIÓN CORRECTA E INCORRECTA DEL CONDÓN

Comparación entre carreras

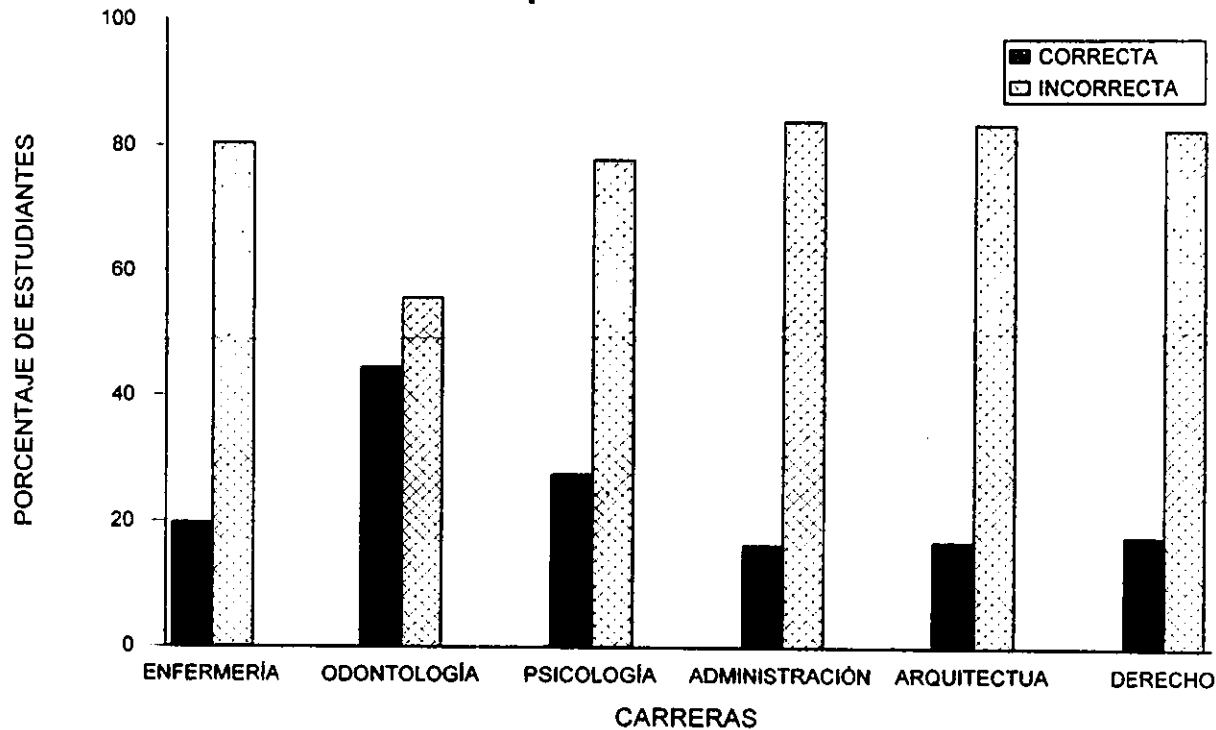


Figura 26. Porcentaje de estudiantes de cada carrera que respondieron correcta o incorrectamente a la secuencia de colocación del condón.

COLOCACIÓN CORRECTA E INCORRECTA DEL CONDÓN

Comparación por rangos de edad

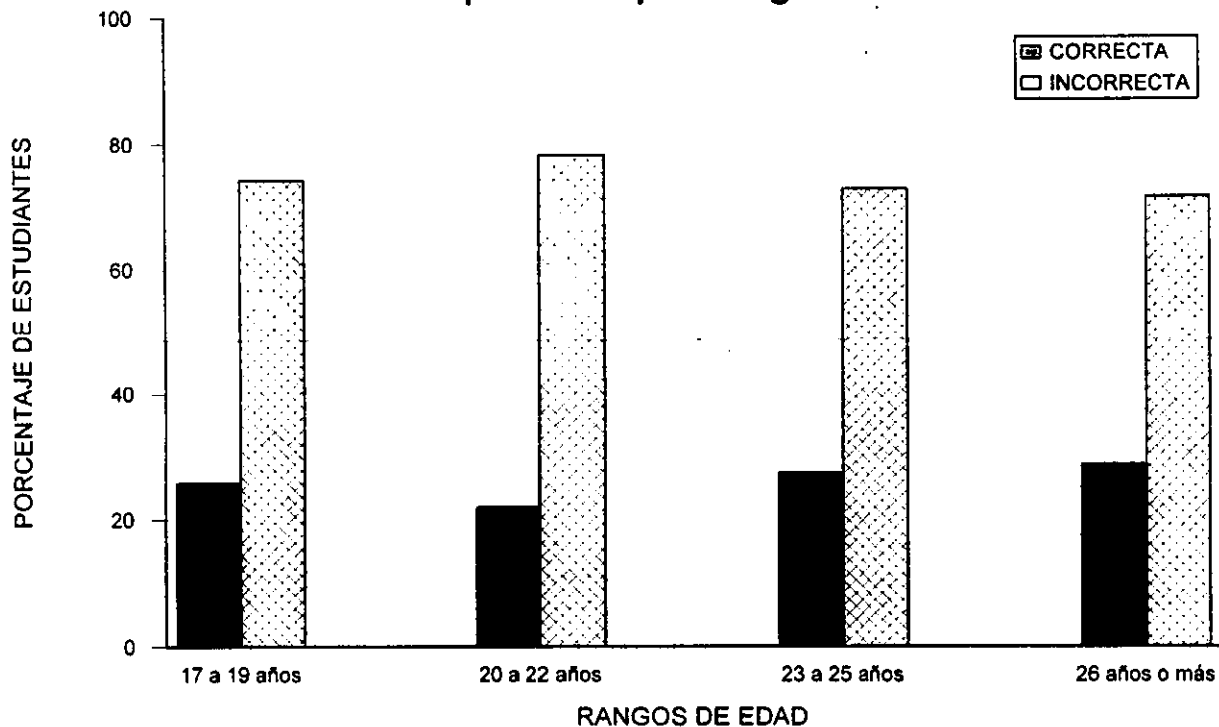


Figura 27. Porcentaje de estudiantes de cada rango de edad que respondieron correcta o incorrectamente a la secuencia de colocación del condón.

PRÁCTICAS SEXUALES

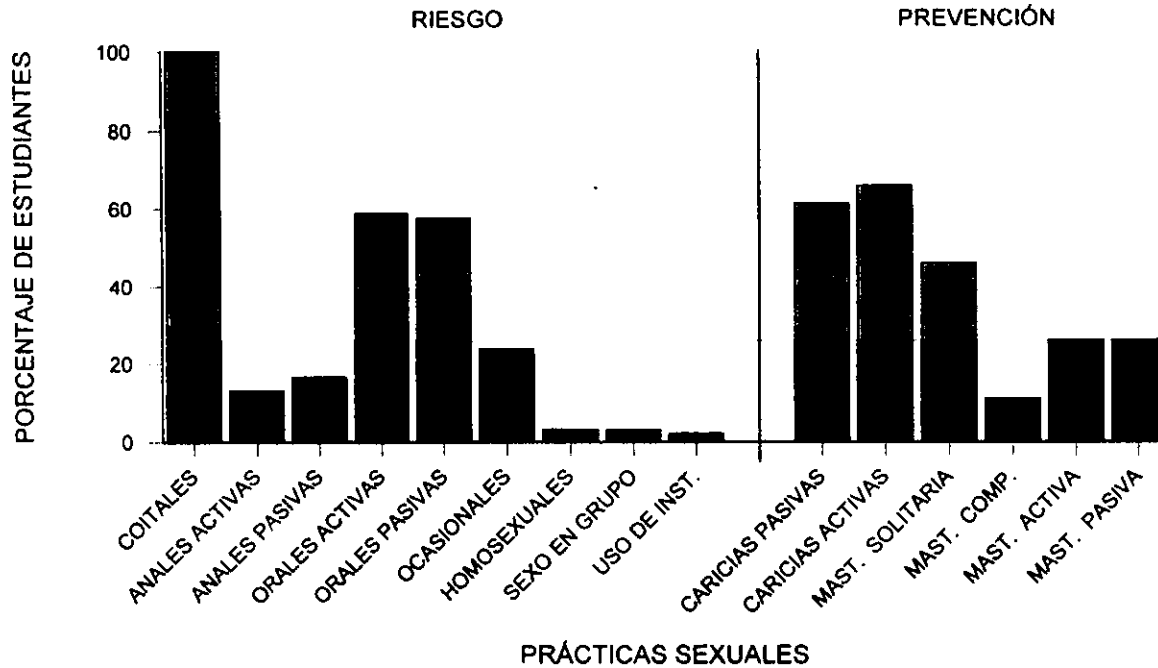


Figura 28. Porcentaje de estudiantes que han tenido cada una de las prácticas sexuales evaluadas.

PRÁCTICAS SEXUALES

Comparación por género

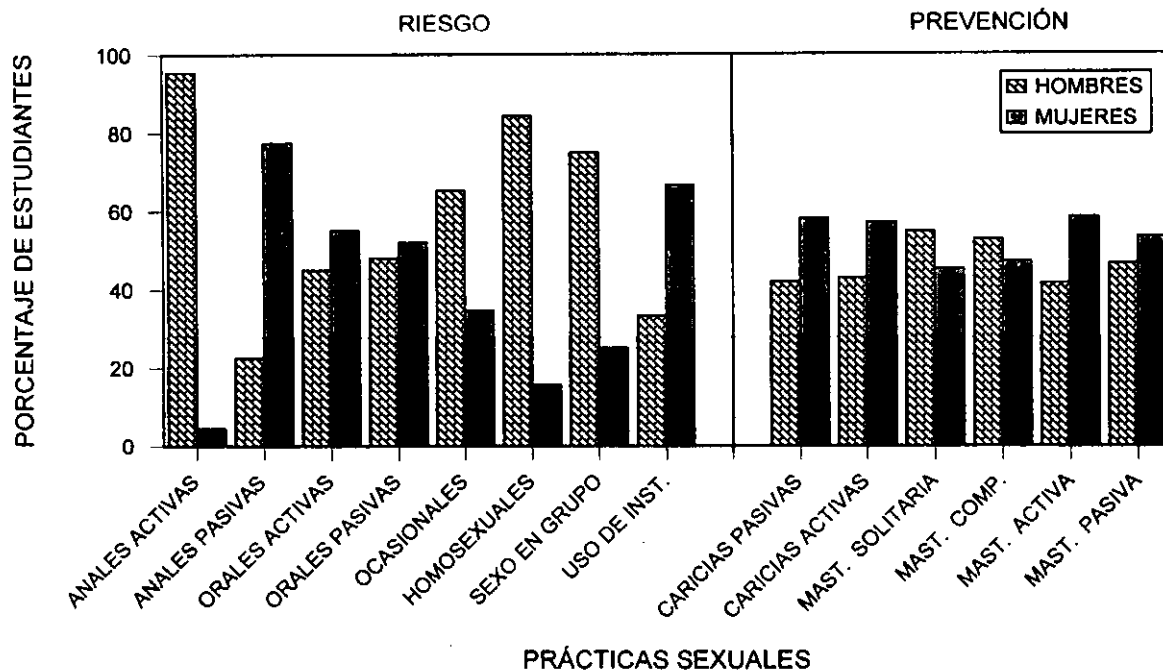


Figura 29. Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido cada una de las prácticas sexuales evaluadas.

PRÁCTICAS SEXUALES

Comparación por uso de protección

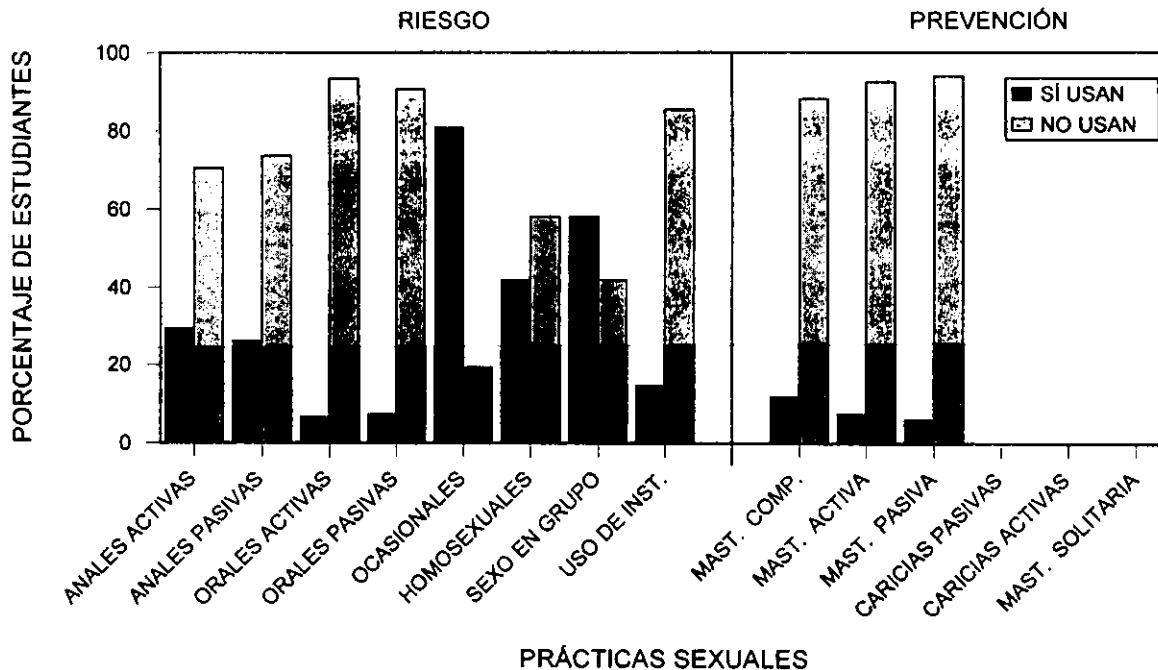


Figura 30. Porcentaje de estudiantes que usan y no usan protección en cada una de las prácticas sexuales evaluadas. En las prácticas de caricias y masturbación solitaria no se evaluó uso de protección.

PRÁCTICAS EN LAS QUE NO SE USA PROTECCIÓN

Comparación por género

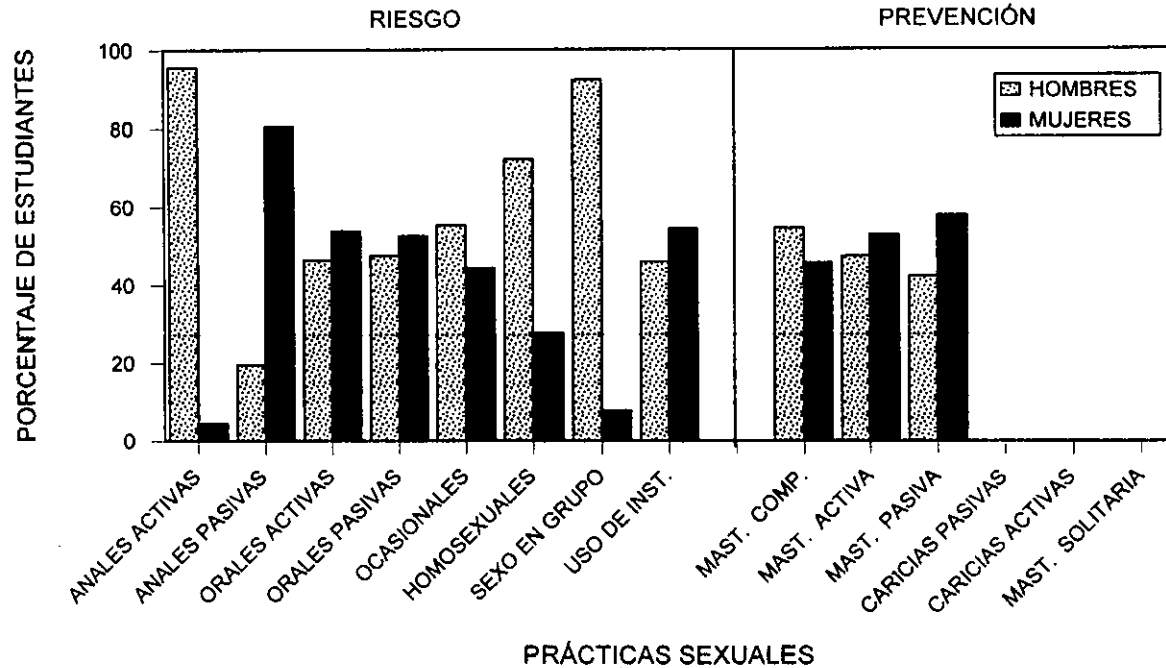


Figura 31. Porcentaje de hombres y mujeres que no usan protección en cada una de las prácticas sexuales evaluadas. En las prácticas de caricias y masturbación solitaria no se evaluó uso de protección.

PORCENTAJE DE RIESGO DE CADA PARÁMETRO

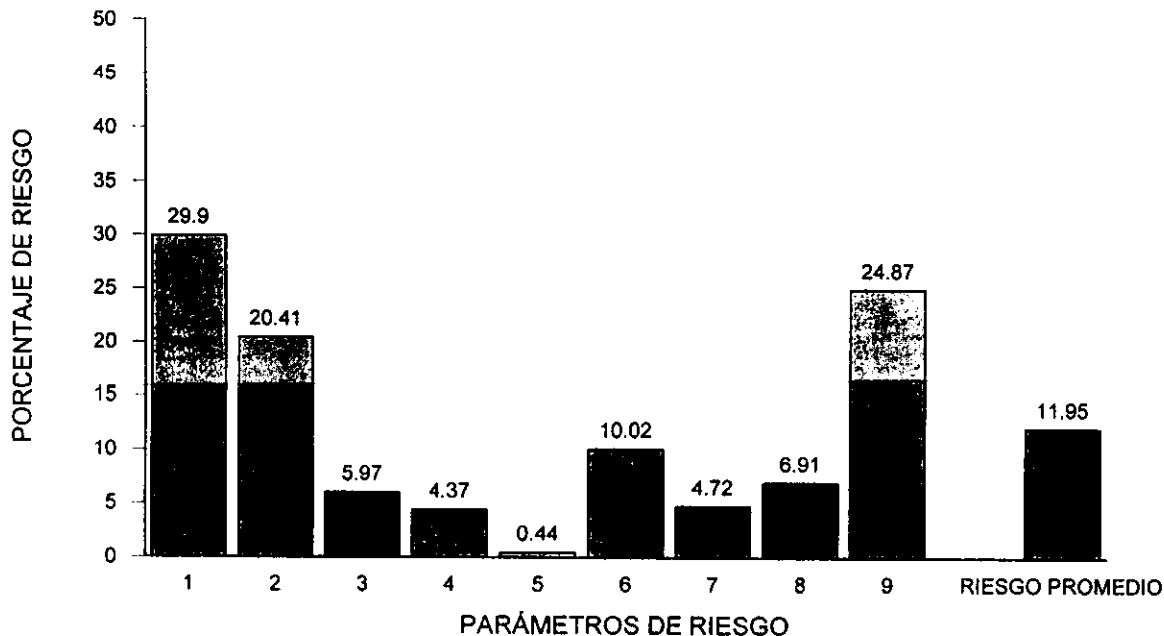


Figura 32. Se presenta el porcentaje de riesgo obtenido en cada uno de los parámetros evaluados considerando los 1117 estudiantes que han tenido relaciones sexuales. 1) Riesgo por diversidad de prácticas realizadas, 2) por no uso de protección, 3) por tipo de pareja, 4) por situación de uso de protección, 5) por iniciativa para usar protección, 6) por frecuencia de las prácticas, 7) por frecuencia de uso de protección, 8) por situaciones en las que no se usa protección y 9) por tipo de pareja con la que no se usa protección.

NÚMERO DE PRÁCTICAS QUE REALIZAN LOS ESTUDIANTES

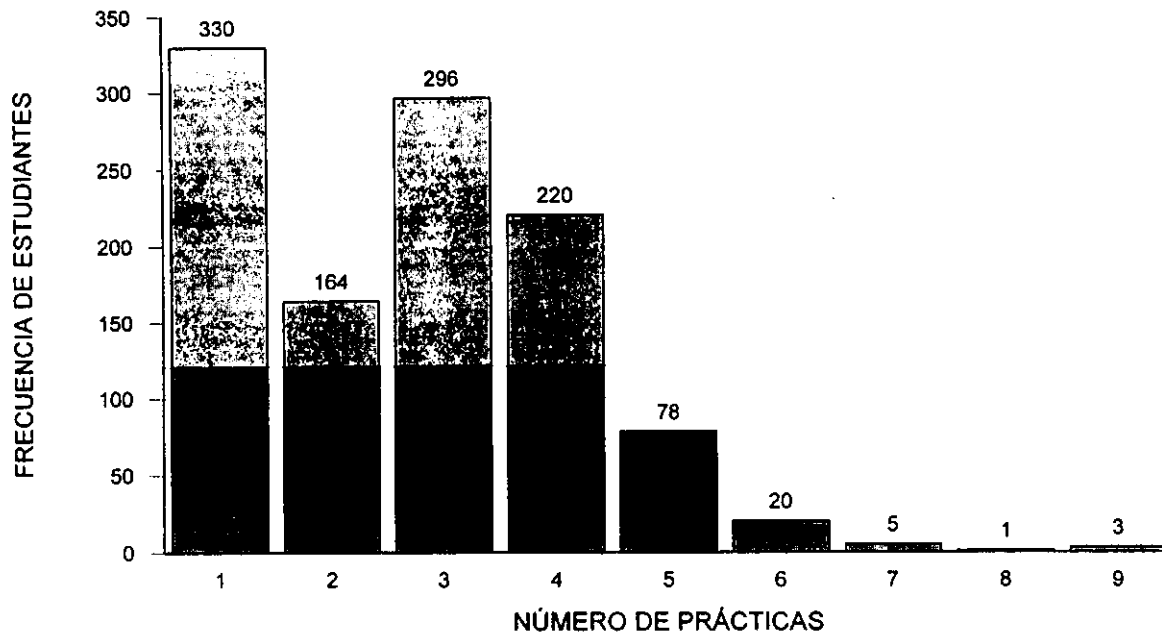
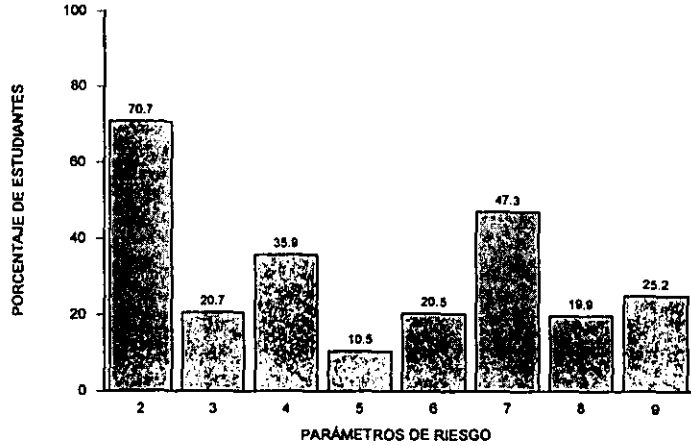
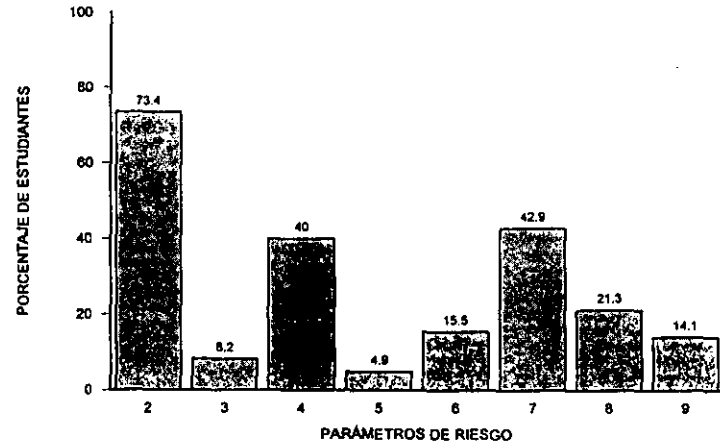


Figura 33. Total de estudiantes que realizan una, dos o hasta nueve de las prácticas sexuales evaluadas, sin considerar las de masturbación y caricias.

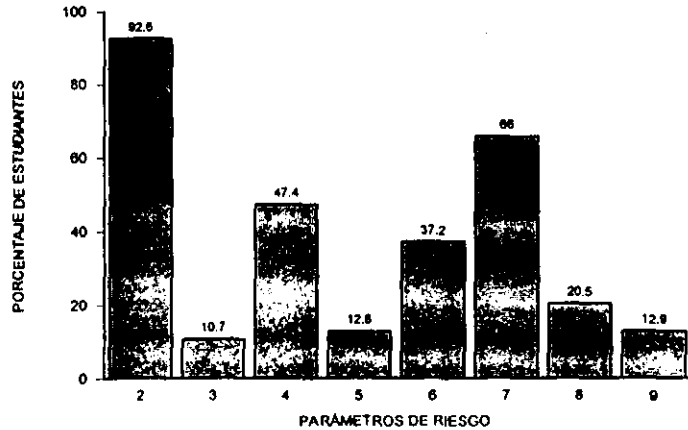
RELACIONES ANALES ACTIVAS



RELACIONES ANALES PASIVAS



RELACIONES ORALES ACTIVAS



RELACIONES ORALES PASIVAS

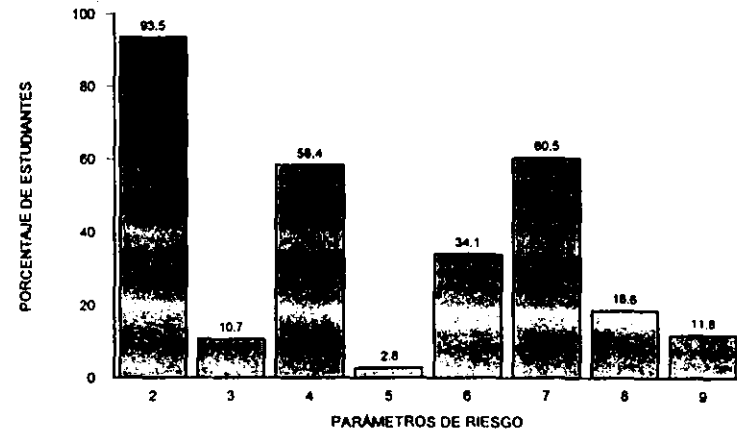


Figura 34. Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada parámetro de riesgo en las prácticas sexuales evaluadas.

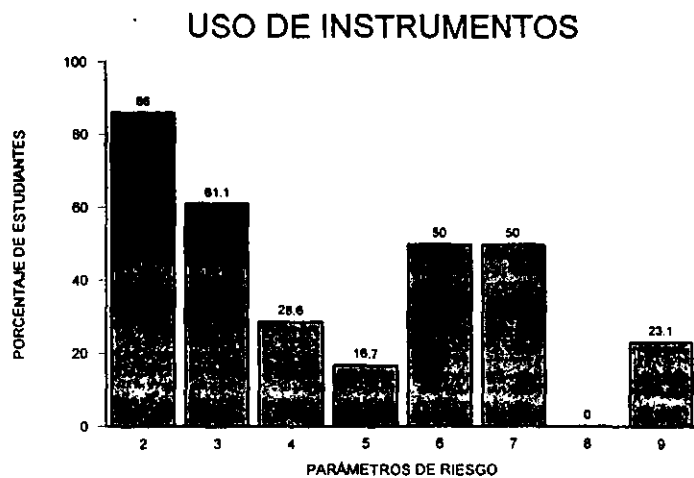
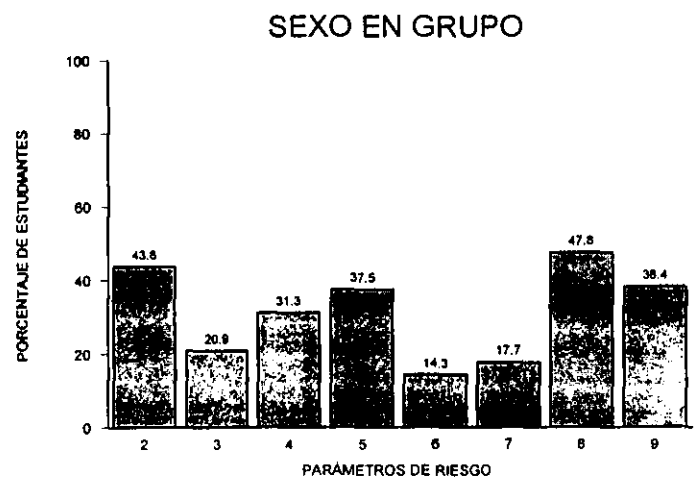
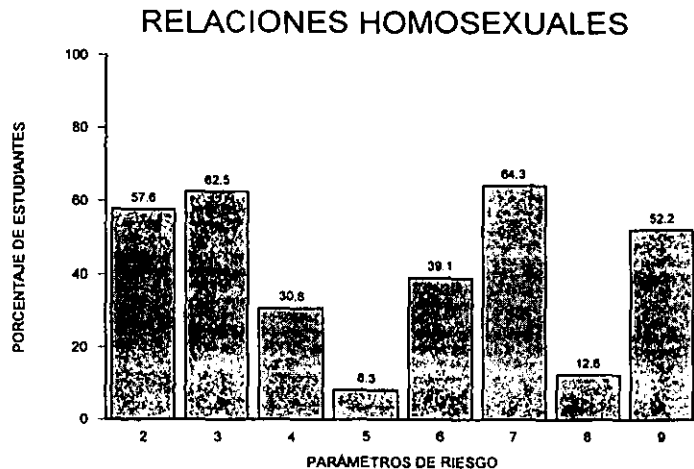
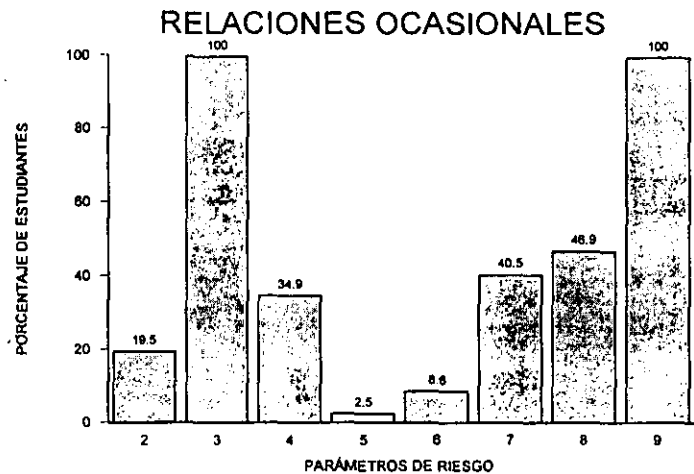


Figura 35. Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada parámetro de riesgo en las prácticas sexuales evaluadas.

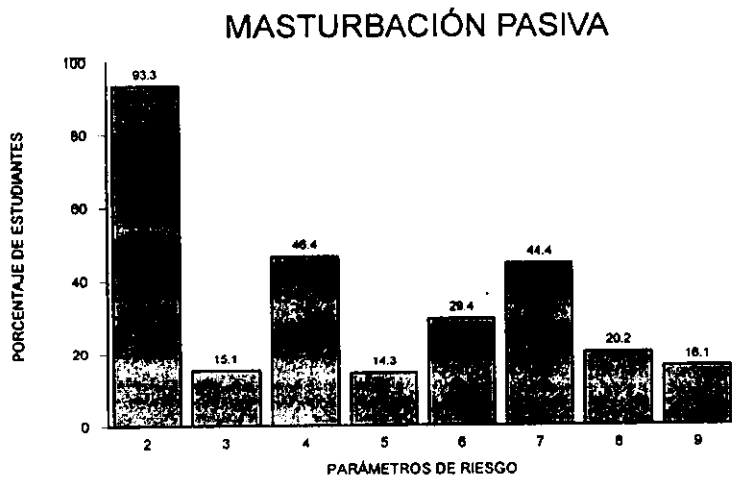
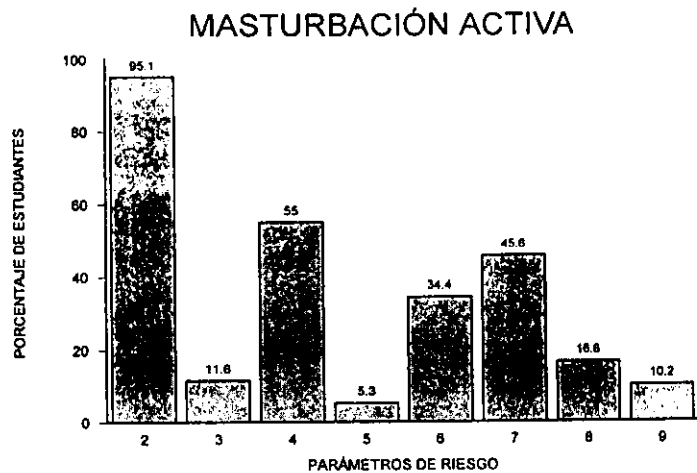
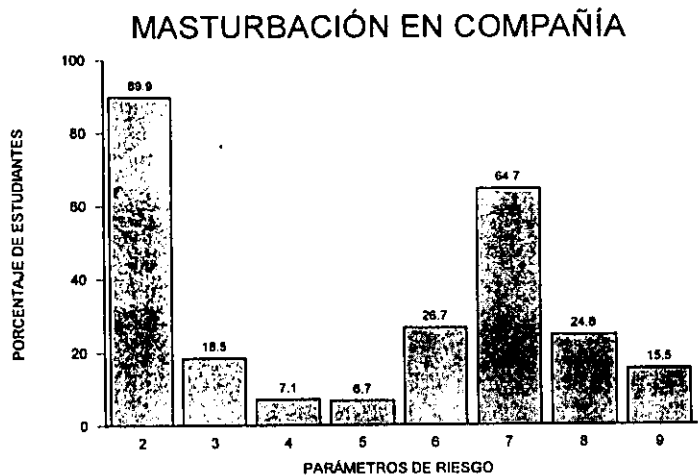


Figura 36. Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada parámetro de riesgo en las prácticas sexuales evaluadas.

RIESGO PROMEDIO DE CADA PARÁMETRO

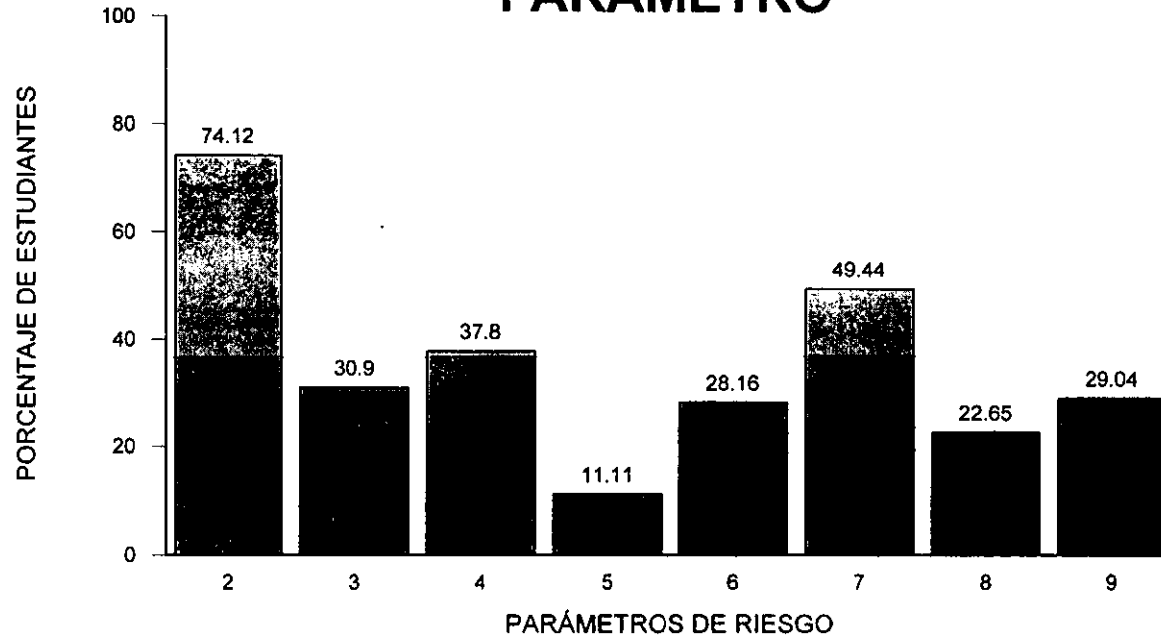


Figura 37. Porcentaje de estudiantes que respondieron en promedio a cada parámetro de riesgo en todas las prácticas sexuales evaluadas.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO MES

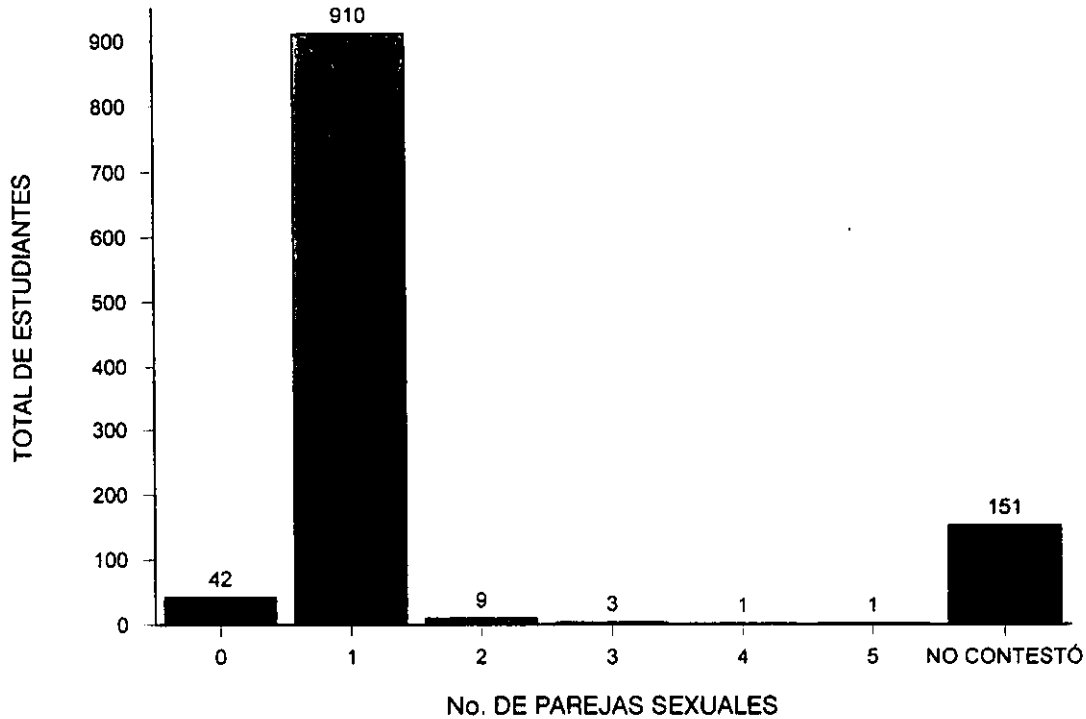


Figura 38. Total de estudiantes que tuvieron distinto número de parejas sexuales en el último mes.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO MES

Comparación por género, semestre y tipo de carrera

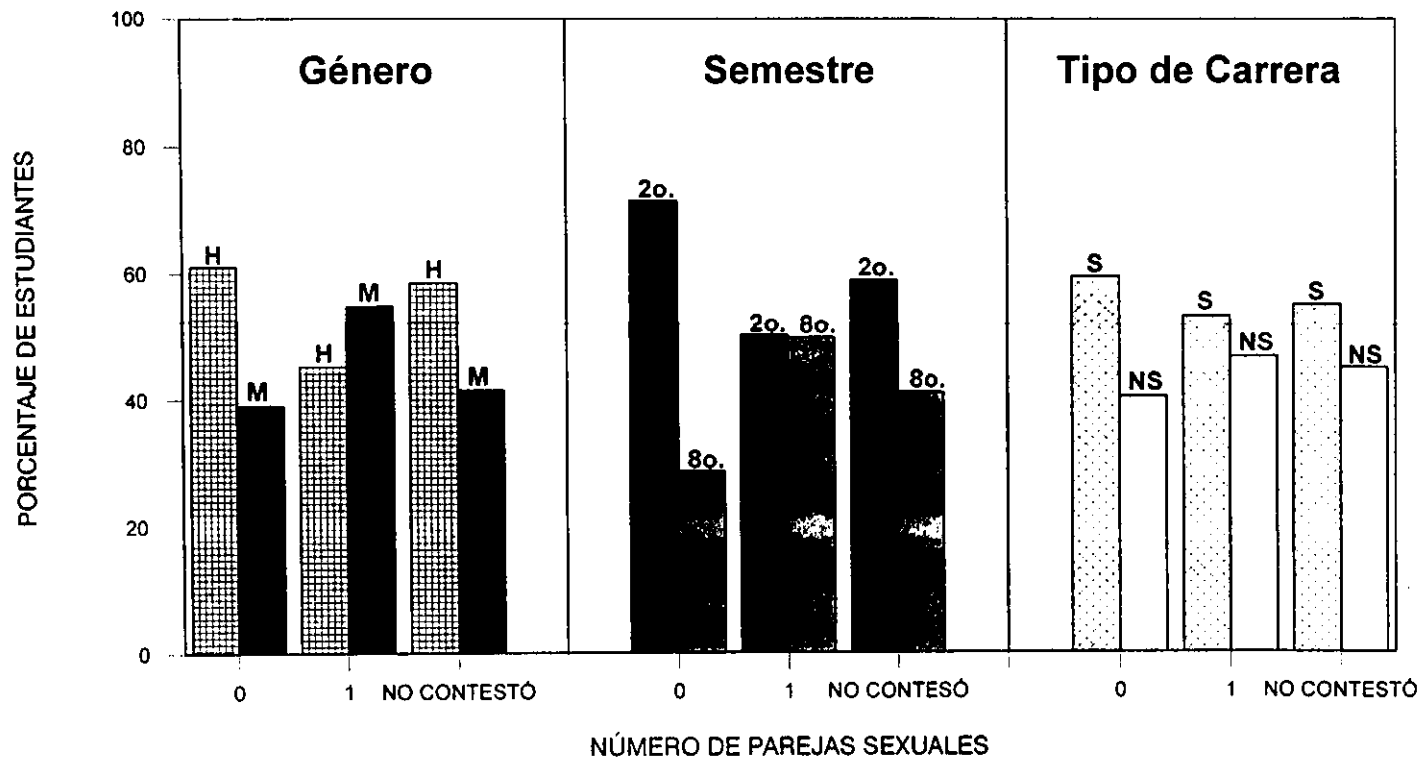


Figura 39. Comparación por género (Hombres y Mujeres), semestre (2o. y 8o.) y tipo de carrera (Salud y No-Salud), del porcentaje de estudiantes que tuvieron distinto número de parejas sexuales en el último mes.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO MES

Comparación entre carreras

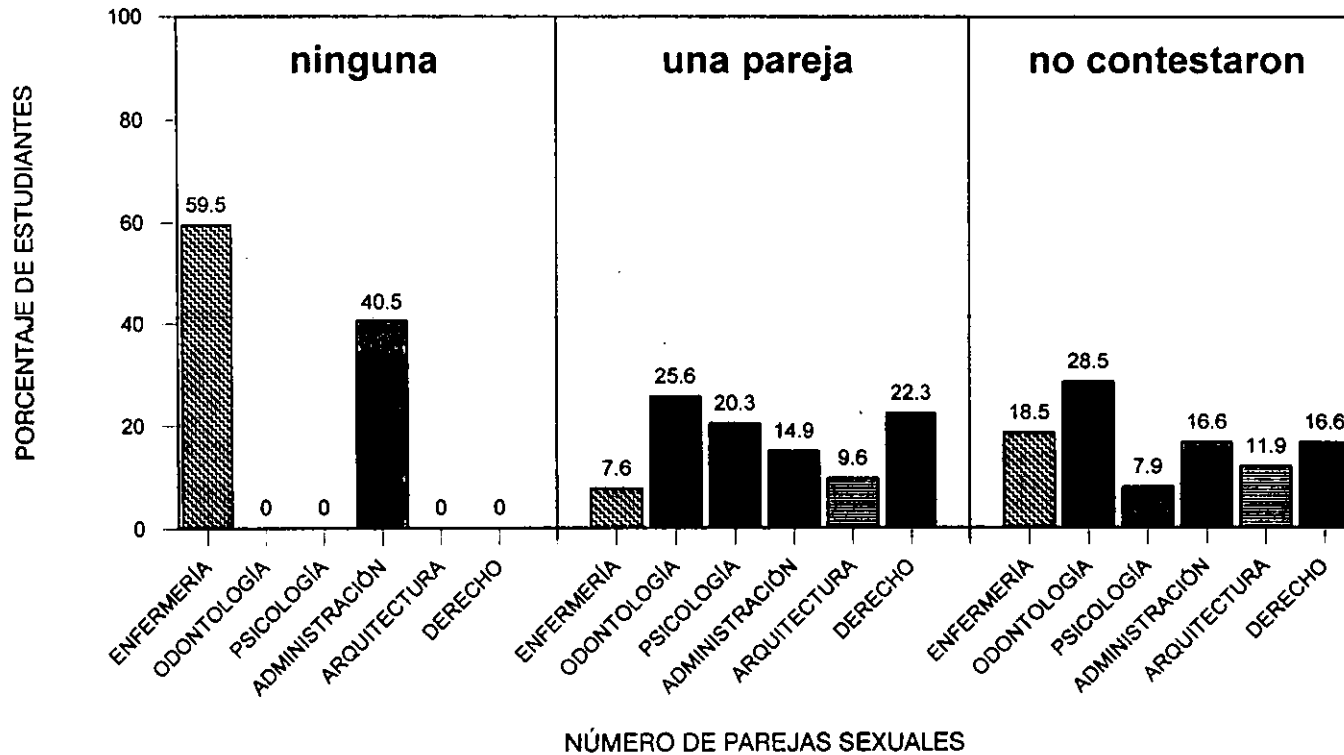


Figura 40. Porcentaje de estudiantes de cada carrera que en el último mes no tuvieron pareja sexual, que tuvieron una o que no contestaron.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO MES

Comparación por rangos de edad

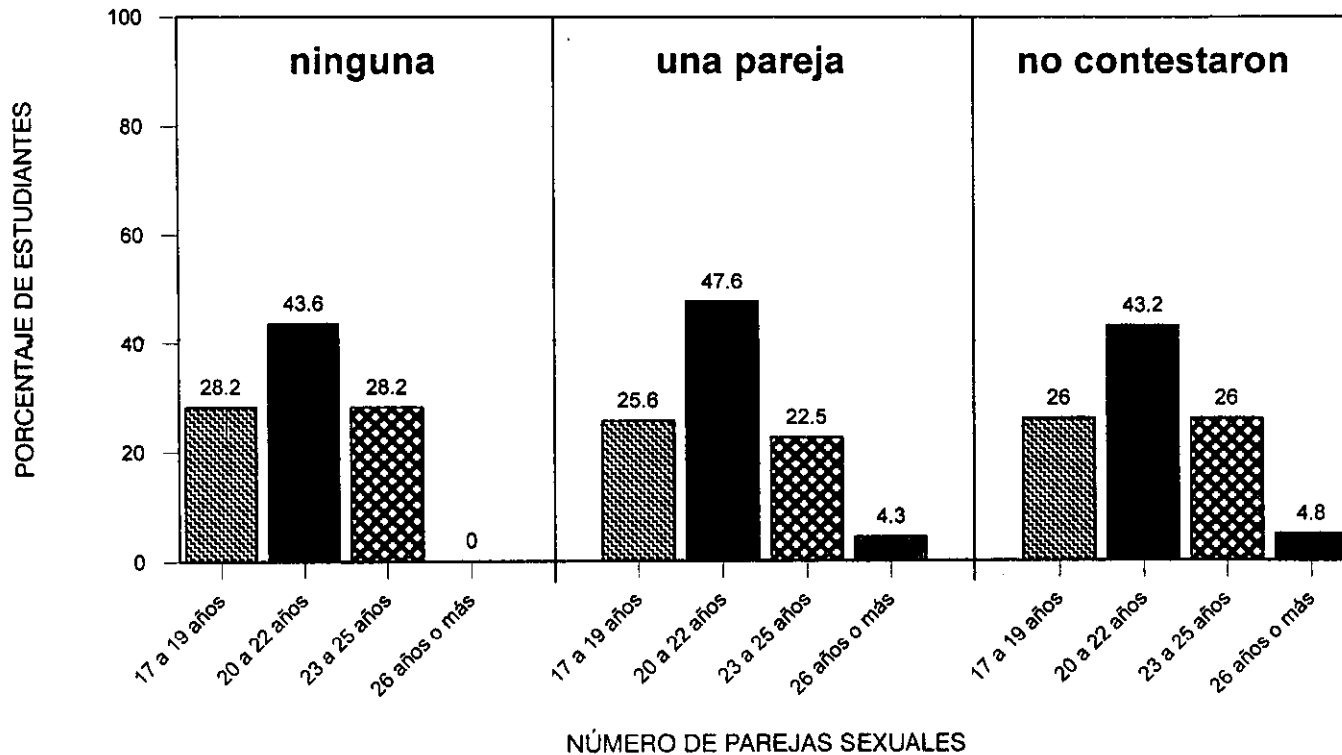


Figura 41. Porcentaje de estudiantes de los distintos rangos de edad que en el último mes no tuvieron pareja sexual, que tuvieron una o que no contestaron.

USO DE PROTECCIÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

Comparación por género, semestre y tipo de carrera

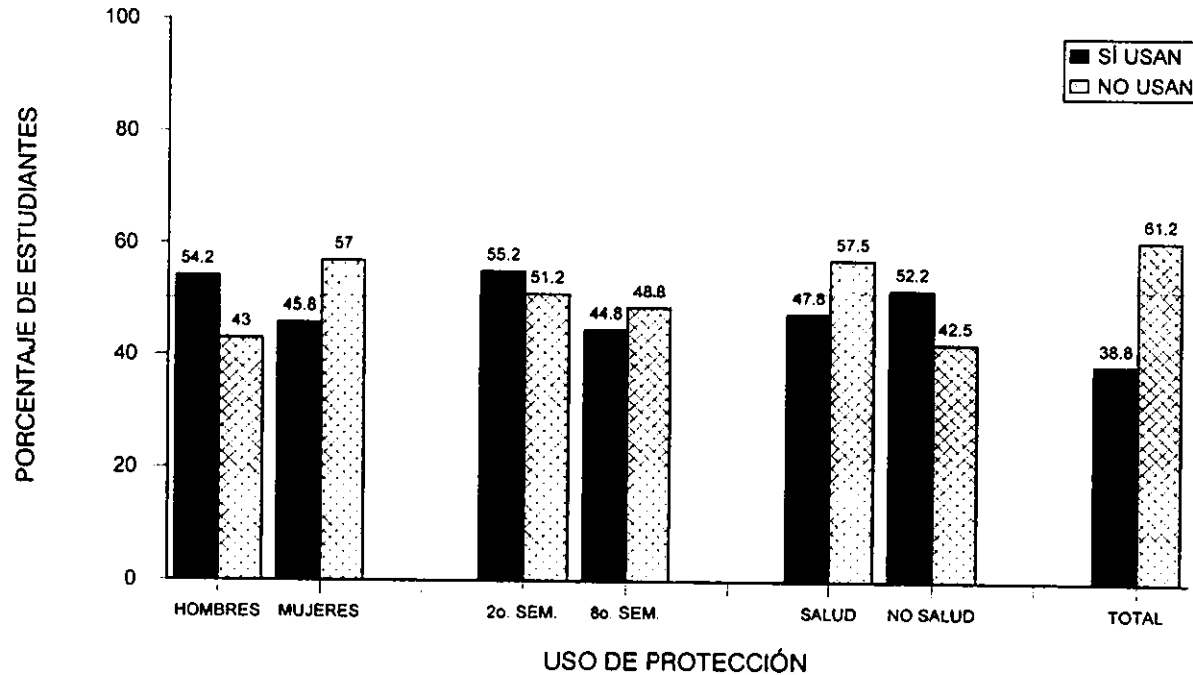


Figura 42. Porcentaje de estudiantes que utilizaron protección en su última relación sexual.

USO DE PROTECCIÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

Comparación entre carreras

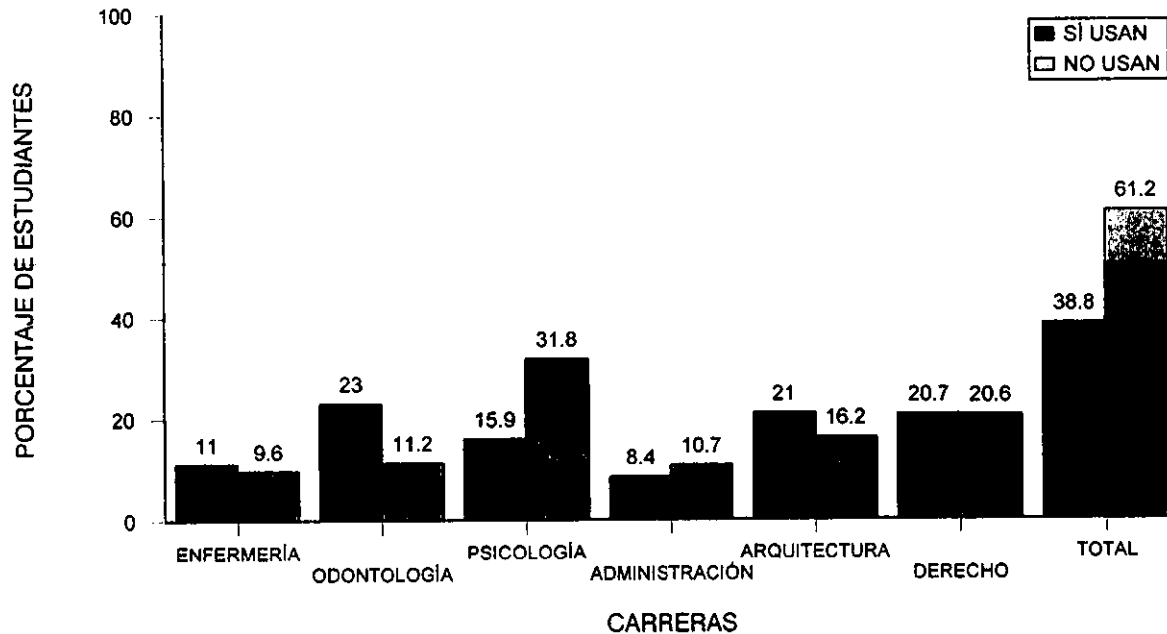


Figura 43. Porcentaje de estudiantes de cada carrera que utilizaron protección en su última relación sexual.

USO DE PROTECCIÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

Comparación por rangos de edad

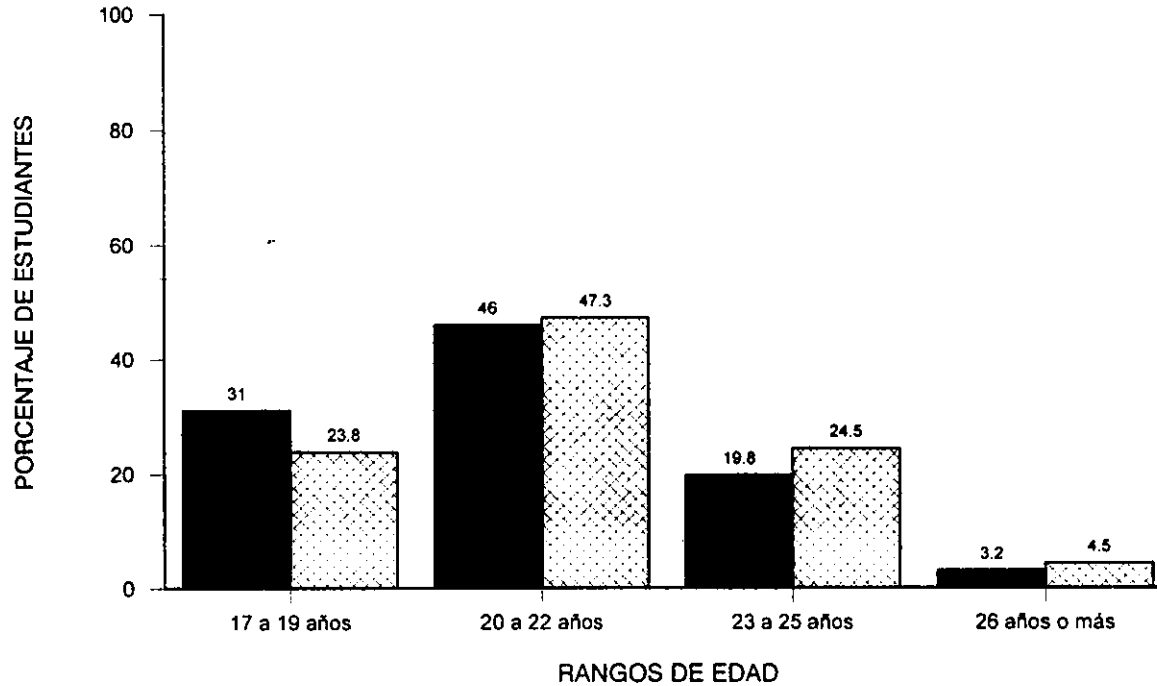


Figura 44. Porcentaje de estudiantes de los distintos rangos de edad que usaron protección en su última relación sexual.

IDENTIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS EFICACES

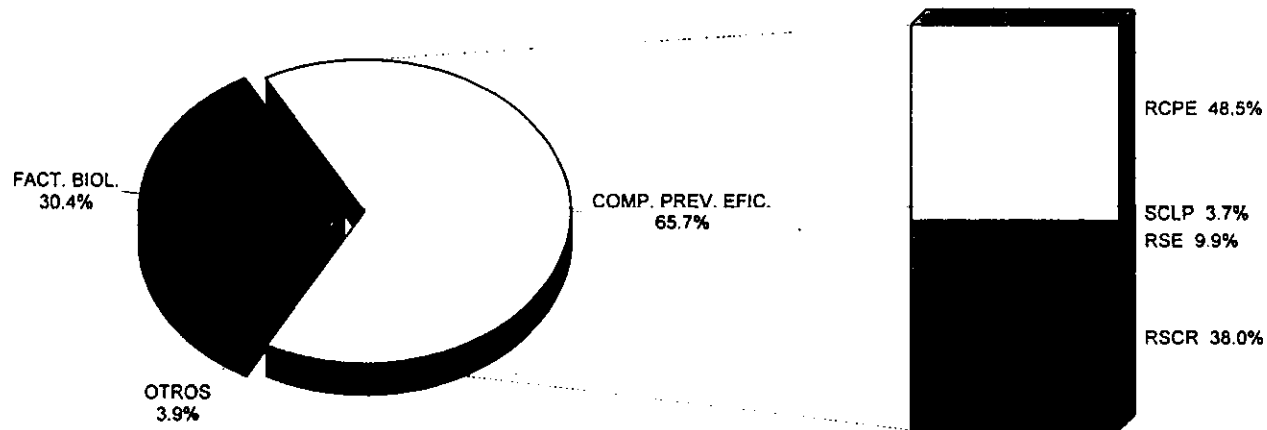


Figura 45. Promedio de las once situaciones del porcentaje de estudiantes que respondieron a los distintos elementos que identifican comportamientos preventivos eficaces. RCPE: Realizar comportamientos preventivos eficaces; SCLP: señalar consecuencias a corto y largo plazo derivadas del comportamiento de riesgo; RSE: reconocer señales de estímulo que indican proximidad de riesgo; RSCR: reconocer situaciones y comportamientos de riesgo.

IDENTIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS EFICACES

Cambio de pareja

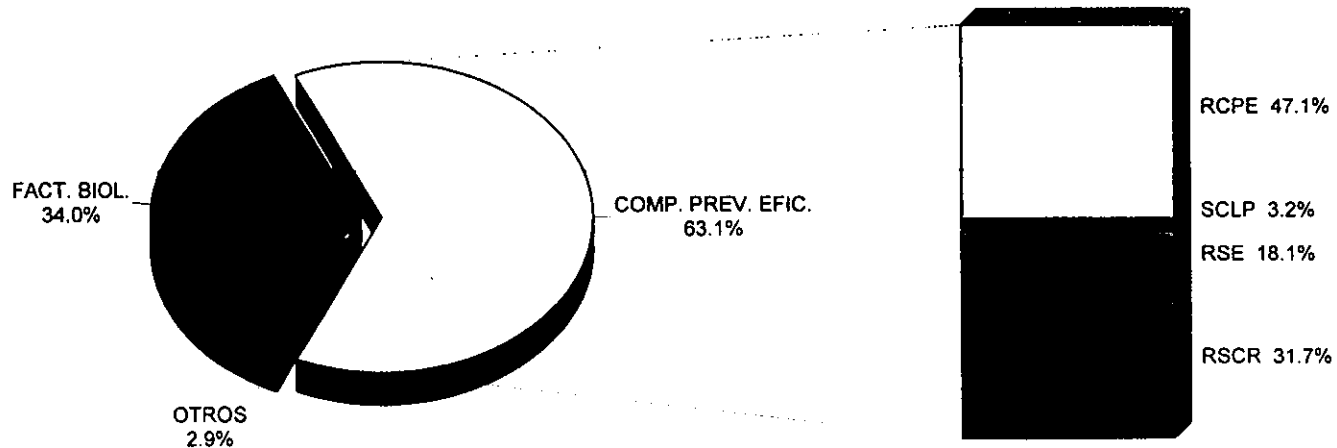


Figura 46. Porcentaje de estudiantes que respondieron en la Situación 1 (cambio de pareja) a las distintas opciones que identifican comportamientos preventivos eficaces. RCPE: Realizar comportamientos preventivos eficaces; SCLP: señalar consecuencias a corto y largo plazo derivadas del comportamiento de riesgo; RSE: reconocer señales de estímulo que indican proximidad de riesgo; RSCR: reconocer situaciones y comportamientos de riesgo.

CUARTA PARTE

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Uno de los propósitos centrales de la presente investigación consistió en desarrollar un instrumento que permitiera evaluar, en estudiantes universitarios, tres variables que, de acuerdo con el modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992b), resultan ser de particular importancia en la investigación psicológica sobre la prevención de este grave problema de salud pública. Dichas variables las hemos descrito bajo los rubros de conocimientos acerca del VIH/SIDA, prácticas sexuales y factores que median el comportamiento de riesgo o preventivo. La correspondiente a conocimientos acerca del VIH/SIDA podemos ubicarla en la Fase I del modelo de Bayés (1992b), la cual hace referencia al grado de información específica que tiene un individuo respecto al problema de salud del que se trate; la información que se evaluó en este trabajo comprende aspectos sobre epidemiología, etiología, sintomatología y mecanismos de transmisión y prevención del VIH/SIDA.

En relación con las prácticas sexuales, se obtuvo información que se vincula con algunos aspectos de la Fase II del modelo, concretamente, con el grado de vulnerabilidad del individuo, el cual se refleja en su historia interactiva (circunscrita a la ocurrencia de prácticas sexuales), y en las características de las circunstancias interactivas presentes. Estas últimas las ubicamos en lo que denominamos como parámetros de riesgo de las prácticas sexuales. Finalmente, la evaluación de los factores que median el comportamiento de riesgo o preventivo podemos ubicarlo en las fases II y III del modelo, y corresponde a los reactivos que se presentan en la parte III del cuestionario. En ésta se analizan aspectos que facilitan o inhiben el comportamiento de riesgo, tanto aquellos relacionados con elementos situacionales (como lo es la propuesta de una persona atractiva para tener relaciones sexuales) como los biológicos (uso de alcohol, drogas, excitación de la persona y privación sexual). Asimismo, se evaluó si el individuo era capaz de identificar consecuencias a corto y largo plazo que se derivan de la práctica de comportamientos de riesgo (Fase III del modelo). Es importante tomar en consideración el señalamiento que hace Bayés (1992b)

respecto a la interrelación que se da entre las tres fases, éstas se desglosan como tales por cuestiones de análisis, pero en realidad ocurren en forma compleja e interrelacionada, dándose un proceso de retroalimentación, en el que las interacciones específicas que van ocurriendo se van integrando ininterrumpidamente en nuestra historia psicobiológica, influyendo en las nuevas interacciones que tienen lugar en cada momento.

De acuerdo con lo anterior, la discusión de los datos arrojados por esta investigación se hace considerando, en primera instancia, aquellos aspectos que desde nuestro punto de vista, aportan información relevante que puede considerarse para el desarrollo de programas de prevención del VIH/SIDA. Al mismo tiempo, se señalan los puntos de concordancia con otros estudios realizados con poblaciones de jóvenes universitarios. Por otra parte, como producto del análisis de algunos problemas que se presentaron en el estudio, se hace una propuesta orientada hacia el refinamiento del instrumento de evaluación de las variables psicológicas importantes para la prevención del VIH/SIDA.

a) Conocimientos acerca del VIH/SIDA

Al analizar los resultados relacionados con la variable *conocimientos acerca del VIH/SIDA*, encontramos que la calificación promedio obtenida por toda la muestra de estudiantes fue de 71.02% de respuestas correctas. Alfaro, Rivera y Díaz (1991) obtuvieron resultados semejantes a los aquí reportados pero con estudiantes de preparatoria; ellos consideraron como incorrecta (no aceptable) una calificación menor al 59% y como correcta (aceptables) una calificación arriba de esta puntuación; el promedio general que obtuvieron fue de 62.7%.

Probablemente esto se deba a las diferencias de edades entre los estudiantes de preparatoria y los universitarios. Por ejemplo, considerando el semestre que cursan los estudiantes y los rangos de edad, en el presente estudio se encontró que aquellos que están en octavo semestre obtuvieron calificaciones más altas que los de segundo semestre, aunque sólo en las áreas de Epidemiología, Etiología y Transmisión, en las áreas de Sintomatología y

Prevención los estudiantes de ambos semestres obtuvieron calificaciones semejantes. La comparación por rangos de edad resultó ser significativa sólo en los conocimientos relacionados con la Epidemiología del VIH/SIDA; los estudiantes que están entre los 23 y 25 años obtuvieron puntajes más altos que los que están entre los 17 y 19 años, entre los estudiantes más grandes no hubo diferencias. En el caso del estudio de Alfaro, Rivera y Díaz (1991), se encontraron diferencias significativas debido a la edad de los estudiantes, ya que aquellos que se ubicaron entre los 18 y 20 años obtuvieron una calificación mayor que los que tienen entre 15 y 17 años; esto podría indicar que a edades más tempranas los niveles de conocimientos son más bajos, y que cuando ya están en licenciatura los estudiantes incrementan su nivel pero éste no cambia con el paso de los semestres que van cursando.

Por otra parte, los resultados obtenidos en este estudio apoyan la hipótesis planteada respecto a que los estudiantes de las carreras de la salud obtendrían un nivel mayor de conocimientos que los que estudian carreras que no están relacionadas con la salud. Se observaron diferencias importantes entre los estudiantes que cursan las distintas carreras; aquellos inscritos en las carreras de la salud presentaron calificaciones más altas ($x=72.13$) que los que están inscritos en Administración, Arquitectura y Derecho ($x=68.30$), los estudiantes de Enfermería y Odontología fueron los que obtuvieron mejores calificaciones, pero el puntaje más alto fue de 73.36% para la carrera de Enfermería, siguiéndole Odontología (73.04%) y luego Psicología (69.78%). En otro estudio realizado con ocho mil profesionales de la salud (Passanante, French y Louria, 1993) se encontró que los médicos tuvieron en promedio un 71% de respuestas correctas, siguiendo los odontólogos con un 66% y las enfermeras con un 65%. Considerando que los puntajes obtenidos no son muy elevados, esto podría sugerir una mayor capacitación hacia los estudiantes en la información que deben manejar respecto a la prevención del contagio del VIH/SIDA, mediante el diseño de programas rigurosos de educación del VIH/SIDA en las distintas carreras que

se imparten en la UNAM, y en particular, en aquellas en las que se están formando profesionales de la salud.

Al comparar el nivel de conocimientos obtenido en las distintas áreas evaluadas, se encontró que los mejores puntajes se obtuvieron en las áreas de Prevención (83.09%), Sintomatología (82.13%) y Transmisión (78.07%), mientras que los más bajos ocurrieron en las áreas de Etiología (54.3%) y Epidemiología (47.05%). El porcentaje de respuestas correctas obtenido en las áreas de Epidemiología y de Etiología hace que el promedio general de respuestas correctas disminuya, dado que en dichas áreas se obtuvieron calificaciones por debajo del 55%, y en las de Prevención, Sintomatología y Transmisión las calificaciones estuvieron por arriba del 78%. Estos resultados fueron semejantes a los obtenidos por Alfaro, Rivera y Díaz (1991).

Quizá habría que considerar que la información contenida en estas tres áreas evalúa aspectos que son más del dominio público, dado que hay fuertes campañas del Sector Salud, orientadas especialmente a los jóvenes, en las que se les informa a través de *spots* de televisión, radio, dípticos, carteles y espectaculares, acerca de las formas en las que puede evitarse el contagio del VIH (Marchetti, 1997); además, estudiantes de preparatoria y de primer ingreso a licenciatura han reportado que la información sobre sexualidad la obtienen a través de revistas, televisión, periódicos y libros (Micher y Silva, 1997; Sepúlveda, 1989b) y que el medio de comunicación masiva que está más en contacto con poblaciones de estudiantes universitarios es la prensa (Martinez, Villagrán y Díaz, 1992) y en menor grado la radio. También en otros países se ha reportado que la mayoría de los sujetos a los que se les ha evaluado conocimientos sobre el VIH/SIDA, los obtienen a través de la televisión o radio (Maticka, Kiewying y cols., 1994). Pero difícilmente podemos ver, en este nivel de difusión, información relacionada con la etiología del virus o con las cantidades exactas de personas infectadas, de las poblaciones con mayor incidencia, etc., que son aspectos contemplados en las áreas de Epidemiología y Etiología. Respecto a este punto, Dilorio, Parsons y cols. (1993) evaluaron conocimientos en 689 estudiantes

universitarios, y encontraron que los niveles más elevados de esta variable ocurrieron en las áreas que evalúan causas de la enfermedad y mecanismos de transmisión, y los puntajes más bajos se observaron en el área que evalúa aspectos médicos de la enfermedad.

Un dato más que consideramos importante señalar es que aquellos estudiantes que ya tuvieron su debut sexual presentaron calificaciones significativamente mayores en conocimientos que aquellos que nunca han tenido relaciones sexuales. De acuerdo con el estudio de Alfaro, Rivera y Díaz (1991), parece ser que con estudiantes de preparatoria el tener o no relaciones sexuales no afecta el nivel de conocimientos que tengan sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, con estudiantes universitarios se reportó un efecto significativo evaluando distintos aspectos sobre conocimientos (Villagrán y Díaz, 1992). Esto haría suponer que entre más tiempo llevan los estudiantes teniendo relaciones sexuales, el nivel de conocimientos sobre sintomatología del VIH/SIDA y formas de transmisión y prevención irá incrementando.

El uso del condón, por otra parte, no estuvo asociado con el nivel de conocimientos de los estudiantes. Entre aquellos que usan y los que no usan protección el nivel de conocimientos fue semejante, mientras que en otros estudios se han reportado datos contradictorios. Por ejemplo, con poblaciones de mujeres adolescentes (entre los 13 y 19 años) se ha encontrado un efecto significativo en el nivel de conocimientos debido al uso del condón (Millstein, Moscicki y Broering, 1994), caracterizándose un grupo de riesgo por tener niveles bajos de conocimientos y uso inconsistente del condón. Sin embargo, en otro estudio realizado también con mujeres se encontraron niveles altos de conocimientos y uso inconsistente del condón (Zimmer y Thurston, 1998). Con personas de sexo masculino mayores de 20 años se encontró un efecto contrario: un porcentaje muy bajo de sujetos mostraron niveles aceptables de conocimientos, mientras que un porcentaje elevado reportó haber usado consistentemente el condón (Adamchak, Mbizvo y Tawanda, 1990). Estos hallazgos contradictorios sugieren la necesidad de analizar con mayor detalle el

tipo de conocimientos que se están evaluando cuando se compara con el uso de protección, pues debiera esperarse que aquellos que sí lo usan consistentemente tienen niveles elevados al menos en la información relacionada con las formas de prevención del contagio del VIH.

Como conclusión se puede señalar lo siguiente: existe la necesidad de incluir en los programas de enseñanza de las distintas carreras que cursan los estudiantes, información especializada sobre las formas en las que puede transmitirse y prevenirse el contagio del VIH, en particular los programas deben dirigirse hacia los estudiantes que están cursando los primeros semestres de las carreras, dado que además de ser ellos los que presentan niveles más bajos de conocimientos, las relaciones sexuales se inician a edades cada vez más tempranas, lo que los pone en una condición de riesgo muy elevado. Además, aunque los niveles de información que dominan los estudiantes de carreras relacionadas con la salud son aceptables, deben orientarse los esfuerzos hacia una mejoría en dicho dominio.

c) Prácticas sexuales

En el presente estudio se encontró que alrededor del 50% de los estudiantes de la muestra evaluada han tenido relaciones sexuales y que de éstos es semejante el número de hombres y de mujeres, pero de los que no han tenido relaciones sexuales, es mayor el número de mujeres que de hombres y también la mayoría son de 2º semestre y además de la carrera de Enfermería. De los estudiantes sexualmente activos, se encontró que más del 50% han iniciado sus relaciones sexuales entre los 16 y 18 años, y que además, los hombres las inician a edades más tempranas que las mujeres. Estos datos concuerdan con los reportados con poblaciones adolescentes de Estados Unidos; Atwood (1992) señala que es mayor el porcentaje de mujeres adolescentes que inician sus relaciones sexuales alrededor de los 20 años, mientras que los hombres las inician alrededor de los 15 años; en un estudio realizado con 434 mujeres adolescentes (Duncan, 1992) se encontró que el 73% de ellas ha iniciado sus

relaciones entre los 13 y los 15 años. Con poblaciones mexicanas de estudiantes de preparatoria se ha reportado que la edad promedio del debut sexual es de 16 años, y que los hombres inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas que las mujeres (Díaz y Alfaro, 1995). En investigaciones realizadas con estudiantes universitarios este dato también ha sido muy consistente; Ibáñez (1996) reporta una edad promedio del debut sexual de 16.3 años en hombres y de 17.9 en mujeres, Odriozola e Ibáñez (1992) encontraron que los hombres inician sus relaciones sexuales a los 16.2 años mientras que las mujeres a los 18.6 años, Villagrán, Cubas, Díaz y Camacho (1990) reportan que los hombres se inician sexualmente entre los 10 y 16 años y las mujeres entre los 20 y 29 años; también con una población de 31,766 estudiantes de la UNAM de primer ingreso de preparatoria y 22,447 de primer ingreso a licenciatura (Micher y Silva, 1997), se encontró que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los hombres es de 14 a 16 años, y en las mujeres de 15 a 19 años. Si se considera que la fase asintomática del SIDA puede durar de 7 a 15 años (Lui y cols., 1988; Medley y cols., 1987) y los niveles de incidencia de esta enfermedad se dan más en poblaciones que tienen entre los 25 y 35 años (Registro Nacional de Casos de SIDA, 1998), es más probable que el virus se adquiera entre los 15 y 25 años de edad, rango en el que generalmente los estudiantes inician sus relaciones sexuales. Por esta razón los estudiantes resultan ser altamente vulnerables y adquiere sentido trabajar con este tipo de población a nivel preventivo, analizando con detalle las formas específicas en las que se involucran en prácticas sexuales.

Algunas explicaciones que se han dado respecto a este patrón del debut sexual en los estudiantes, se orientan hacia el papel que juegan las normas culturales, particularmente el rol sexual que se asume en la cultura mexicana, en donde al hombre se le da más libertad para actuar sexualmente que a las mujeres (Díaz, 1982); también se ha pensado que las mujeres tienen mayor capacidad para demorar el comportamiento sexual que los hombres (Odriozola e Ibáñez, 1992). Sin embargo, habría que considerar que si los hombres inician sus relaciones a edades más tempranas que las mujeres, querría decir que cuando

ellos las inician, generalmente lo harían con mujeres mayores que ellos; además, si se considera que la transmisión del VIH es casi imposible de mujer a hombre vía vaginal (Brody, 1995; Cohen y Miller, 1998), querría decir que los hombres heterosexuales a edades tempranas podrían infectarse si tienen relaciones anales con mujeres infectadas, por lo que el sexo anal insertivo en hombres con mujeres se vuelve una práctica sexual sumamente riesgosa que debe evaluarse en los estudios sobre prevención del VIH/SIDA con adolescentes y adultos jóvenes. Además, si los hombres inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas que las mujeres, y si esto indica que lo hacen con mujeres de mayor edad que ellos, estas últimas podrían ser consideradas como una población con la que podría trabajarse en aspectos especialmente orientados hacia la enseñanza de prácticas sexuales preventivas.

Por otra parte, resulta particularmente importante analizar el tipo de prácticas sexuales que llevan a cabo los estudiantes dado el nivel de riesgo que tienen éstas respecto a la transmisión del VIH. Sin considerar el uso del condón, las prácticas en las que existe mayor riesgo del contagio del VIH son, en primer lugar, el sexo anal, en segundo lugar el sexo vaginal (penetración pene vagina) y en tercer lugar las relaciones oro-genitales (Cohen y Miller, 1998). En el caso de las relaciones oro-genitales se ha visto que el contagio puede ocurrir de pene a boca y de vagina a boca, y que el contagio de boca a pene o vagina es menos probable, pero comparada con las relaciones anales y las vaginales, la práctica oro-genital es la que menor riesgo tiene (Edwards y Carne, 1998). El análisis realizado por Brody (1995) indica que la transmisión heterosexual de mujer a hombre vía vaginal es extremadamente imposible, pues se ha reportado que debido a las características anátomo-fisiológicas de la mucosa vaginal hay más resistencia a la transmisión del virus (OPS, 1989), en cambio, la transmisión vía rectal es la que mayor riesgo tiene debido a que el epitelio rectal es cilíndrico simple, ricamente vascularizado y con abundante tejido linfoide no encapsulado (OPS, 1989), por lo que resulta más probable la ocurrencia de laceraciones

durante el coito rectal. Por esta razón, es más frecuente el contagio de hombre a mujer y de hombre a hombre que de mujer a hombre.

Suponiendo que fuera cierto que en las relaciones coitales pene-vagina el contagio del VIH sólo puede ocurrir de hombre a mujer, querría decir, entonces, que los hombres se infectan por vía rectal, y que pueden ser infectados por un hombre al tener sexo anal receptivo, o por una mujer al tener sexo anal insertivo. Luego entonces, el riesgo dependería del género y de la práctica sexual particular. Los hombres están más en riesgo cuando practican relaciones anales insertivas con mujeres y cuando practican relaciones anales receptivas e insertivas con hombres. Las mujeres están más en riesgo cuando practican relaciones coitales pene-vagina y sexo anal receptivo, y en menor riesgo cuando practican relaciones orales pasivas; además, con base en los hallazgos de Raiteri, Fora y Sinicco (1994), tener cualquier práctica sexual entre mujeres no sería riesgoso, aún si una de ellas fuera seropositiva. Tomando en cuenta estas consideraciones, analizaremos el nivel de riesgo en el que se encuentran los estudiantes universitarios en función de las prácticas sexuales que llevaron a cabo.

En este estudio evaluamos 14 prácticas sexuales, y las clasificamos como riesgosas o preventivas dependiendo de nivel de probabilidad que pudiera tener cada una para transmitirse el VIH. Las prácticas que se consideraron como riesgosas fueron: 1) relaciones coitales, 2) relaciones anales pasivas (sexo anal receptivo), 3) relaciones anales activas (sexo anal insertivo), 4) relaciones orales activas, 5) relaciones orales pasivas, 6) relaciones ocasionales teniendo una pareja estable, 7) relaciones homosexuales, 8) sexo en grupo y 9) uso de instrumentos de estimulación sexual. Como prácticas preventivas se consideraron 10) masturbación activa, 11) masturbación pasiva, 12) masturbación solitaria, 13) caricias activas y 14) caricias pasivas, en zonas genitales.

En la mayor parte de los estudios sobre prácticas sexuales relacionadas con el contagio del VIH se observa que aquellas que se evalúan con mayor frecuencia en estudiantes universitarios son: relaciones coitales (Anderson y

Mathieu, 1996; Hollar y Snizek, 1996; Odriozola e Ibáñez, 1992; Oswald y Matsen, 1993; Rosenthal, Smith, Reichler y Moore, 1996), relaciones anales (Odriozola e Ibáñez, 1992; Millstein y cols., 1994; Simkins, 1995; Strathdee, Hogg, Martindale y cols., 1998; Taylor, Dilorio, Stephens y Soet, 1997) y relaciones oro-genitales (Odriozola e Ibáñez, 1992; Oswald y Matsen, 1993; Rosenthal y cols., 1996). En distintos estudios los elementos que se han evaluado para valorar el nivel de riesgo de estas prácticas han sido los siguientes: frecuencia de las relaciones sexuales (Ibáñez, 1996; Odriozola e Ibáñez, 1992; Sepúlveda, 1989b; Taylor, Dilorio, Stephens y Soet, 1997), tipo de pareja con la que tienen relaciones sexuales (Odriozola e Ibáñez, 1992), uso de protección (Hawkins, Gray y Hawkins, 1995; Kaya y Kau, 1994; Madhok, McCallum, McEwan y Bhopal, 1993; Miret, Rodes, Valverde, Geli y Casabona, 1997; Morrison, DiClemente, Wingood y Collins, 1998; Morton, Nelson, Walsh, Zimmerman y Coe, 1996; Quirk, Rhodes y Stimson, 1998; Strathdee, Hogg, Martindale y cols., 1998; Taylor, Dilorio, Stephens y Soet, 1997; Turner, Korpita, Mohn y Hill, 1993), frecuencia del uso del condón (Castilla, Barrio, de la Fuente y Belza, 1998; Oswald y Matsen, 1993; Sepúlveda, 1989b), pareja con la que usan protección (Rosenthal, Smith, Reichler y Moore, 1996; Sepúlveda, 1989b), tener múltiples parejas (Morrison y cols., 1998; Morton, Nelson, Walsh, Zimmerman y Coe, 1996; Prince y Bernard, 1998; Strathdee, Hogg, Martindale y cols., 1998), número de compañeros sexuales en un periodo de tiempo determinado (Durbin, DiClemente, Siegel, Krasnovsky, Lazarus y Camacho, 1993; Castilla, Barrio, de la Fuente y Belza, 1998; Sepúlveda, 1989b; Villagrán y cols., 1990), compañeros casuales (Rosenthal, Smith, Reichler y Moore, 1996; Strathdee, Hogg, Martindale y cols., 1998), iniciativa para usar el condón (Anderson y Mathieu, 1996; McCormack, Anderton y Barbieri, 1993), motivos para usar condón (Sepúlveda, 1989b), razones por las que usan (Prince y Bernard, 1998) o no usan el condón (Kusseling, Shapiro, Greenberg y Wenger, 1996; Oswald y Matsen, 1993; Sepúlveda, 1989b), uso del condón en la última relación sexual (Miret, Rodes, Valverde, Geli y Casabona, 1997; Moscoso, Rodríguez-Figueroa, Parrilla, Robles y Colon, 1994; Sepúlveda,

1989b) y uso de alcohol o drogas (Anderson y Mathieu, 1996; Kusseling, Shapiro, Greenberg y Wenger, 1996; McEwan, McCallum, Bhopal y Madhok, 1992; Millstein, Moscicki y cols., 1994; Miret, Rodes, Valverde, Geli y Casabona, 1997; Morrison, DiClemente y cols., 1998; Poulson, Eppler, Satterwhite, Wuensch y Bass, 1998; Simkins, 1995). En el estudio que aquí reportamos se analizaron para cada práctica evaluada los siguientes elementos: frecuencia de las relaciones sexuales, pareja con la que las llevan a cabo, uso de protección, frecuencia del uso del condón, parejas con las que usan y no usan protección, razones por las que usan y no usan el condón, quién toma la iniciativa para usar protección, uso de protección en la última relación sexual, número de parejas sexuales en el último mes, y, finalmente, factores biológicos que median el comportamiento de riesgo.

Los resultados más importantes respecto a la ocurrencia de las prácticas sexuales de riesgo muestran que aquellas que más realizan los estudiantes son las relaciones coitales, las orales activas y pasivas, relaciones ocasionales teniendo una pareja estable y sexo anal receptivo e insertivo, las que menos practican son relaciones homosexuales, sexo en grupo y uso de instrumentos de estimulación sexual. La forma en la que se distribuyeron estas prácticas en términos del género de los estudiantes fue la siguiente: los hombres, a diferencia de las mujeres, realizan más las relaciones homosexuales, el sexo anal insertivo, el sexo en grupo y tienen más relaciones ocasionales, mientras que las mujeres llevan a cabo más las prácticas de relaciones anales pasivas (sexo anal receptivo), uso de instrumentos de estimulación sexual, y relaciones orales activas y pasivas; en las relaciones coitales no hubo diferencias debidas al género de los estudiantes, un porcentaje semejante de hombres y mujeres las llevan a cabo.

Con base en el análisis de los niveles de riesgo que comentamos anteriormente, se puede señalar que, sin considerar el uso de protección, los estudiantes que tienen un mayor riesgo de contagio del VIH son las mujeres. Si consideramos que las relaciones anales receptivas son las que más riesgo tienen de contagio del VIH, las mujeres en esta población, son las que se encuentran en

mayor riesgo de adquirirlo, pues además, en todas las prácticas que ellas realizan el porcentaje que no usa protección es muy elevado; mientras que en el caso de los hombres, las relaciones homosexuales y sexo en grupo, a pesar de ser las prácticas que más realizan, ocurren con un porcentaje muy bajo; incluso, al menos en las relaciones ocasionales y en el sexo en grupo, es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que sí usa protección. Centrándose sólo en este nivel de análisis, se puede señalar que el grupo de mayor riesgo por la diversidad de prácticas realizadas lo constituye las mujeres. En un estudio realizado con estudiantes universitarios se ha reportado lo contrario: los hombres presentan más conducta sexual que las mujeres en las prácticas de relaciones coitales, sexo anal insertivo, sexo oral activo y pasivo, relaciones ocasionales y sexo en grupo (Odriozola e Ibáñez, 1992). Sin embargo, para poder llegar a este tipo de conclusiones habría que considerar otros análisis que se describirán más adelante, y que comprenden las formas particulares en las que ocurrieron cada una de las prácticas sexuales evaluadas. Estas formas particulares las desglosamos en los elementos arriba señalados como frecuencia de las relaciones, uso de protección, etc., y que los hemos denominado como parámetros de las prácticas sexuales, la ocurrencia de éstos bajo condiciones definidas (frecuencias altas de las prácticas, no uso del condón, parejas riesgosas, etc.) se analizó como parámetro de riesgo.

En el caso de las relaciones coitales, que es la única práctica que todos los estudiantes sexualmente activos reportaron haberla realizado, el análisis de los distintos parámetros muestra que dependiendo del parámetro específico los estudiantes pueden estar o no en riesgo de contraer el VIH/SIDA. En cuanto a la frecuencia de las relaciones coitales se encontró que cerca de la mitad de los estudiantes las realiza esporádicamente (menos de una vez por mes). Boles y Elifson (1994) clasifican el nivel de riesgo de las prácticas considerando el parámetro de frecuencia, de tal manera que aquellos que las practican de 6 a 10 veces al mes están en un nivel de riesgo alto, y los que las practican de 1 a 5 veces al mes están en un nivel de riesgo bajo. Tomando en consideración esta

clasificación, en el presente estudio se encontró que más del 24% de los estudiantes se ubica en el nivel alto de riesgo, el 34% en el nivel bajo y el 42% no estaría en riesgo dado que su frecuencia es menor a una vez por mes. En otros estudios se han reportado frecuencias que podríamos ubicarlas en un nivel de riesgo alto en más de la mitad de la población estudiada (Ibáñez, 1996; Odriozola e Ibáñez, 1992), mientras que en el reporte de Sepúlveda (1989b) más de la mitad de los estudiantes se ubicarían en un nivel de riesgo bajo.

Al considerar el tipo de pareja con la que llevan a cabo las relaciones coitales, se puede señalar que un porcentaje bajo de estudiantes se encuentra en riesgo de adquirir el VIH, pues cerca del 90% las realiza con su pareja estable, y el 10% con amistades, parejas eventuales o con prostitutas(os). Este hallazgo difiere de lo reportado por Odriozola e Ibáñez (1992), dado que el porcentaje de estudiantes que tiene sus relaciones con su pareja estable (novio) es menor al aquí reportado (40.4%), e incrementa el porcentaje que las realiza con amistades, y prostitutas. Los sujetos del estudio referido pertenecen a una universidad privada y su edad fluctúa entre los 17 y 26 años, mientras que los estudiantes con los que trabajamos pertenecen a una universidad pública (todos de la UNAM) y el rango de edad fue de 17 a 37 años. Habría que explorar con detalle si las diferencias por el tipo de universidad se reflejan en las posibilidades que tienen los estudiantes de establecer relaciones sexuales con más parejas riesgosas, y también analizar las diferencias entre estudiantes que van a la universidad en otros países, pues en un estudio realizado en España se encontró que de los estudiantes sexualmente activos casi el 10% tiene relaciones sexuales con prostitutas, en el estudio de Odriozola e Ibáñez (1992) se reportó un 12% y aquí se encontró un 6.8%.

Especial atención merece el análisis del parámetro 'uso del condón', pues éste ha sido un criterio formalmente establecido² y adoptado a nivel internacional (Nieburg, 1998), que ha determinado el nivel de riesgo de las prácticas sexuales.

² En el apartado 3 sobre Definiciones y Especificación de Términos de la Norma Oficial Mexicana, se señala que las prácticas sexuales de alto riesgo son las actividades en las que existe penetración pene-vaginal o pene-ano sin el uso del condón (masculino o femenino).

Han habido discusiones importantes respecto a la efectividad del condón para prevenir el contagio del VIH, y a pesar de que en algunos trabajos se pone de manifiesto que la única forma totalmente efectiva para prevenir el contagio del VIH es la abstinencia sexual o las relaciones sexuales fieles (Suaudeau, 1998), parece ser que, al menos hasta el momento, el condón usado correcta y consistentemente, es el método más efectivo para prevenir el contagio del VIH.

Del Río y Uribe (1995) señalan dos formas en las que se puede analizar su eficacia, en una se prueban las fallas técnicas del condón (eficacia del método) y en otra se prueban las fallas del condón como producto del uso correcto y sistemático (eficacia del uso). Estos autores reportan datos que muestran que la efectividad del uso del condón es de 0.5% para relaciones heterosexuales y del 3.6 al 10.5% en las relaciones homosexuales. Según Coates y Makadon (1995), las fallas del condón por su uso ineficaz se deben a: "1) no usar el condón en cada acto sexual; 2) no ponerse un condón antes de que ocurra cualquier contacto genital o 3) no desenrollar por completo el condón al ponérselo. El consumo de alcohol puede también impedir tanto el buen juicio como el uso apropiado del condón" (pág. 21); aunque también se han reportado otras razones en las fallas del uso del condón; por ejemplo, usar el condón sólo cuando la eyaculación es inminente o usarlo después de que ha ocurrido una penetración no protegida (Quirk, Rhodes y Stimson, 1998). Para fomentar el uso del condón se han emprendido fuertes campañas dirigidas especialmente a los adolescentes, para que éstos se identifiquen como una población en riesgo (Marchetti, 1997), pero es necesario evaluar el impacto de dichas campañas en la promoción de las formas específicamente correctas del uso del condón.

En este contexto, resulta importante la evaluación de los distintos parámetros asociados con el uso del condón. Veamos qué es lo que ha ocurrido en distintas poblaciones, y en particular con los datos que aquí obtuvimos, respecto al uso del condón.

Si en nuestro estudio hubiéramos evaluado solamente si se usa o no protección, se hubiera llegado a la conclusión de que la mitad de la muestra sexualmente activa no está en riesgo de contraer el VIH. Sin embargo, del 50% que sí usa el condón cuando tiene relaciones coitales, más de la mitad lo hace de manera inconsistente, cerca del 30% lo usa sólo con otras parejas que no sean la estable y más del 60% lo utiliza para prevenir el embarazo o porque su pareja le pide utilizarlo. Con estudiantes de una universidad de Illinois, en Estados Unidos, se encontró que del total de estudiantes que sí usan el condón más del 70% lo usa para prevenir la infección por el VIH, pero además encontraron un porcentaje similar de estudiantes que hablan con sus compañeros sexuales sobre la prevención del virus (Prince y Bernard, 1998). La cultura sobre la prevención del VIH que exista en cada país podría ser un factor determinante en la concientización de la población acerca de las razones importantes que se tienen para usar el condón. Al menos en los estudiantes universitarios que aquí evaluamos no se ha logrado tener una cultura arraigada sobre la prevención del VIH, la mayoría respondió usar el condón para evitar el embarazo o porque le piden utilizarlo.

Al evaluar la forma en la que debe utilizarse el condón, se encontró que más del 75% de toda la muestra respondió incorrectamente, siendo mayor el porcentaje de mujeres, de estudiantes de segundo semestre y de aquellos que estudian carreras que no están relacionadas con la salud. Esto sugiere que generalmente los estudiantes que usan el condón lo hacen inconsistentemente, por razones riesgosas y además no saben cómo utilizarlo. Incluso en otro lado (Lunin, Hall, Mandel, Kay y Hearst, 1995) se ha reportado que un porcentaje considerable de estudiantes pensaban que si lavaban el condón después de usarlo éste podría utilizarse múltiples veces.

En este sentido, el análisis del parámetro 'uso del condón' muestra que los estudiantes universitarios (al menos de la población aquí definida) pueden estar en riesgo de contraer el VIH, por lo que los programas de prevención dirigidos a ellos, debieran considerar no solamente el uso del condón en cada relación

sexual, sino también la enseñanza de aspectos tan específicos como el procedimiento para su colocación y uso eficaz. Al igual que con el parámetro de 'diversidad de prácticas', con el de 'uso del condón' se encontró que también las mujeres son las que más riesgo tienen de contraer el VIH, al ser mayor el número de ellas que de hombres que cumple con estas condiciones de riesgo.

El análisis de los parámetros de riesgo en las prácticas de relaciones anales y relaciones orales, mostró patrones semejantes en cada una de ellas respecto al porcentaje de estudiantes que respondió a cada parámetro. En ambas prácticas se observa que los parámetros en los que ocurre un mayor porcentaje de estudiantes son: 'riesgo por no uso del condón', 'riesgo por frecuencias bajas del uso del condón' y 'riesgo por usar el condón sólo cuando se le pide al estudiante que lo utilice', siendo mayor el porcentaje de estudiantes en las prácticas de relaciones orales (pasivas y activas) que en las de sexo anal insertivo y receptivo. Relacionado con esto, Oswald y Matsen (1993) reportan frecuencias más altas de uso del condón en relaciones coitales que en las anales pero no evaluaron relaciones orales, mientras que Hollar y Snizek (1996) reportaron que los estudiantes usan más el condón en las relaciones anales que en las coitales. Por las posibilidades de contagio que existen en cada una de estas prácticas, podemos señalar que, aun cuando en las relaciones orales resultó muy elevado el porcentaje de riesgo por no usar protección, es más probable que los estudiantes estén en mayor riesgo por no usarlo o usarlo inconsistentemente en las relaciones coitales y anales que en las orales.

Asimismo, se observó un riesgo muy bajo en esta población debido a la iniciativa para usar el condón, lo cual quiere decir que la mayoría de los estudiantes que realizan estas cuatro prácticas y que usan el condón lo hacen por iniciativa propia o por acuerdo de ambos integrantes de la pareja. Sin embargo esto resulta contradictorio con el parámetro que evalúa las razones por las que usan el condón, pues, como ya se mencionó, en las cuatro prácticas a las que hemos estado haciendo referencia, los estudiantes que usan el condón lo hacen porque su pareja le pide que lo utilice. Probablemente sería interesante investigar

con más detalle las situaciones particulares en las que es más probable tomar la iniciativa para usar el condón, pues se ha observado que ésta disminuye cuando los estudiantes consumen alcohol para hacer más fácil el encuentro sexual (Anderson y Mathieu, 1996), y al menos en relación con la iniciativa para usar el condón, en el presente estudio no se evaluó el consumo de alcohol o drogas.

Los parámetros en los que menos porcentaje de estudiantes hubo (por abajo del 20%) fueron: riesgo por iniciativa para usar el condón, riesgo por tipo de pareja, riesgo por frecuencia de las prácticas, riesgo por situaciones en las que no usan el condón, y riesgo por tipo de pareja con la que no se usa protección. Esto indica que la mayoría de los estudiantes que practican relaciones anales y orales, tanto activas como pasivas, lo hacen con su pareja estable y con frecuencias bajas, y además, cuando usan el condón, lo hacen por iniciativa propia o de ambos miembros de la pareja y cuando no lo usan (riesgo por situaciones de no uso del condón) lo hacen porque saben que no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual o porque conocen la historia sexual de su pareja.

Respecto a las prácticas anales y orales se puede concluir que los estudiantes están en mayor riesgo si se consideran los parámetros de 'no uso del condón', 'frecuencias bajas del uso del condón' y 'razones por las que se usa el condón', pero si se consideran los parámetros de 'tipo de pareja con la que tienen las relaciones', 'frecuencia de las relaciones', 'iniciativa para usar el condón', 'razones por las que no usan el condón' y 'parejas con las que no usan el condón', los estudiantes están en un riesgo más bajo.

Un patrón distinto al anterior se observó en las relaciones ocasionales, relaciones homosexuales y en uso de instrumentos de estimulación sexual. En el primer caso habría que señalar que esta práctica, por definición, implica tener relaciones sexuales con otra pareja que no sea la estable, por lo que los parámetros que evalúan tipo de pareja con la que llevan a cabo la práctica y con la que no usan protección, llegan al 100% de riesgo. Un hallazgo importante respecto a las relaciones ocasionales fue que ocurrió un menor riesgo por uso del

condón, comparado con cualquiera del resto de prácticas evaluadas, lo que indica una consistencia por parte de los estudiantes en reportar que tienen sus relaciones con la pareja estable y es con ella con la que no usan el condón, pero sí lo hacen con parejas ocasionales. En otros estudios se ha encontrado que en las relaciones casuales el uso del condón es menos frecuente cuando se está bajo la influencia del alcohol (McEwan y cols., 1992), lo que sugiere también la necesidad de investigar los efectos de esta variable respecto al uso del condón, tanto con la pareja estable como con otro tipo de parejas.

En las prácticas de relaciones homosexuales y uso de instrumentos, se encontró un porcentaje más elevado en todos los parámetros, comparados con el resto de las prácticas sexuales evaluadas. En el caso de las relaciones homosexuales, los estudiantes que las practican tienen mayor riesgo por hacerlo con parejas riesgosas, con frecuencias altas, por no usar protección, cuando usan el condón lo hacen inconsistentemente y por no usar condón con parejas riesgosas. Resultados semejantes se encontraron en la práctica de uso de instrumentos de estimulación sexual, aunque el riesgo fue mayor por no usar el condón.

Finalmente, las prácticas de masturbación en compañía, masturbación activa y masturbación pasiva, aun cuando son consideradas como prácticas preventivas, se evaluaron los distintos parámetros de riesgo, y se encontró que alrededor del 90% de los estudiantes que sí las realizan no usan el condón, y que de los que sí lo usan, la mayoría lo hace inconsistentemente, además, menos del 40% de los estudiantes las practican con frecuencias altas.

Por otra parte, se definieron seis perfiles de riesgo considerando que los estudiantes cumplieran con una condición específica que estaba dada por la combinación de los parámetros de 'no uso de protección', 'frecuencias bajas del uso de protección' (uso inconsistente) y 'usar protección para evitar el embarazo o porque al estudiante le pedían utilizarlo', que fueron los parámetros de riesgo que más ocurrieron en las 9 prácticas sexuales evaluadas. El Perfil 1 estuvo definido

por realizar la práctica sin usar el condón con parejas que no fuera la estable, el Perfil 2 implicaba realizar la práctica usando condón con parejas que no fueran la estable, pero las razones del uso del condón eran para evitar el embarazo o porque se le pedía al estudiante utilizarlo; el Perfil 3 fue igual al anterior, pero en lugar de considerar las razones del uso del condón se evaluó el de frecuencias bajas del uso del condón. Los otros tres perfiles (4, 5 y 6) fueron idénticos a los anteriores, cambiando el tipo de pareja con la que se lleva la práctica: de pareja ocasional a pareja estable. Estos perfiles se evaluaron únicamente en cinco prácticas: relaciones coitales, sexo anal receptivo, sexo anal insertivo, sexo oral activo y sexo oral pasivo, que son las prácticas en las que hay mayor riesgo de transmisión del VIH. Promediando los datos obtenidos por las cinco prácticas se encontró que el perfil en el que hay un porcentaje mayor de estudiantes es el 4, es decir, el 66% de los estudiantes que realizan las cinco prácticas consideradas para este análisis, lo hacen con su pareja estable sin usar protección, mientras que el otro 34% se distribuye entre el resto de los perfiles, siendo menor el porcentaje de estudiantes que cumple con los perfiles 2 y 3.

El análisis de estos perfiles permitió determinar que los estudiantes que llevan a cabo mayor diversidad de prácticas, lo hacen sin usar el condón y con su pareja estable. Por otro lado, los que tienen relaciones con otra pareja que no es la estable, practican más el sexo anal y el oro-genital que las relaciones coitales, sin usar protección. Además, estos datos sugieren que el uso inconsistente del condón con la pareja estable ocurre más en las relaciones coitales, mientras que con parejas ocasionales el uso inconsistente del condón ocurre más en las relaciones anales insertivas.

Lo anterior permite sugerir la necesidad de estrategias educativas dirigidas hacia el entrenamiento de habilidades de comunicación entre la pareja, de tal manera que sean capaces de hablar abiertamente acerca del uso del condón y sus implicaciones para la prevención del VIH/SIDA, más aún si consideramos que en otros estudios se han reportado porcentajes muy bajos de estudiantes

universitarios que hablan con sus parejas acerca de aspectos relacionados con la prevención del VIH/SIDA (Hawkins, Gray y Hawkins, 1995).

La comparación de estos perfiles por género, semestre y tipo de carrera mostró, en las relaciones coitales, que los hombres están más en riesgo que las mujeres en los perfiles 1, 2 y 3, que son los que implican tener relaciones sexuales con parejas que no sean la estable; mientras que las mujeres presentaron un porcentaje más elevado en los perfiles 4, 5 y 6 (tener relaciones con la pareja estable). La comparación por semestre mostró un mayor porcentaje de estudiantes de segundo semestre que cumple con todos los perfiles, excepto el 4, en donde los de octavo semestre lo cumplen más que los de segundo. Finalmente, la comparación por tipo de carrera mostró un efecto similar al encontrado en la comparación por género; los estudiantes que cursan carreras que no están relacionadas con la salud son los que presentan más riesgo en los perfiles 1, 2 y 3, mientras que en los perfiles que implican tener relaciones con la pareja estable (4, 5 y 6), los estudiantes de las carreras de la salud están más en riesgo que el resto de los estudiantes.

Por otra parte, se ha visto que el número de compañeros sexuales que se tienen en un tiempo determinado es un factor que incrementa el riesgo de contraer el VIH. En este estudio evaluamos número de parejas sexuales en el último mes, y los resultados mostraron que más del 80% sólo ha tenido una pareja sexual, 14 estudiantes (el 1.2% de 1117) han tenido más de 2 parejas y el 3.7% ninguna. Cabe señalar que la evaluación se hizo considerando sólo el último mes, cuando se reportan periodos más amplios los resultados son distintos. En el caso del trabajo realizado por Durbin, DiClemente y cols. (1993), se evaluó, en estudiantes de preparatoria, el número de compañeros sexuales durante toda la vida, y encontraron que el 31% ha tenido sólo uno, el 25% dos compañeros y el 43% reportó tres o más compañeros sexuales. En otro estudio realizado en España con personas mayores de 15 años, se evaluó el número de compañeros sexuales en los últimos 12 meses, encontrándose que el 37% de la muestra evaluada reportó no haber tenido ningún compañero sexual, mientras que el 57%

tuvo sólo uno y un 6% más de un compañero sexual. En la investigación reportada por Villagrán, Cubas y cols. (1990) se encontró un porcentaje mayor de estudiantes universitarios que han tenido más de 2 parejas sexuales cuando el periodo evaluado era de toda la vida; así, el 31% tuvo una sola pareja, un 39% tuvo de 2 a 4 parejas, y el 30% reportó haber tenido 5 o más parejas sexuales en toda la vida. También estos mismos autores evaluaron el número de parejas sexuales pero en un periodo de 12 meses, encontrando un incremento en el porcentaje de estudiantes (60%) que ha tenido sólo una pareja sexual. Respecto al género de los estudiantes estos autores reportan diferencias importantes que apoyan los datos obtenidos en este estudio: de los que han tenido una sola pareja, es mayor el número de mujeres que de hombres. En el caso de los estudiantes que han tenido de 2 a 4 parejas, Villagrán y cols. (1990) encontraron un porcentaje mayor de hombres que de mujeres, que cumplen con esta condición; este dato es consistente con el reportado por Odriozola e Ibáñez (1992).

Es recomendable practicar la monogamia porque así se reduce el riesgo de adquirir el VIH, entre más compañeros sexuales se tenga en un tiempo determinado, mayor será la posibilidad del contagio. En este sentido, reportar haber tenido un compañero sexual en el último mes sería más riesgoso si se compara con el tener un compañero sexual pero en un periodo de 12 meses o en toda la vida. De acuerdo con esto, resulta difícil determinar en este estudio el grado de riesgo en el que pudieran estar los estudiantes por el número de parejas sexuales que han tenido, pues el tiempo que se evaluó fue en el último mes. En todo caso sería recomendable hacer un análisis comparativo de los distintos estudios que evalúan compañeros sexuales y ver las semejanzas y diferencias en cuanto a los periodos de tiempo en los que se evalúa el haber tenido compañeros sexuales y el número de éstos reportado por los estudiantes.

Por otra parte, en este estudio se encontraron correlaciones positivas entre el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA y el nivel de riesgo de los distintos parámetros evaluados para cada práctica sexual. Particularmente se observó que

niveles altos en los conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA están asociados con niveles altos de riesgo por no usar el condón; los puntajes altos en conocimientos sobre los mecanismos de prevención del VIH/SIDA también están asociados con los puntajes altos de riesgo por no uso del condón, pero se encontró una asociación negativa entre conocimientos sobre prevención y la iniciativa para usar el condón, es decir, a mayor nivel de conocimientos sobre prevención menor puntaje de riesgo por iniciativa para usar el condón. Considerando el nivel de conocimientos sobre las 5 áreas evaluadas (Epidemiología, Etiología, Sintomatología, Transmisión y Prevención), se encontró una asociación positiva con el riesgo por diversidad de las prácticas, riesgo por no usar el condón y riesgo por no usarlo con parejas distintas a la estable.

Las correlaciones (positivas o negativas) entre conocimientos y conductas sexuales de riesgo que se han reportado en la literatura, dependen del tipo de práctica que se está considerando como riesgosa, en la práctica que hay mayor consistencia es en el riesgo por no usar el condón o por usarlo en forma inconsistente (Adamchak, Mbizvo y Twanda, 1990; DiClemente, Forrest y Mickler, 1990; Hollar y Snizek, 1996; Jadack, Hyde y Keller, 1995). En el presente estudio el único parámetro de riesgo que se asoció positivamente con los conocimientos sobre transmisión y prevención, fue justamente el no uso de protección. El uso inconsistente del condón estuvo asociado positivamente sólo con los conocimientos relacionados con Sintomatología, y negativamente con Epidemiología. El riesgo por diversidad de prácticas se asoció positivamente sólo con las áreas de Epidemiología y Etiología. El riesgo por realizar las prácticas con parejas distintas a la estable y el usar el condón por razones riesgosas, estuvieron asociados negativamente sólo con el área de Epidemiología, es decir, entre más conocimientos tienen los estudiantes sobre Epidemiología menos riesgo tienen en estos parámetros. Los parámetros que no estuvieron asociados con los conocimientos sobre Etiología, Sintomatología, Transmisión y Prevención fueron: tener relaciones sexuales con parejas distintas a la estable, usar el condón para

prevenir el embarazo, realizar las prácticas sexuales con frecuencias altas y no usar el condón porque no hay riesgo de embarazo.

Como conclusión derivada del análisis de las prácticas de riesgo evaluadas, se pueden señalar los siguientes puntos:

- 1) Los hombres inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas que las mujeres, lo que supondría que lo hacen con mujeres mayores que ellos. El riesgo de transmisión vía vaginal es mayor de hombre a mujer que de mujer a hombre, por lo que si se llegaran a infectar los estudiantes cuando inician sus relaciones sexuales, sería por tener relaciones anales insertivas con mujeres o insertivas y receptivas con hombres.
- 2) Sin considerar el uso del condón, las prácticas de mayor riesgo de transmisión del VIH son: sexo anal receptivo, sexo anal insertivo, relaciones coitales pene-vagina y relaciones orales, tanto activas como pasivas. Dependiendo del tipo de práctica que se trate hay diferencias en riesgo entre hombres y mujeres. Los hombres están en mayor riesgo cuando practican relaciones anales insertivas con mujeres y cuando practican relaciones anales insertivas y receptivas con hombres. Las mujeres están más en riesgo cuando practican relaciones coitales pene-vagina y relaciones anales receptivas. El riesgo es menor, tanto para hombres como para mujeres, cuando practican relaciones oro-genitales, activas y pasivas.
- 3) De las prácticas en las que hay mayor posibilidad de transmisión del VIH, las que más realizaron los estudiantes de este estudio fueron: relaciones coitales, relaciones oro-genitales, sexo anal receptivo y sexo anal insertivo (en ese orden). Los hombres practican más el sexo anal insertivo, mientras que las mujeres practican más el sexo anal receptivo y las relaciones oro-genitales. El mismo porcentaje de hombres y mujeres practican las relaciones coitales pene-vagina. De acuerdo con esto, las mujeres de este estudio se encuentran en mayor riesgo que los hombres, dado que en las relaciones coitales pene-vagina la mujer tiene mayor probabilidad de

contagio que el hombre; además, el riesgo al contagio del VIH aumenta en el sexo anal receptivo, y esta práctica fue la que más realizaron las mujeres. Considerando el uso del condón, las mujeres, a diferencia de los hombres, mostraron un mayor riesgo por no usar el condón.

- 4) Los parámetros de riesgo en los que ocurrió un porcentaje más elevado de estudiantes fueron: no uso del condón, frecuencias bajas de uso del condón y usar el condón para evitar el embarazo. Este patrón fue semejante en las relaciones coitales, anales y oro-genitales, pero en las prácticas de relaciones homosexuales, uso de instrumentos de estimulación sexual y sexo en grupo, se observaron diferencias en cada uno de los 8 parámetros evaluados. El análisis de los perfiles de riesgo indicó que, a pesar de haber porcentajes elevados de estudiantes que no usan protección, éstos no lo usan sólo con su pareja estable; cuando tienen relaciones sexuales con otras parejas incrementa el porcentaje de estudiantes que usa consistentemente el condón. El problema, entonces, está en la relación con la pareja estable, lo que implicaría investigar distintos aspectos de comunicación, asertividad, confianza, etc. entre los miembros de una pareja.
 - 5) Los datos sobre las correlaciones entre conocimientos y parámetros de riesgo encontradas en este estudio, muestran que a pesar de tener niveles elevados en conocimientos sobre transmisión y prevención del VIH/SIDA, los estudiantes no usan protección en sus relaciones sexuales. Esto pone de manifiesto, una vez más, que la información es necesaria mas no suficiente para llevar a cabo comportamientos preventivos (Bayés, 1989).
- c) Factores que median el comportamiento de riesgo**

Antes de comentar los resultados obtenidos en esta variable, quisiéramos señalar que, el diseño de los reactivos para evaluar comportamientos preventivos eficaces (Parte III del cuestionario) no fue probado con ningún estudio piloto, mientras que aquellos reactivos que evaluaron prácticas sexuales con sus

respectivos parámetros de riesgo (parte II del cuestionario) se redefinieron a partir de los datos que obtuvimos en un estudio piloto (Robles y Moreno, 1998). Pensamos que por esta razón, más del 80% de los estudiantes reportaron no haber tenido alguna experiencia semejante a las descritas en las once situaciones que ejemplifican una relación sexual riesgosa. Sin embargo, esto puede ser relativo dependiendo de la muestra estudiada, dado que con personas seropositivas se encontró que más del 50% ya había tenido experiencias semejantes a las evaluadas (Moreno y Robles, 1998).

De los 450 estudiantes que sí contestaron esta parte del cuestionario, el 30% respondió no haber usado protección por haber estado bajo los efectos del alcohol o drogas, por haber estado excitado o por tener un tiempo importante sin tener relaciones sexuales. Bajo la perspectiva del modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992b), el comportamiento de riesgo de estos estudiantes estuvo mediado por factores situacionales ecológico-coyunturales. El consumo de alcohol o drogas, fue un factor que facilitó el comportamiento de riesgo, y esto ha sido consistente con los datos reportados en otros estudios realizados con estudiantes universitarios (Anderson y Mathieu, 1996; McEwan y cols., 1992; Morrison y cols., 1998), por lo tanto, pensamos que deben considerarse en futuras investigaciones relacionadas con la prevención del VIH/SIDA, el estudio de los hábitos del consumo de alcohol, analizando las situaciones particulares en las que éstos ocurren.

Por otra parte, se encontró que el 65.7% de estos estudiantes respondieron a situaciones que hemos ubicado como comportamientos preventivos eficaces. Estos se desglosaron en las siguientes categorías: Reconocer Situaciones y Comportamientos de Riesgo (RSCR), Reconocer Señales o condiciones de Estímulo que indican proximidad de una situación de riesgo (RSE), Señalar Consecuencias a Corto y Largo Plazo derivadas de la práctica de comportamientos de riesgo (SCLP), y Realizar Comportamientos Preventivos Eficaces (RCPE). Un dato interesante que se encontró fue que muy pocos estudiantes reconocen situaciones de estímulo que indican proximidad de riesgo y

muy pocos, también, señalan consecuencias a corto o largo plazo derivadas de la práctica de comportamientos de riesgo; el porcentaje más elevado se observó en la parte que corresponde a Realizar Comportamientos Preventivos Eficaces, que aquí se evaluó sólo como usar el condón. Estos datos son consistentes con los que encontramos respecto al uso del condón, sin embargo, sugieren la necesidad de investigar, en forma sistemática, las circunstancias particulares en las que consistentemente los estudiantes son incapaces de reconocer señales de estímulo que indican proximidad de riesgo y porqué son incapaces también de señalar consecuencias a corto y largo plazo derivadas de su comportamiento de riesgo.

Finalmente, quisiéramos señalar que el instrumento para evaluar estos aspectos del comportamiento de los estudiantes requiere del diseño de nuevas situaciones que ejemplifiquen interacciones entre parejas que se ajusten más a las experiencias de los estudiantes. Dichas interacciones deben implicar la participación de al menos dos personas (el estudiante y su pareja sexual) comportándose, en forma riesgosa, en una situación física y en un contexto social específicos, a las cuales podría llamárseles "situaciones de riesgo".

El diseño de dicho instrumento debe permitir la identificación de poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes, particularmente estudiantes universitarios, que están en riesgo de contraer el VIH/SIDA como producto de su historia interactiva y de la falta de habilidades específicas para enfrentarse competentemente a situaciones que implican riesgo de contagio del VIH.

d) Comentarios finales: implicaciones para el desarrollo de programas de prevención del VIH/SIDA

Los programas de prevención de problemas de salud deben tener claridad conceptual y operacional sobre lo que significa *promoción de la salud*. Kulbok, Baldwin, Cox y Duffy (1997) hacen un análisis de los distintos usos que se le han dado a los términos englobados bajo el rubro de *promoción de la salud*, análisis que resulta particularmente importante por las implicaciones que tiene en el

campo de la investigación. Por un lado, ellos comentan que la concepción biomédica que enfatiza la enfermedad, sigue influyendo en las definiciones sobre salud, sobre conducta saludable y sobre el contexto que enmarca la promoción de estilos de vida saludables. Esta influencia ha enfatizado la prevención secundaria y terciaria de los procesos orientados hacia la enfermedad para poder promover la salud. De aquí que, se haya desarrollado un interés por buscar los determinantes de las conductas relacionadas con la salud, siendo central el análisis de los resultados a corto y largo plazo de estas conductas personales.

Es muy amplio el rango de conductas (y términos) que se han utilizado para definir o describir la promoción de la salud. Kulbok et al. (1997) señalan las siguientes: "hábitos saludables", "prácticas saludables positivas", "conductas saludables preventivas", "conductas que protegen la salud", "reducción de riesgo" y "estilo de vida saludable". Este rango de conductas va desde tomar acciones positivas para promover la salud hasta evitar conductas negativas o riesgosas. Dado que se ha manejado de manera indistinta la prevención de enfermedad, protección de la salud y promoción de la salud, Kulbok et al. (1997) llegan a la conclusión, a través de un análisis riguroso de los términos basado en las opiniones de profesionales expertos en el área, de que debe hacerse una distinción entre promoción de la salud y conductas que promueven la salud; en el primer caso ellos hacen referencia a las acciones o esfuerzos organizados que mejoran, apoyan o promueven el bienestar o la salud de individuos, familias, grupos, comunidades o sociedades, mientras que en el caso de las conductas que promueven la salud se debe considerar a cualquier acción o conductas realizadas por individuos para mejorar o promover el bienestar o la salud.

En el campo de la promoción de la salud se ubicarían los programas de intervención a nivel comunitario para lograr individuos saludables; en el caso de las conductas que promueven la salud, se ubicarían los estudios que evalúan la efectividad de distintos modelos, estrategias o técnicas para lograr cambios en el comportamiento de los individuos. La investigación que aquí presentamos se ubica en este último aspecto, dado que proporciona información que podría ser

utilizada para generar un programa de prevención de problemas de salud desde una perspectiva psicológica, pero para lograr tal propósito, se requiere del desarrollo de una serie de estudios que permitan ver la efectividad del modelo teórico planteado.

El modelo psicológico de la la salud del cual hemos partido, actualmente constituye una propuesta que demuestra su capacidad para generar hipótesis de investigación y permite orientar los esfuerzos hacia el desarrollo de programas de prevención de comportamientos de riesgo. Sin embargo, como producto de las investigaciones que se realicen para evaluar su efectividad, debe ofrecer, de acuerdo con Bayés (1992b), alguna ventaja adicional sobre los modelos alternativos existentes.

En este sentido, este Modelo Psicológico de la Salud requiere del diseño de instrumentos que permitan evaluar la efectividad de los elementos que lo integran y, de esta manera, iniciar el trabajo para poder determinar los perfiles de riesgo que deben ser modificados para desarrollar comportamientos preventivos eficaces. Los resultados de las investigaciones realizadas bajo esta perspectiva deben generar información efectiva para diseñar programas interdisciplinarios de prevención del VIH/SIDA. Pensamos que la prevención, no sólo del SIDA, sino de cualquier tipo de enfermedad, no puede darse a nivel social, de grupo, si no es a través del trabajo conjunto de los distintos sectores que conforman una sociedad.

En este sentido, primeramente debe señalarse el nivel de participación de las diferentes disciplinas en la prevención del problema y después diseñar las formas específicas en que coordinadamente deben participar para lograr programas de prevención efectivos. Por ejemplo, en el caso del VIH/SIDA, se debe delimitar el campo de acción del biólogo, del médico, del psicólogo, del sociólogo, del economista, de los medios de comunicación y difusión, de los políticos, y evidentemente, tener claras las políticas generales del sector salud que reglamentan la actuación de los profesionales; cada uno deberá proporcionar información derivada de las investigaciones que en su propio campo de estudio se

han realizado orientadas hacia el problema del VIH/SIDA. En este sentido, debe formarse un equipo de trabajo interdisciplinario, no multidisciplinario, en donde conjuntamente coordinen las acciones que, desde el punto de vista de cada uno, resulten importantes para el diseño e implantación de un programa de prevención de este mal del siglo. Esta es una labor difícil de realizar, justamente por la falta de una cultura sobre el trabajo interdisciplinario efectivo. Si acaso se da el trabajo multidisciplinario, en donde cada profesional realiza todos sus esfuerzos por prevenir, desde su óptica particular, el problema del VIH/SIDA. Esto quiere decir que el psicólogo por sí mismo no puede generar un programa de prevención del SIDA a nivel comunitario, forzosamente requeriría del conocimiento de otras disciplinas para poder hacerlo de manera efectiva. Además, para que funcione una estrategia nacional de promoción de la salud, deben cumplirse las condiciones señaladas en la Carta de Ottawa (1986), y, desde nuestro punto de vista, todavía falta mucho camino qué recorrer.

Lo que sí puede hacer el psicólogo en el campo de la salud es, con base en la investigación aplicada, generar acciones específicas que, desde su propia perspectiva, deben contemplarse para lograr cambios en los comportamientos de riesgo de la población meta. En el caso particular del Modelo Psicológico de la Salud, deben generarse, en primera instancia, investigaciones que permitan evaluar su efectividad para lograr cambios en los comportamientos de riesgo a comportamientos preventivos y permanentes. Es claro que este modelo no tiene la historia de investigación que ha caracterizado a los modelos de Creencias de Salud, de la Acción Razonada, etc., y es probable, como lo señala Bayés (1992b), que sea un modelo parcial, confuso e insatisfactorio, pero con él se pueden conseguir pequeños avances en los objetivos que se propone: lograr en los individuos comportamientos instrumentales de prevención eficaces y baja vulnerabilidad (Bayés y Ribes, 1989). De acuerdo con lo anterior, podemos señalar, a manera de conclusión, lo siguiente:

- 1) El desarrollo de las investigaciones sobre la salud y, por consiguiente, el diseño de programas de prevención derivados de las mismas, están íntimamente

relacionados con una concepción particular de la salud. Esto es, las variables básicas que se pretendan investigar se derivan de una concepción teórica acerca del problema en estudio, por tanto, debe quedar claro cuál es el modelo de salud que se está adoptando en la investigación sobre los comportamientos de riesgo relacionados con la salud del individuo.

2) A pesar de la gran literatura empírica que hay sobre distintos modelos de salud, no hay claridad acerca de que ciertos modelos son más precisos que otros, de que ciertas variables influyen más que otras, o de que ciertas conductas o situaciones son más entendibles que otras. El Modelo Psicológico de la Salud aquí descrito tiene la ventaja de considerar las variables cognitivas propuestas como centrales en los modelos cognitivo-conductuales, pero además, bajo un sustento teórico definido, permite abordar la prevención de conductas de riesgo para la salud a través del análisis funcional de lo que el individuo concretamente hace bajo circunstancias específicas.

3) El modelo de salud propuesto en este trabajo como una alternativa para la prevención de problemas de salud, constituye justamente una propuesta que debe ser evaluada. No se puede llegar a la conclusión de que este modelo sea mejor que los descritos bajo la teoría cognitivo-conductual, si no es a través de la investigación empírica que pueda desarrollarse en este sentido. Por lo tanto, queda un largo camino que recorrer para los investigadores que estamos interesados en resolver la incógnita sobre la incongruencia entre lo que la gente conoce, percibe, cree, etc., y la forma en la que realmente se comporta para lograr una vida saludable.

REFERENCIAS

- Abraham, C. y Sheeran, P. (1994). Modeling and modifying young heterosexual' HIV-preventive behavior; a review of theories, findings and educational implications. *Patient Education and Counseling*, 23(3), 173-186.
- Abraham, C., Sheeran, P. y Orbell, S. (1998). Can social cognitive models contribute to the effectiveness of HIV-preventive behavioural interventions? A brief review of the literature and a reply to Joffe (1996; 1997) and Fif-Schaw (1997). *British Journal of Medical Psychology*, 71(3), 297-310.
- Adamchak, D., Mbizvo, M. y Tawanda, M. (1990). Male knowledge of and attitudes and practices towards AIDS in Zimbabwe. *AIDS*, 4(3), 245-250.
- Ajzen, Y. y Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Alfaro, M.L. y Díaz, L.R. (1994). Factores psicosociales y conductas sociales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, 5.
- Alfaro, M.L., Rivera, A.S. y Díaz, L.R. (1991). Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 4(2), 151-165.
- Alfaro, M.L., Rivera, A.S. y Díaz, L.R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, 4, 95-100.
- Anderson, P.B. y Mathieu, D.A. (1996). College students' high-risk sexual behavior following alcohol consumption. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22(4), 259-264.
- Arauzo, S., Blanck, J.G. y Bermúdez, G. (1992). SIDA: aportes conductuales para su prevención. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 169-176.
- Arranz, P. y Bayés, R. (1988). Sida y prevención: un enfoque multidisciplinario. *JANO, Medicina y Humanidades*, 34, 1326-1335.
- Atwood, J.D. (1992). A Multi-Systemic Approach to AIDS and Adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 9(5), 427-439.
- Balter, M. (1996). A second coreceptor for HIV in early stages of infection. *Science*, 272, 1740.
- Balter, M. (1998a). Chemokine Mutation Slows Progression. *Science*, 279, 327.
- Balter, M. (1998b). Impending AIDS Vaccine Trial Opens Old Wounds. *Science*, 279, 650.
- Balter, M. (1998c). Europe: AIDS Research on a Budget. *Science*, 280, 1856-1858.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.
- Basen-Engquist, K. (1992). Psychosocial predictors of "safer sex" behaviors in young adults. *AIDS Education and Prevention*, 4(2), 120-134.
- Bayés, R. (1988). Factores psicológicos en la prevención, etiología y evolución del SIDA. *Revista Mexicana de Psicología*, 5(2), 203-211.
- Bayés, R. (1989). La prevención del SIDA. *Cuadernos de Salud*, 2, 45-55.
- Bayés, R. (1990). Psicología y SIDA: Análisis Funcional de los Comportamientos de Riesgo y Prevención. *Papeles del Colegio*, 46, 30-36.
- Bayés, R. (1992a). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 35-56.
- Bayés, R. (1992b). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 0, 33-50.
- Bayés, R. (1994). SIDA y psicología: realidad y perspectivas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(2), 125-127.
- Bayés, R. y Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *JANO, Medicina y Humanidades*, 34, 1313-1322.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, 122-125.
- Becker, M.H. (Ed.). (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4).
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (1995). Estado actual y perspectivas de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología Contemporánea*, 2(1), 100-111.
- Bloom, B.R. (1998). The Highest Attainable Standard: Ethical Issues in AIDS Vaccines. *Science*, 279, 186-188.
- Bloom, F.E. (1996). Breakthroughs of the Year, 1996 (Editorial). *Science*, 274, 1987.
- Boles, J. y Elifson, K. (1994). The social organization of transvestite prostitution and AIDS. *Social Science and Medicine*, 39(1), 85-93.
- Brody, S. (1995). Lack of evidence for transmission of Human Immunodeficiency Virus through vaginal intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 24(4), 383-393.

- Brown, L.K., DiClemente, R.J. y Reynolds, L.A. (1991). HIV prevention for adolescents: utility of the Health Belief Model. *AIDS Education and Prevention*, 3(1), 50-59.
- Bruhn, J.G. (1983). The application of theory in childhood asthma self-help programs. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 72(5), 561-577.
- Burke, D.S. (1995). Review: human trials of experimental HIV vaccines. *AIDS*, 9, S171-S180.
- Cáceres, C.F., Roscano, A.M., Muñoz, S., Rotuzzo, E., Mandel, J. y Hearst, N. (1992). Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 109-124.
- Carta de Ottawa. (1986). Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Asociación Canadiense de Salud Pública, Ottawa, Canadá.
- Cassidy, C.A. (1997). Facilitating behavior change. Use of the transtheoretical model in the occupational health setting. *AAOHN Journal*, 45(5), 239-246.
- Castilla, J., Barrio, G., de la Fuente, L. y Belza, M.J. (1998). Sexual behaviour and condom use in the general population of Sapin, 1996. *AIDS Care*, 10(6), 667-676.
- Coates, T.J. (1992). Prevención del SIDA: logros y prioridades. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 17-33.
- Coates, T.J. y Makadon, H.J. (1995). ¿Sirven los condones? *SIDA-ETS*, 1(1), 20-26.
- Coates, T.J., Stall, R.D., Catania, J.A. y Kegeles, S. (1988). Behavioral factors in HIV infection. *AIDS*, 2 (Supl. 1), S239-S246.
- Cocchi, F., DeVico, A.L., Garzine-Demo, A., Arya, S.K., Gallo, R.C. y Lusso, P. (1995). Identification of RANTES, MIP-1 α and MIP β as the major HIV-suppressive factors produced by CD8+ T cells. *Science*, 270, 1811-1815.
- Cohen, J. (1996). Likely HIV Cofactor Found. *Science*, 272, 809-910.
- Cohen, J. (1997a). AIDS. advances painted in shades of gray at a D.C. Conference. *Science*, 275, 615-616.
- Cohen, J. (1997b). Exploiting the HIV-chemokine nexus. *Science*, 275, 1261-1264.
- Cohen, J. (1997c). Looking for leads in HIV's battle with immune system. *Science*, 276, 1196-1197.
- Cohen, M.S. y Miller, W.C. (1998). Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection: cause, effect, or both? *International Journal of Infectious Diseases*, 3(1), 1-4.

- Cooper, D.A., Gold, J., Maclean, P., Donovan, B., Finlayson, R., Barnes, T.G., Michelmore, H.M., Brooke, P. y Penny, R. (1985). Acute retrovirus infection: Definition of a clinical illness associated with seroconversion. *Lancet*, 1, 537-540.
- Del Río, C. y Uribe, P. (1995). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. *SIDA-ETS*, 1(1), 11-19.
- Díaz, R. (1982). *Psicología del Mexicano*. México, Editorial Trillas.
- Díaz, R. y Alfaro, L. (1995). Factores psicosociales relacionados con el contagio del VIH en estudiantes de preparatoria. *Revista Interamericana de Psicología*, 29(2), 215-226.
- Díaz, R. y Rivera, S. (1992). Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*, 2(1), 27-38.
- Díaz-González, E., Rodríguez, L. y Nava, C. (1998). El papel de las competencias en personas valoradas como alcohólicas. *Revista de Psicología Contemporánea*, año 5, 5(1), 16-27.
- DiClemente, R., Forrest, K. y Mickler, S. (1990). College students' knowledge and attitudes about AIDS and changes in HIV-preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2(3), 201-212.
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S. y Adame, D. (1993). Knowledge of AIDS and safer sex practices among college freshmen. *Public Health Nursing*, 10(3), 159-165.
- Duncan, E.N. (1992). Adolescent Sexuality and Peer Pressure. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 9(4), 319-327.
- Durbin, M., DiClemente, R.J., Siegel, D., Krasnovsky, F., Lazarus, N. y Camacho, T. (1993). Factors associated with multiple sex partners among junior high school students. *Journal of Adolescent Health*, 14(3), 202-207.
- Edwards, S. y Carne, C. (1998). Oral sex and the transmission of viral STIs. *Sexually Transmitted Infections*, 74(1), 6-10.
- Fielstein, E.M. y Hazlewood, M.G. (1992). AIDS knowledge among college freshmen students: Need for education? *Journal of Sex Education and Therapy*, 18(1), 45-54.
- Fishbein, M. y Ajzen, Y. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Fitzgerald, S.T. (1991). Self-Efficacy Theory: Implications for the occupational health nurse. *AAOHN Journal*, 39(12), 552-557.
- Flores, M.G. y Díaz, R. (1992). Actitudes hacia la salud, enfermedad y SIDA. Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, 4, 83-88.

- Flores, M.G. y Díaz, R. (1994). Locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA. *Asociación Mexicana de Psicología Social La Psicología Social en México*, 5, 622-627.
- Ford, M.T. (1994). *¿Qué onda con el Sida?* México, Editorial Selector.
- Fox, R., Eldred, L.J., Fuchs, E.J., Kaslow, R.A., Visscher, B.R., Ho, M., Phair, J.P. y Polk, B.F. (1987). Clinical manifestations of acute infection with human immunodeficiency virus in a cohort of gay men. *AIDS*, 1, 35-38.
- García, M.H. (1983). *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud*. México, La Prensa Médica Mexicana.
- Glasner, P.D. y Kaslow, R.A. (1990). The Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus Infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1), 13-21.
- Gómez, H. (1997). *SIDA y ETS: qué se ha hecho y qué se debe hacer*. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, Mor., México.
- Gómez-Dantés, O. y Khoshood, B. (1991). La evolución de la salud internacional en el Siglo XX. *Salud Pública de México*, 33, 314-329.
- Hawkins, W.E., Gray, C. y Hawkins, W.E. (1995). Gender differences of reported safer sex behaviors within a random sample of college students. *Psychological Reports*, 77(3 Pt 1), 963-968.
- Hays, O. y Hays, J.R. (1992). Students knowledge of AIDS and sexual risk behavior. *Psychological Reports*, 71(2), 649-650.
- Hollar, D. y Snizek, W. (1996). The influences of knowledge of HIV/AIDS and self-esteem on the sexual practices of college students. *Social Behavior and Personality*, 24(1), 75-86.
- Ibáñez, B. (1996). Actividad sexual, prácticas anticonceptivas y actitudes hacia la planificación familiar en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(1), 30-45.
- Izazola, J.A., Valdespino, J.L. y Sepúlveda, J. (1988). Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales. *Salud Pública de México*, 30(4), 555-565.
- Jadack, R., Hyde, J. y Keller, M. (1995). Gender risk and knowledge about HIV, risky sexual behavior, and safer sex practices. *Research in Nursing and Health*, 18(4), 313-324.
- Jemmott, J.B., Sweet, L.S. y Fong, G.T. (1992). Reduction in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82, 372-377.
- Kantor, J.R. (1967). *Interbehavioral psychology*. Ganville, Ohio: Principia Press.

- Kaslow, R.A., Phair, J.P., Friedman, H.B., Lyter, D., Solomon, R.E., Dudley, J., Polk, B.F. y Blackwelder, W. (1987). Infection with the human immunodeficiency virus: Clinical manifestations and their relationship to immune deficiency. *Annals of Internal Medicine*, 107, 474-480.
- Kaya, H.O. y Kau, M. (1994). Knowledge, attitudes and practice in regard to AIDS: the case of social science students at the University of Bophuthutswana. *Curationis*, 17(2), 10-14.
- Kelly, J.A., Lawrence, J., Hood, H. y Brasfield, T. (1989). An objective test of AIDS risk behavior knowledge scale development validation and norms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 227-234.
- Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R.E., Hood, H.V., Smith, J.E., Kilgore, H. y McNeill, Ch. (1990). Psychological Factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1), 117-120.
- Kelly, J.A., Sikkema, K., Winnet, R., Solomon, L., Roffman, R., Hechman, T., Stevenson, Y., Perry, M., Norman, A. y Desiderato, L. (1995). Factors, predicting continued high-risk behavior, and demographic characteristic related to unsafe sex. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 101-107.
- Kornblit, A.L. (1997). *SIDA y ETS: qué se ha hecho y qué se debe hacer*. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Del 2 al 6 de junio, Cocoyoc, Mor., México.
- Kulbok, P., Baldwin, J., Cox, C. y Duffy, R. (1997). Advancing Discourse on Health Promotion: Beyond Mainstream Thinking. *Advances in Nursing Science*, 20(1), 12-20.
- Kusseling, F.S., Shapiro, M.F., Greenberg, J.M. y Wenger, N.S. (1996). Understanding why heterosexual adults do not practice safer sex: a comparison of two samples. *AIDS Education and Prevention*, 8(3), 247-257.
- Lange, J.M.A. (1997). Current Problems and the Future of Antiretroviral Drug Trials. *Science*, 276,
- Lauver, D. (1992). A theory of care-seeking behavior. *The Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 281-287.
- Lawler, A. y Cohen, J. (1997). A Deadline for an AIDS Vaccine. *Science*, 276, 1184-1185.
- Lee, Y.O. (1993). Health promotion. Instrument development for the application of the theory of planned behavior. *Kanhohak Tamgu*, 2(2), 102-117.
- Letvin, N.L. (1998). Progress in the Development of an HIV-1 Vaccine. *Science*, 280, 1875-1880.

- López, S. y Ruiz, C. (1996). El Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica. Boletín semanal del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del Sistema Único de Información, *Epidemiología*, 1(13), 1-2.
- Lui, K.J., Darrow, W.W. y Rutherford, G.W. (1988). A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. *Science*, 240, 1333-1335.
- Lunin, J., Hall, T.L., Mandel, J.S., Kay, J. y Hearst, N. (1995). Adolescent sexuality in Saint Petersburg, Russia. *AIDS*, Supl. 1, S53-S60.
- Madhok, R., McCallum, A.K., McEwan, R. y Bhopal, R.S. (1993). Students' knowledge and behavior concerning safer sex: a UK study. *Journal of American College Health*, 42(3), 121-125.
- Magis, R.C., Ruiz, B.A., Bravo, E., Ortiz, R., Silva, B. y Uribe, Z. (1998). La investigación sobre VIH/SIDA en México: 1984-1996. Informe presentado por CONASIDA en Internet: <http://www.ssa.gob.mx/conasida>, febrero 15 de 1998.
- Mahoney, C.A., Thombs, D.L., Ford, O.J. (1995). Health belief and self-efficacy models: their utility in explaining college student condom use. *AIDS Education and Prevention*, 7(1), 32-49.
- Marchetti, R. (1997). Las campañas de prevención del VIH/SIDA en los medios de comunicación. *SIDA-ETS*, 3(1), 16-20.
- Martenga, B. (1995). The health beliefs and skin cancer prevention practices of Wisconsin dairy farmers. *Oncology Nursing Forum*, 22(4), 681-686.
- Marshall, E. (1998). Controversial trial offers hopeful result. *Science*, 279, 1299.
- Martínez, M.T. y Sánchez, M.L. (1998). Confiabilización de un instrumento para evaluar competencias en sujetos valorados como alcohólicos. Tesis Profesional de Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.
- Martínez, Y., Villagrán, G. y Díaz, R. (1992). Medios de comunicación masiva y conocimientos sobre SIDA. Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, 4, 115-121.
- Maticka, T., Kiewying, M., Haswell, E. y Kuyyakanond, T. (1994). Knowledge, attitudes and beliefs about HIV/AIDS among women in northeastern Thailand. *AIDS Education and Prevention*, 6(3), 205-218.
- McCormack, A., Anderton, J. y Barbieri, T. (1993). Gender, HIV awareness and prevention among college students. *College Student Journal*, 27(4), 514-522.
- McEwan, R.T., McCallum, A., Bhopal, R.S. y Madhok, R. (1992). Sex and the risk of HIV infection: the role of alcohol. *British Journal of Addiction*, 87(4), 577-584.

- McNicholl, J.M., Smith, D.K., Qari, S.H. y Hodge, T. (1997). Host genes and HIV: the role of the chemokine receptor gene CCR5 and its allele ($\Delta 32$ CCR5), *Emerging Infectious Diseases*, 3(3), 261-271.
- Medley, C.F., Anderson, R.M., Cox, D.R. y Billard, L. (1987). Incubation period of AIDS in patients infected via blood transfusion. *Nature*, 328, 719-721.
- Metzler, C., Noell, B. Y Biglan, A. (1992). The validation of a construct of high-risk sexual behavior in heterosexual adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 7(2), 233-249.
- Micher, C.J. y Silva, B.J. (1997). Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS). *Revista SIDA-ETS*, 3(3), 68-73.
- Millstein, S., Moscicki, A. y Broering, J. (1994). Female adolescents at high, moderate, and low risk of exposure to HIV: Differences in knowledge, beliefs, and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 15(2), 133-141.
- Miret, M., Rodes, A., Valverde, G., Geli, M. y Cassabona, J. (1997). Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana entre estudiantes adolescentes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 11(2), 66-73.
- Mohar, A. (1996). Epidemiología del SIDA en México 1983-1996. *Gaceta Médica de México*, 132, Suplemento No. 1, 53-54.
- Moore, S. y Rosenthal, D. (1991). Adolescent invulnerability and perceptions of AIDS risk. *Journal of Adolescent Research*, 6(2), 164-180.
- Moreno, D. y Robles, S. (1998). *Comportamiento de riesgo en seropositivos*. Trabajo presentado en el Congreso Mundial de Terapias Cognoscitivas y Conductuales. Acapulco, Gro., del 21 al 26 de julio de 1998.
- Morrison, T.C., DiClemente, R.J., Wingood, G.M. y Collins, C. (1998). Frequency of alcohol use and its association with STD/HIV-related risk practices, attitudes and knowledge among an African-American community-recruited sample. *International Journal of STD and AIDS*, 9(19), 608-612.
- Morton, M., Nelson, L., Walsh, C., Zimmerman, S. y Coe, R.M. (1996). Evaluation of a HIV/AIDS education program for adolescents. *Journal of Community Health*, 21(1), 23-35.
- Moscoso, M.R., Rodríguez-Figueroa, L., Parrilla, Y., Robles, R. y Colón, H. (1997). Factores de riesgo del VIH/SIDA entre estudiantes adolescentes en Puerto Rico, 1994. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 89(7-9), 140-145.
- Mulvihill, C.K. (1996). AIDS education for college students: review and proposal for a research-based curriculum. *AIDS Education and Prevention*, 8(1), 11-25.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría Clásica de los Tests*. Madrid, Ediciones Pirámide, S.A.

- Nieburg, P. (1998). *Pronunciamiento del CDC sobre la efectividad del condón*. Carta enviada por el Centro de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención (CDC) de Atlanta a CONASIDA, en marzo de 1998. Publicada via internet: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/quees/boletín/cartacdc.htm>.
- Odriozola, U.A. e Ibáñez, B.B. (1992). Actitudes y conducta sexual en estudiantes universitarios. Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, 4, 123-134.
- OMS (1978). Atención Primaria a la Salud. Alma-Ata. *Salud para todos*, núm. 1.
- OMS (1988). Directrices para el establecimiento de un programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, *Serie OMS sobre el SIDA*, No. 1.
- OMS (1990a). Fomento de la salud contra el SIDA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, *Serie OMS sobre el SIDA*, No. 5.
- OMS (1990b). Vigilancia de los programas nacionales de prevención y lucha contra el SIDA. Principios rectores. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, *Serie OMS sobre el SIDA*, No. 4.
- ONUSIDA (1998). Los jóvenes bajo la amenaza del SIDA. Ginebra, 22 de abril de 1998. Informe publicado por CONASIDA via Internet: <http://www.ssa.gob.mx/conasida>.
- OPS (1989). *SIDA: Perfil de una epidemia*. Organización Panamericana de la Salud.
- Oswalt, R. y Matsen, K. (1993). Sex, AIDS, and the use of condoms: a survey of compliance in college students. *Psychological Reports*, 72(3 Pt 1), 764-766.
- Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M. y León, M. (1994). Modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(2), 141-149.
- Parcel, G.S. (1984). Theoretical models for application in school health education research. *Journal of School Health*, 54(6), 39-49.
- Passannante, M.R., French, J. y Louria, D.B. (1993). How much do health care providers know about AIDS? *American Journal of Preventive Medicine*, 9(1), 6-14.
- Piña, J.A. (1988). El papel de la psicología en la prevención del SIDA: el trabajo comunitario. *La Psicología Social en México*, 2, 291-296.
- Piña, J.A. y Capdevielle, F. (1988). ¿Qué puede ofrecer la psicología conductual al sector salud? *Revista de la Universidad de Sonora*, 6, 25-30.
- Piña, J.A., Duarte, L. y Guzmán, A.C. (1992). El comportamiento como categoría psicológica frente al SIDA. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7(2), 91-99.

- Piña, J.A., Jiménez, S. y Mondragón, V. (1992). La relación entre la investigación y el diseño de programas preventivos para el SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 201-211.
- Piña, J.A., Márquez, Y. y Vera, J.A. (1992). Información *per se* versus información como capacidad: implicaciones para la prevención del SIDA. *La Psicología Social en México*, 4, 135-140.
- Piot, O., Laga, M., Ryder, R., Perriens, J., Temmerman, M., Heyward, W. y Curran, J.W. (1990). The global epidemiology of HIV infection: Continuity heterogeneity and change. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 3, 403-412.
- Poulson, R.L., Eppler, M.A., Satterwhite, T.N., Wuensch, K.L. y Bass, L.A. (1998). Alcohol consumption, strength of religious beliefs, and risky sexual behavior in college students. *Journal of American College Health*, 46(5), 227-232.
- Preciado, J. y Montesinos, L. (1992). El SIDA: desafíos para la psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 177-187.
- Prince, A. y Bernard, A.L. (1998). Sexual behaviors and safer sex practices of college students on a commuter campus. *Journal of American College Health*, 47(1), 11-21.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., Harlow, L.L., Rossi, J.S. y Velicer, W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review. *Health Education Quarterly*, 21(4), 471-486.
- Quirk, A., Rhodes, T. y Stimson, G.V. (1998). 'Unsafe protected sex': qualitative insights on measures of sexual risk. *AIDS Care*, 10(1), 105-114.
- Raiteri, R., Fora, R. y Sinicco, A. (1994). No HIV-1 transmission through lesbian sex. *The Lancet*, 344, 270.
- Registro Nacional de Casos de SIDA. (1998). Consulta vía Internet en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida>.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona, Martínez Roca.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la Conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México, Editorial Trillas.
- Rivera, A. y Díaz, R. (1994). Actitudes, norma subjetiva y creencias en relación al uso del condón. Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, 5.
- Robles, S. y Moreno, D. (1998). Los estudiantes universitarios y el SIDA: un análisis sobre sus conocimientos y prácticas sexuales. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 2(2), 16-27.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.

- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, M.H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rosenthal, D.A., Smith, A.M., Reichler, H. y Moore, S. (1996). Changes in heterosexual university undergraduates' HIV-related knowledge, attitudes and behaviour: Melbourne, 1989-1994. *Genitourinary Medicine*, 72(2), 123-127.
- Sabogal, F. (Ed.). (1992). Presentación del volumen especial sobre Psicología y SIDA de la *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 9-12.
- Sabogal, F., Sandlin, G., Reyes, R. Aguirre, V., Bregman, G. y Lemp, G. (1992). Hombres latinos "gays" y bisexuales: una comunidad de alto riesgo del VIH/SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 57-70.
- Salazar, M.K. (1991). Comparison of four behavioral theories. A literature review. *AAOHN Journal*, 39(3), 128-135.
- Salazar, M.K. (1995). Dealing with hypertension: using theory to promote behavioral change. *AAOHN Journal*, 43(6), 313-318.
- Sandner, O. (1990). *Sida: La pandemia del Siglo*. Caracas, Venezuela, Monte Ávila Latinoamericana Editores.
- Sarnagadharan, M.G., Popovic, M., Bruch, L., Schupbach, J. y Gallo, R.C. (1984). Antibodies reactive with human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS. *Science*, 224, 506-508.
- Saudeau, J. (1998). El "sexo seguro" y el preservativo ante el desafío del SIDA. *Medicina y Ética*, 2, 243-279.
- Sawyer, R.G. y Moss, D.J. (1993). Sexuality transmitted diseases in college men: a preliminary clinical investigation. *Journal of American College Health*, 42(4), 111-115.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1995). Self-Efficacy and Health Behaviours. En: M. Conner y P. Norman (Eds.) *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press.
- Sellers, E.D., McGraw, A.S. y Mckinlay, B.J. (1994). Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV Prevention Program for Latino Youth. *American Journal of Public Health*, 84, 1952-1959.
- Sepúlveda, A.J. (1989a). *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, México, Fondo de Cultura Económica,.
- Sepúlveda, A.J. (1989b). *Evaluación del Impacto de la Estrategia Educativa para la Prevención del SIDA en México 1987-1988: Estudiantes Universitarios*. Informe técnico. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

- Sepúlveda, A.J., Valdespino, J.L., García, M.L., Izazola, J.A. y Rico, B. (1988). Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México. *Salud Pública de México*, 20, 513-527.
- Simkins, L. (1995). Risk of HIV transmission in sexual behaviors of college students. *Psychological Reports*, 76(3Pt 1), 787-799.
- Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms*. New York: Appleton Century Crofts.
- Soberón, G. (1988). SIDA: características generales de un problema de salud pública. *Salud Pública de México*, 30(4), 504-512.
- Strathdee, S.A., Hogg, R.S., Martindale, S.L., Cornelisse, P.G., Craib, K.J., Montaner, J.S., O'Shaughnessy, M.V. y Schechter, M.T. (1998). Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and bisexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 19(1), 61-66.
- Taylor, S.E., Dilorio, C., Stephens, T.T. y Soet, J.E. (1997). A comparison of AIDS-related sexual risk behaviors among African-American college students. *Journal of The National Medical Association*, 89(6), 397-403.
- Torres, C.C. (1994). Aplicación de un modelo psicológico de salud biológica al problema del SIDA. Tesis profesional de Psicología. Guadalajara, Jalisco, Universidad de Guadalajara.
- Torres, J.M. y Pérez, R. (1996). Aspectos epidemiológicos de las enfermedades de transmisión sexual y del Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Acta Médica*, XXXI, 121, 59-64.
- Turner, J.C., Korpita, E., Mohn, L.A. y Hill, W.B. (1993). Reduction in sexual risk behaviors among college students following a comprehensive health education intervention. *Journal of American College Health*, 41(5), 187-193.
- Valdespino, J.L., García, M.L. e Izazola, J.A. (1989). Distribución de la epidemia del SIDA. En: J. Sepúlveda, M. Bronfman, G. Ruiz, E. Stanislawski y J.L. Valdespino (Eds.). *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Villagrán, V.G. y Díaz, L.R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 25-40.
- Villagrán, V.G., Cubas, C.E., Díaz, L.R. y Camacho, V.M. (1990). Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes. *Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México*, 3, 305-309.
- Walter, H., Vaughan, R., Gladis, M., Fish, D, Kasen, S. y Cohall, A. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. *American Journal of Public Health*, 82(4), 528-532.

- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology, 12*(4), 324-333.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. y Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*(3), 290-299.
- Weiss, S.M. (1982). Health psychology: The time is now. *Health Psychology, 1*, 81-91.
- Yep, G.A. (1993). HIV prevention among Asian-American college students: does the health belief model work? *Journal of American College and Health, 41*(5), 199-205.
- Zimmer, J.C. y Thurston, W.E. (1998). Attitudes, beliefs, and practices of nursing students concernign HIV/AIDS: implications for prevention in women. *Health Care Women International, 19*(4), 327-342.
- Zimmerman, R.S. y Olson, K. (1994). AIDS-related risk behavior and behavior change in a sexually active, heterosexual sample: a test of three models of prevention. *AIDS Education and Prevention, 6*(3), 189-204.

ANEXO "A"

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**

CUESTIONARIO

***“CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS SEXUALES Y COMPETENCIAS
FUNCIONALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”***

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN A CARGO DE:
MTRA. DIANA MORENO RODRÍGUEZ
LIC. SUSANA ROBLES MONTIJO**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN CIENCIAS DE LA SALUD
Y LA EDUCACIÓN
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN APRENDIZAJE HUMANO
PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

- 29.- En México hasta 1995 se habían reportado:
a) 22 598 casos de SIDA b) 2 683 casos de SIDA
c) 83 000 casos de SIDA d) 10 750 casos de SIDA
- 30.- Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la diseminación del virus del SIDA, son:
a) La población en general incluyendo niños, homosexuales y bisexuales.
b) Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donen sangre.
c) Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, prostitutas, drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores.
d) Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales, así como los ancianos y las personas que donen sangre.
- 31.- El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo.
a) Cierto b) Falso
- 32.- El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.
a) Cierto b) Falso
- 33.- Un síntoma en las personas de SIDA es el aumento de peso.
a) Cierto b) Falso
- 34.- Las personas con SIDA padecen de fiebre continua.
a) Cierto b) Falso
- 35.- La diarrea continua es un signo asociado al SIDA.
a) Cierto b) Falso
- 36.- El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección.
a) Cierto b) Falso
- 37.- Las personas que donan sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas.
a) Cierto b) Falso
- 38.- Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.
a) Cierto b) Falso
- 39.- Los condones son efectivos para prevenir el SIDA.
a) Cierto b) Falso
- 40.- Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH.
a) Cierto b) Falso
- 41.- Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.
a) Cierto b) Falso
- 42.- Los preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH durante las relaciones sexuales.
a) Cierto b) Falso
- 43.- Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.
a) Cierto b) Falso
- 44.- Tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH.
a) Cierto b) Falso

- C) La mitad de las veces.
D) Casi nunca.
- 18.- Cuando tienes relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo, ¿con qué personas utilizas el condón?
A) Sólo con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Otras. Cuáles:
- 19.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?
A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
B) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
D) Otras. Cuáles:
- 20.- Por lo general, ¿quién toma la iniciativa para usar el condón en este tipo de relación sexual?
() TÚ () TU PAREJA () AMBOS
- 21.- ¿Con qué tipo de personas no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?
A) Sólo con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Otras. Cuáles:
- 22.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?
A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
D) Otras. Cuáles:
- 23.- ¿Has participado en relaciones sexuales donde intervengan más de dos personas al mismo tiempo (tríos o sexo en grupo)?
() SI () NO
- 24.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 33; de lo contrario, ¿cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses?
A) Esporádicamente.
B) De 1 a 5 veces al mes.
C) De 6 a 10 veces al mes.
D) De 11 a 20 veces al mes.
E) Más de 20 veces por mes.
- 25.- ¿Con qué tipo de personas tienes relaciones sexuales en grupo?
A) Sólo cuando tengo relaciones sexuales con parejas desconocidas.
B) Sólo cuando tengo relaciones con prostitutas (os).
C) Cuando participan personas que conozco.
D) Otras. Cuáles:
- 26.- Cuando participas en relaciones sexuales de este tipo, ¿utilizas el condón?
() SI () NO

- B) La mayoría de las veces.
 C) La mitad de las veces.
 D) Casi nunca.
- 38.- ¿Con qué personas utilizas el condón cuando tienes relaciones ocasionales teniendo una pareja estable?
 A) Con prostitutas (os).
 B) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 C) Con personas desconocidas.
 D) Otras. Cuáles:
- 39.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando tienes relaciones ocasionales?
 A) Cuando hay probabilidad de embarazo.
 B) Sólo cuando me piden que lo utilice.
 C) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
 D) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
 E) Otras. Cuáles:
- 40.- ¿Quién toma la iniciativa para usar el condón en tus relaciones ocasionales?
 ()TÚ ()TU PAREJA ()AMBOS
- 41.- ¿Con qué tipo de pareja ocasional no utilizas el condón?
 A) Con prostitutas (os).
 B) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 C) Con personas desconocidas.
 D) Otra. Cuál:
- 42.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando tienes relaciones ocasionales?
 A) Cuando no hay probabilidad de embarazo.
 B) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
 C) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
 D) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
 E) Otras. Cuáles:
- 43.- ¿Has tenido relaciones sexuales anales en las que hayas sido penetrado o penetrada?
 ()SI ()NO
- 44.- Si tu respuesta fue NO, pasa a la pregunta 53, en caso contrario, ¿cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses?
 A) Esporádicamente.
 B) De 1 a 5 veces al mes.
 C) De 6 a 10 veces al mes.
 D) De 11 a 20 veces al mes.
 E) Más de 20 veces por mes.
- 45.- ¿Con qué tipo de personas realizas este tipo de actividad sexual?
 A) Sólo con mi pareja estable.
 B) Con parejas eventuales.
 C) Con prostitutas (os).
 D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 E) Con personas desconocidas.
 F) Otras. Cuáles:
- 46.- ¿Has utilizado algún tipo de protección cuando tienes este tipo de relaciones?
 ()SI ()NO
- 47.- En caso de que tu respuesta anterior haya sido NO, pasa a la pregunta 51, de lo contrario, ¿con qué frecuencia usas protección cuando tienes relaciones sexuales en las que te penetran analmente?
 A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales.

- A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales.
 B) La mayoría de las veces.
 C) La mitad de las veces.
 D) Casi nunca.
- 58.- ¿Con qué tipo de personas has penetrado analmente a tu pareja usando protección?
 A) Con mi pareja estable.
 B) Con parejas eventuales.
 C) Con prostitutas (os).
 D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 E) Con personas desconocidas.
 F) Otras. Cuáles:
- 59.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando penetras analmente a una persona?
 A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
 B) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
 C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
 D) Otras. Cuáles:
- 60.- Por lo regular, ¿quién toma la iniciativa para usar el condón cuando penetras analmente a tu pareja?
 () TÚ () TU PAREJA () JAMBOS
- 61.- ¿Con qué tipo de personas no usas el condón cuando penetras analmente a tu pareja?
 A) Con mi pareja estable.
 B) Con parejas eventuales.
 C) Con prostitutas (os).
 D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 E) Con personas desconocidas.
 F) Otras. Cuáles:
- 62.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando penetras analmente a tu pareja?
 A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
 B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
 C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
 D) Otras. Cuáles:
- 63.- ¿Has practicado las relaciones orales (buceo-genitales) en otra persona o tu pareja sexual?
 () SI () NO
- 64.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 73, de lo contrario, ¿cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses?
 A) Esporádicamente.
 B) De 1 a 5 veces al mes.
 C) De 6 a 10 veces al mes.
 D) De 11 a 20 veces al mes.
 E) Más de 20 veces por mes.
- 65.- ¿Con qué tipo de pareja has realizado esta práctica sexual?
 A) Sólo con mi pareja estable.
 B) Con parejas eventuales.
 C) Con prostitutas (os).
 D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 E) Con personas desconocidas.
 F) Otra. Cuál:
- 66.- ¿Has utilizado condones o barrera látex cuando has practicado relaciones orales en otra persona?
 () SI () NO

- 67.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 71, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas protección cuando tienes relaciones orales?
- A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales.
 - B) La mayoría de las veces.
 - C) La mitad de las veces.
 - D) Casi nunca.
- 68.- ¿Con qué personas has usado protección cuando practicas relaciones orales en tu pareja?
- A) Sólo con mi pareja estable.
 - B) Con parejas eventuales.
 - C) Con prostitutas (os).
 - D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 - E) Con personas desconocidas.
 - F) Otras. Cuáles:
- 69.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando practicas relaciones orales en otra persona?
- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
 - B) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
 - C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
 - D) Otras. Cuáles:
- 70.- ¿Quién toma la iniciativa para el uso del condón cuando practicas relaciones orales en otra persona?
- () TÚ () TU PAREJA () AMBOS
- 71.- ¿Con qué personas no usas protección cuando practicas relaciones orales en otra persona?
- A) Con mi pareja estable.
 - B) Con parejas eventuales.
 - C) Con prostitutas (os).
 - D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 - E) Con personas desconocidas.
 - F) Otras. Cuáles:
- 72.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando practicas relaciones orales en tu pareja?
- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
 - B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
 - C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
 - D) Otras. Cuáles:
- 73.- ¿Ha practicado en tí tu pareja sexual u otra persona relaciones orales (bucogenitales)?
- () SI () NO
- 74.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 83, de lo contrario, ¿cuántas veces has participado en este tipo de relaciones tomando en cuenta los últimos 3 meses?
- A) Esporádicamente.
 - B) De 1 a 5 veces al mes.
 - C) De 6 a 10 veces al mes.
 - D) De 11 a 20 veces al mes.
 - E) Más de 20 veces por mes.
- 75.- ¿Con qué tipo de pareja realizas esta actividad sexual?
- A) Sólo con mi pareja estable.
 - B) Con parejas eventuales.
 - C) Con prostitutas (os).
 - D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 - E) Con personas desconocidas.
 - F) Otra. Cuál:

- 76.- ¿Ha utilizado tu pareja sexual condones o barrera látex cuando practica en tí relaciones orales (buceo-genitales)?
() SI () NO
- 77.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 81, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas protección en esta práctica sexual?
A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales.
B) La mayoría de las veces.
C) La mitad de las veces.
D) Casi nunca.
- 78.- ¿Con qué parejas has utilizado protección en este tipo de relaciones sexuales?
A) Con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Otras. Cuáles:
- 79.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando tu pareja practica en tí relaciones orales?
A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
B) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
D) Otras. Cuáles:
- 80.- Por lo regular, quién toma la iniciativa para usar el condón cuando practican en tí relaciones orales?
() TÚ () TU PAREJA () AMBOS
- 81.- ¿Con qué tipo de personas no usas protección cuando tu pareja practica en tí relaciones orales?
A) Sólo con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Otras. Cuáles:
- 82.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales de este tipo?
A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
D) Otras. Cuáles:
- 83.- ¿Has utilizado instrumentos de estimulación (vibradores, penes artificiales, muñecas, etc.) para tener relaciones sexuales?
() SI () NO
- 84.- Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 93, en caso contrario, ¿cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses?
A) Esporádicamente.
B) De 1 a 5 veces al mes.
C) De 6 a 10 veces al mes.
D) De 11 a 20 veces al mes.
E) Más de 20 veces por mes.
- 85.- ¿Con qué personas has tenido relaciones sexuales utilizando instrumentos de estimulación?
A) Con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.

- C) Con prostitutas (os).
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Estando solo(a) sin ninguna pareja.
- G) Otras. Cuáles:

- 86.- ¿Usas protección cuando tienes relaciones sexuales utilizando instrumentos de estimulación?
()SI ()NO
- 87.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 91, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón cuando usas instrumentos de estimulación sexual?
A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales.
B) La mayoría de las veces.
C) La mitad de las veces.
D) Casi nunca.
- 88.- ¿Con qué pareja has utilizado protección cuando usas instrumentos de estimulación sexual?
A) Sólo con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Cuando uso el instrumento estando solo(a).
G) Otra. Cuál:
- 89.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando usas instrumentos al tener relaciones sexuales?
A) Cuando es compartido.
B) Sólo cuando me piden que lo utilice.
C) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
D) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
E) Cuando estoy solo(a).
F) Otras. Cuáles:
- 90.- Por lo regular, ¿quién toma la iniciativa para usar protección en este tipo de relaciones sexuales?
()TÚ ()TU PAREJA ()AMBOS
- 91.- ¿Con qué tipo de pareja no utilizas protección en este tipo de relación sexual?
A) Con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Cuando estoy solo(a).
G) Otra. Cuál:
- 92.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando usas instrumentos de estimulación sexual?
A) Cuando los instrumentos no son compartidos.
B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
D) Cuando estoy solo(a).
E) Otras. Cuáles:
- 93.- ¿Te has masturbado tú solo o sola?
()SI ()NO

- 94.- Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 95, en caso contrario, ¿cuántas veces te masturbas por mes (tomar en cuenta los últimos 3 meses)?
A) Esporádicamente.
B) De 1 a 5 veces al mes.
C) De 6 a 10 veces al mes.
D) De 11 a 20 veces al mes.
E) Más de 20 veces por mes.
- 95.- ¿Te has masturbado en compañía de alguien?
()SI ()NO
- 96.- Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 105, en caso contrario, ¿cuántas veces te masturbas en compañía de alguien (toma en cuenta los últimos 3 meses)?
A) Esporádicamente.
B) De 1 a 5 veces al mes.
C) De 6 a 10 veces al mes.
D) De 11 a 20 veces al mes.
E) Más de 20 veces por mes.
- 97.- ¿Con qué tipo de pareja realizas esta actividad sexual?
A) Con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Otra. Cuál:
- 98.- Cuando te masturbas en compañía de alguien ¿utilizas el condón?
()SI ()NO
- 99.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 103, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón en esta actividad sexual?
A) Siempre que tengo este tipo de actividad sexual.
B) La mayoría de las veces.
C) La mitad de las veces.
D) Casi nunca.
- 100.- ¿Con qué personas acostumbras masturbarte usando protección?
A) Con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Otra. Cuál:
- 101.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando te masturbas en compañía de alguien?
A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
B) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
D) Otras. Cuáles:
- 102.- ¿Quién decide usar protección cuando te masturbas en compañía de alguien?
()TÚ ()TU PAREJA ()AMBOS
- 103.- ¿Con qué tipo de persona acostumbras masturbarte sin usar protección?
A) Con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.

- E) Con personas desconocidas.
F) Otra. Cuál:
- 104.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando te masturbas en compañía de alguien?
A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
D) Otras. Cuáles:
- 105.- ¿Has permitido que otra persona te masturbe?
() SI () NO
- 106.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 115, en caso contrario, ¿con qué frecuencia has permitido que te masturbe otra persona (toma en cuenta los últimos 3 meses)?
A) Esporádicamente.
B) De 1 a 5 veces al mes.
C) De 6 a 10 veces al mes.
D) De 11 a 20 veces al mes.
E) Más de 20 veces por mes.
- 107.- ¿Con qué tipo de pareja acostumbras realizar esta actividad sexual?
A) Sólo con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Otra. Cuál:
- 108.- Cuando has permitido que otra persona te masturbe, ¿utilizas el condón?
() SI () NO
- 109.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 113, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón?
A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales.
B) La mayoría de las veces.
C) La mitad de las veces.
D) Casi nunca.
- 110.- ¿Qué tipo de persona permites que te masturbe?
A) Mi pareja estable.
B) Parejas eventuales.
C) Prostitutas (os).
D) Personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Personas desconocidas.
F) Otras. Cuáles:
- 111.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando otra persona te masturba?
A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
B) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
D) Otras. Cuáles:
- 112.- ¿Quién decide usar protección en esta actividad sexual?
() TÚ () TU PAREJA () AMBOS
- 113.- ¿Qué tipo de persona permites que te masturbe sin usar protección?
A) Mi pareja estable.
B) Parejas eventuales.
C) Prostitutas (os).

- D) Personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

- 114.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando te masturba otra persona?
- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
 - B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
 - C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
 - D) Otras. Cuáles:
- 115.- ¿Has masturbado a otra persona?
- () SI () NO
- 116.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 125, en caso contrario, ¿con qué frecuencia has masturbado a otra persona (toma en cuenta los últimos 3 meses)?
- A) Esporádicamente.
 - B) De 1 a 5 veces al mes.
 - C) De 6 a 10 veces al mes.
 - D) De 11 a 20 veces al mes.
 - E) Más de 20 veces por mes.
- 117.- ¿A qué tipo de pareja acostumbras masturbar?
- A) A mi pareja estable.
 - B) A parejas eventuales.
 - C) A prostitutas (os).
 - D) A personas con las que tengo relaciones de amistad.
 - E) A personas desconocidas.
 - F) Otras. Cuáles:
- 118.- Cuando masturbas a otra persona, ¿utilizas el condón?
- () SI () NO
- 119.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 123, en caso contrario ¿con qué frecuencia usas el condón cuando masturbas a otra persona?
- A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales.
 - B) La mayoría de las veces.
 - C) La mitad de las veces.
 - D) Casi nunca.
- 120.- ¿Con qué tipo de persona utilizas el condón cuando la masturbas?
- A) Sólo con mi pareja estable.
 - B) Con parejas eventuales.
 - C) Con prostitutas (os).
 - D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
 - E) Con personas desconocidas.
 - F) Otra. Cuál:
- 121.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando masturbas a otra persona?
- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
 - B) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
 - C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
 - D) Otras. Cuáles:
- 122.- ¿Quién decide usar protección en esta actividad sexual?
- () TÚ () TU PAREJA () AMBOS
- 123.- ¿Con qué personas no usas el condón cuando la masturbas?
- A) Con mi pareja estable.
 - B) Con parejas eventuales.
 - C) Con prostitutas (os).

- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

124.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando masturbas a otra persona?

- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

125.- ¿En alguna ocasión has acariciado el cuerpo de otra persona, especialmente en las zonas sexuales?

- SI NO

126.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 128, en caso contrario, ¿con qué frecuencia realizas esta actividad (toma en cuenta los últimos 3 meses)?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces al mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces por mes.

127.- ¿A quién acostumbras acariciar el cuerpo de otra persona, especialmente en las zonas sexuales?

- A) A mi pareja estable.
- B) A parejas eventuales.
- C) A prostitutas (os).
- D) A personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) A personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

128.- ¿En alguna ocasión has permitido que otra persona te acaricie tus zonas sexuales?

- SI NO

129.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 131, en caso contrario, ¿con qué frecuencia has permitido que otra persona te acaricie en tus zonas sexuales (toma en cuenta los últimos 3 meses)?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces al mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces por mes.

130.- ¿Qué tipo de persona permites que te acaricie tus zonas sexuales?

- A) Mi pareja estable.
- B) Parejas eventuales.
- C) Prostitutas (os).
- D) Personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

PARTE III: COMPETENCIAS FUNCIONALES

INSTRUCCIONES: En esta parte del cuestionario se describen diversas situaciones que muestran la forma en la que dos personas se relacionan bajo circunstancias específicas. Abajo de cada situación se presentan una serie de opciones que muestran la forma en la que un miembro de la pareja se comporta ante dicha situación. Te pedimos que leas cuidadosamente cada situación y analices si has vivido un momento semejante con alguna persona; puede ser que la situación que hayas vivido no sea exactamente igual a la que estás leyendo, pero podría ser muy semejante. Después de analizar la situación, te pedimos que marques con una "x" en tu "Hoja de Respuestas Parte III", sólo una de las opciones que se te presentan, **AQUELLA QUE MÁS SE ASEMEJE A LO QUE HAS HECHO EN TU VIDA PASADA**. Tu elección no deberá responder a lo que tú crees que harías en el futuro, sino a lo que actualmente haces o has experimentado en otros momentos. Si tienes alguna duda sobre las situaciones que se te describen, puedes aclararlas con el responsable de la aplicación del cuestionario. Muchas gracias por tu paciencia y valiosa cooperación.

SITUACIÓN 1

CAMBIASTE DE PAREJA RECIENTEMENTE Y TOMARON LA DECISIÓN DE TENER RELACIONES SEXUALES; TÚ TUVISTE RELACIONES SEXUALES CON TU ANTERIOR PAREJA, LA CUAL CREES QUE NO TENÍA NINGÚN TIPO DE INFECCIÓN O ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE. ENTONCES, ¿QUÉ FUE LO QUE HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de esta persona era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar el condón.
- e) Sólo nos acariciamos porque no teníamos ningún tipo de protección.
- f) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- g) Usamos condón.
- h) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y tuve las relaciones.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no tuve relaciones.
- k) Me sentía muy exitado así que tuve las relaciones.
- l) Como había bebido alcohol tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- n) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 2

TE FUISTE CON TUS AMIGOS(AS) DE VACACIONES A UNA PLAYA CONOCIDA; HABÍA VARIAS MUCHACHAS Y MUCHACHOS DE TU EDAD QUE TÚ NO CONOCIAS. CUANDO INICIASTE UNA RELACIÓN CERCANA CON ALGUIEN, SURGIÓ LA OPORTUNIDAD DE TENER RELACIONES SEXUALES. EN ESTE CASO, ¿QUÉ FUE LO QUE TÚ HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de esta persona era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar el condón.
- e) Sólo nos acariciamos porque no teníamos ningún tipo de protección.
- f) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- g) Tuvimos este tipo de relación sexual usando protección.
- h) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.

- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y tuve las relaciones.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no tuve relaciones.
- k) Me sentía muy excitado así que tuve las relaciones.
- l) Como había bebido alcohol tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- n) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 3

TE ENCONTRABAS EN LA TARDE EN LA CASA DE LOS PADRES DE UN AMIGO(A); ESTABAN REALIZANDO ALGUNA ACTIVIDAD JUNTOS TOTALMENTE SOLOS. EMPEZARON A ACARIARSE Y EN UN MOMENTO TU AMIGO(A) TE PIDIÓ QUE LE ESTIMULARAS SU ZONA GENITAL CON TU BOCA. ENTONCES, ¿QUÉ FUE LO QUE HIISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de mi amigo(a) era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de mi amigo(a) lo mejor era usar protección.
- e) Sólo nos acariciamos porque no teníamos en ese momento ningún tipo de protección.
- f) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- g) Tuvimos este tipo de relación sexual usando protección.
- h) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y accedí a tener este tipo de relaciones.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por mi amigo(a) y no tuve relaciones.
- k) Me sentía muy excitado(a) así que tuve las relaciones.
- l) Como había bebido alcohol tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- n) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 4

TÚ Y TU PAREJA SALIERON A DAR UNA VUELTA EN AUTÓMOVIL, EN UN MOMENTO DADO TU PAREJA SINTIÓ DESEOS DE PROPORCIONARTE ESTIMULACIÓN ORAL EN TUS ZONAS GENITALES. BAJO ESTAS CIRCUNSTANCIAS, ¿QUÉ FUE LO QUE TÚ HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de mi pareja era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar protección.
- e) Sólo nos acariciamos porque no teníamos ningún tipo de protección a la mano.
- f) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- g) Tuvimos este tipo de relación sexual usando protección.
- h) Pensé que si no usábamos protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y tuve este tipo de relaciones.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no accedí a tener este tipo de relaciones.
- k) Me sentía muy excitado, así que tuve este tipo de relación sexual sin usar protección.
- l) Como había bebido alcohol tuve este tipo de relación sexual sin pensar en usar protección.

- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve este tipo de relación sexual sin pensar en una protección.
- n) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 5

ESTABAS EN UN VIDEO-BAR SIN COMPAÑÍA, DESPUÉS DE UN PAR DE HORAS SURGIÓ LA CONVERSACIÓN CON OTRA PERSONA Y AL CALOR DE LAS COPAS, LA CONVERSACIÓN SE TORNÓ MUY AMENA Y EL AMBIENTE ROMÁNTICO, Y SURGIÓ LA OCASIÓN DE TENER RELACIONES SEXUALES. ENTONCES, ¿QUÉ FUE LO QUE TÚ HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de esta persona era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar el condón.
- e) Sólo nos acariciamos porque no teníamos protección a la mano.
- f) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- g) Tuvimos este tipo de relación sexual usando protección.
- h) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y tuve las relaciones.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no tuve relaciones.
- k) Me sentía muy excitado así que tuve las relaciones.
- l) Como había bebido alcohol tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- n) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 6

UNA PERSONA ALLEGADA A TÍ TE PRESTÓ UN VIBRADOR PARA QUE LO UTILIZARAS CON TU PAREJA EN SUS RELACIONES SEXUALES, TE SUGIRIÓ QUE LO UTILIZARAS PORQUE SE SIENTE MUY BIEN CUANDO LO MANEJAS EN TUS ZONAS SEXUALES Y LAS DE TU COMPAÑERO(A). EN ESTE CASO, ¿TÚ QUÉ FUE LO QUE HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de la persona que me prestaba el vibrador era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de la persona que me prestaba el vibrador acepté y pensé en usar el condón.
- e) Acepté y lo lavé en el instante antes de usarlo.
- f) Acepté y lo utilicé sin haberlo desinfectado previamente.
- g) Acepté y lo lavé y desinfecté en el momento en que me lo prestaron.
- h) Acepté y lo utilicé, pero le puse un condón para evitar contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad; acepté y tuve las relaciones usando el vibrador.
- j) No me sentía lo suficientemente excitado y no acepté usar el vibrador.
- k) Me sentía muy excitado así que acepté usar el vibrador.
- l) Otros. Cuál:

SITUACIÓN 7

TIENES UNA PAREJA CON LA CUAL MANTIENES RELACIONES SEXUALES Y OTRA PERSONA, LA CUAL TE PARECE MUY ATRACTIVA, TE INSINUÓ QUE TUVIERAN RELACIONES SEXUALES. ¿QUÉ FUE LO QUE TÚ HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de esta persona era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de esta persona lo mejor era usar el condón.
- e) Sólo nos acariciamos porque no teníamos ningún tipo de protección a la mano..
- f) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- g) Tuvimos relaciones sexuales usando protección.
- h) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones con mi pareja decidí que era una buena oportunidad y tuve las relaciones.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por esta persona y no tuve relaciones.
- k) Me sentía muy excitado así que tuve las relaciones.
- l) Como había bebido alcohol tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- n) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 8

ESTABAS TENIENDO RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA; DE REPENTE TU PAREJA TE SUGIRIÓ TENER RELACIONES ANALES, DONDE TÚ FUERAS PENETRADO(A). EN ESTE CASO, ¿QUÉ FUE LO QUE TÚ HICIESTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de mi pareja era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar el condón.
- e) Sólo nos acariciamos porque no teníamos ningún tipo de protección a la mano.
- f) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- g) Tuvimos este tipo de relación sexual usando protección.
- h) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y tuve este tipo de relación sexual.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no tuve este tipo de relación sexual.
- k) Me sentía muy excitado, así que tuve este tipo de relación sexual.
- l) Como había bebido alcohol tuve este tipo de relación sexual sin pensar en usar protección.
- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve este tipo de relación sexual sin pensar en usar protección.
- n) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 9

ESTABAS TENIENDO RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA, DE REPENTE TU PAREJA TE SUGIERE TENER RELACIONES ANALES DONDE TÚ LA O LO PENETRARAS. EN ESTE CASO, ¿QUÉ FUE LO QUE TÚ HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.

- c) Pensé que el no conocer la historia sexual de mi pareja era riesgoso.
- d) Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar el condón.
- e) Sólo nos acariciamos porque no teníamos ningún tipo de protección a la mano.
- f) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- g) Tuvimos este tipo de relación sexual usando protección.
- h) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y tuve este tipo de relación sexual.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no tuve este tipo de relación sexual.
- k) Me sentía muy excitado, así que tuve este tipo de relación sexual.
- l) Como había bebido alcohol tuve este tipo de relación sexual sin pensar en usar protección.
- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve este tipo de relación sexual sin pensar en usar protección.
- n) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 10

TE ENCONTRASTE A UNA PERSONA QUE NO VEÍAS DESDE HACE MUCHO TIEMPO Y TE PARECÍA MUY ATRACTIVA; ESTA PERSONA TE INVITÓ A SU APARTAMENTO A VER ALGUNAS FOTOGRAFÍAS Y PLATICAR UN RATO; PASADO EL TIEMPO COMENZARON A BESARSE Y A ACARICIARSE, ESTA PERSONA TE DIJO QUE NO QUERÍA TENER RELACIONES SEXUALES PERO QUE, SI TÚ QUERÍAS, SE PODÍAN MASTURBAR JUNTOS. EN ESTE CASO, ¿QUÉ FUE LO QUE TÚ HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Acepté masturbarla sin tener protección alguna.
- c) Acepté la masturbación siempre y cuando no tuviéramos contacto uno al otro.
- d) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- e) Pensé que el no conocer la historia sexual de esta persona era riesgoso.
- f) Como no conocía la historia sexual de esta persona lo mejor era usar el condón.
- g) Sólo nos acariciamos porque no teníamos ningún tipo de protección a la mano.
- h) Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- i) Tuvimos este tipo de relación sexual usando protección.
- j) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- k) Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y acepté la masturbación conjunta.
- l) No me sentía lo suficientemente atraído por esta persona y no acepté masturbarnos.
- m) Me sentía muy excitado, así que acepté la masturbación conjunta.
- n) Como había bebido alcohol accedí a la masturbación conjunta sin pensar en usar protección.
- ñ) Como estaba bajo los efectos de una droga accedí a la masturbación conjunta sin pensar en usar protección.
- o) Otros. Cuál.

SITUACIÓN 11

TE ENCONTRABAS PLATICANDO CON TU PAREJA Y EN UN MOMENTO DADO SE PUSO SERIO(A) Y TE PIDIÓ QUE HABLARAN SOBRE SU VIDA SEXUAL. CUANDO ESTABAN A LA MITAD DE LA PLÁTICA, TE SUGIRIÓ QUE UNA PERSONA SE INCORPORARA A SUS PRÁCTICAS SEXUALES. EN ESTE CASO, ¿QUÉ FUE LO QUE TÚ HICISTE?

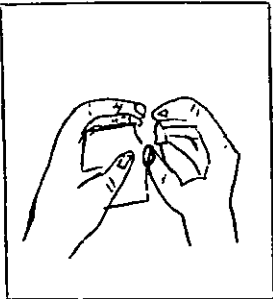
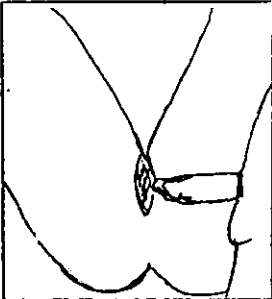
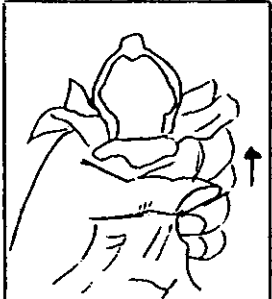
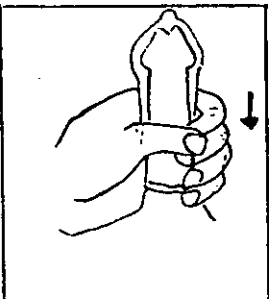
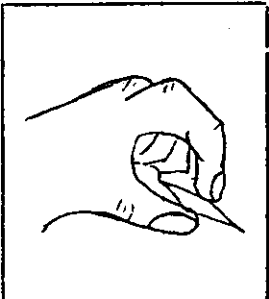
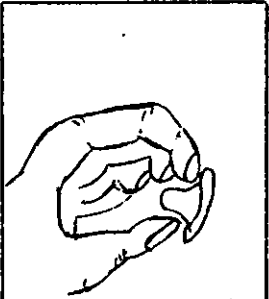
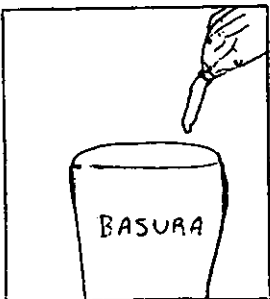
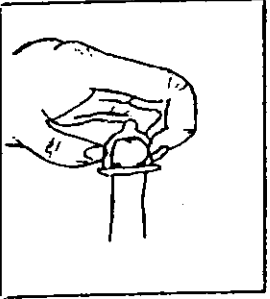
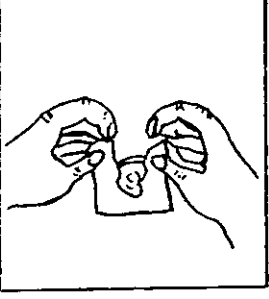
- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a esta.
- b) Aceptaste tener este tipo de relaciones.

- c) Aceptaste tener relaciones siempre y cuando la otra persona demostrara que estaba sana y se protegiera.
- d) Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- e) Pensé que el no conocer la historia sexual de la otra persona era riesgoso.
- f) Como no conocía la historia sexual de la otra persona lo mejor era usar el condón.
- g) Acepté pero llegando sólo a las caricias.
- h) Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- i) Como hace tiempo que no tenía relaciones con mi pareja, decidí que era una buena oportunidad y accedí a tener relaciones en grupo.
- j) No me sentía lo suficientemente atraído por la otra persona y no accedí a tener este tipo de relación sexual.
- k) Me sentía muy excitado, así que accedí a tener este tipo de relación sexual.
- l) Como había bebido alcohol accedí a tener este tipo de relación sexual sin pensar en usar protección.
- m) Como estaba bajo los efectos de una droga accedí a tener este tipo de relación sexual sin pensar en usar protección.
- n) Otros. Cuál.

Continúa en tu "Hoja de Respuestas Parte III" y responde en forma breve a las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último mes?
- 2.- ¿Usaste condón o algún tipo de protección en tu última relación sexual?
()SI ()NO
- 3.- ¿En alguna ocasión has conseguido o comprado condones?
()SI ()NO
- 4.- Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 8 de esta sección, en caso contrario, ¿dónde los has conseguido o comprado?
- 5.- ¿Cuál es el costo promedio de los condones?
- 6.- ¿Qué marca es la que regularmente utilizas?
- 7.- Por lo regular, ¿dónde cargas los condones?
- 8.- ¿Conoces algunas otras barreras de protección?
()SI ()NO
- 9.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO pasa a la pregunta 10, en caso contrario, ¿cuáles barreras de protección conoces?: descríbelas.
- 10.- ¿Conoces algunas formas de evitar el contagio del VIH/SIDA?
()SI ()NO
- 11.- Si tu respuesta fue NO pasa a la siguiente pregunta, de lo contrario, describe las formas que conoces para evitar el contagio de VIH.
- 12.- A continuación se presentan una serie de dibujos en donde se observa una secuencia distorsionada de cómo usar el condón. Dentro del paréntesis escribe el número que corresponda a la secuencia correcta que debe seguirse para usar el condón. Si consideras que una imagen se encuentra de más, no la coloques en la secuencia.

12.- A continuación se presentan una serie de dibujos en donde se observa una secuencia distorsionada de cómo usar el condón. Dentro del paréntesis escribe el número que corresponda a la secuencia correcta que debe seguirse para usar el condón. Si consideras que una imagen se encuentra de más, no la coloques en la secuencia.

 <p>(1)</p>	 <p>(2)</p>	 <p>(3)</p>
 <p>(4)</p>	 <p>(5)</p>	 <p>(6)</p>
 <p>(7)</p>	 <p>(8)</p>	 <p>(9)</p>

GLOSARIO

- BARRERA DE LÁTEX.** Consta de un pedazo de látex (material de plástico hecho a base de un líquido segregado por determinadas plantas), por lo regular de forma rectangular, que se utiliza primordialmente en las relaciones orales (bucogenitales).
- CARICIAS SEXUALES ACTIVAS.** Práctica en donde una persona estimula las zonas sexuales de otra sin llegar a producirle un orgasmo.
- CARICIAS SEXUALES PASIVAS.** Práctica en donde una persona es acariciada por otra en sus zonas sexuales sin llegar al orgasmo.
- CONDÓN O PRESERVATIVO.** Tubo de látex (plástico delgado) abierto por uno de sus extremos para colocarlo en el pene y evitar la diseminación del semen dentro de la vagina o el ano.
- ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE.** Infección viral transmitida a través de relaciones sexuales.
- ESTIMULACIÓN CON APARATOS EN ZONAS SEXUALES.** Práctica en donde un individuo se produce a sí mismo, o a otros, excitación en las zonas sexuales usando instrumentos de estimulación sexual (vibradores, penes artificiales, etc.).
- INSTRUMENTOS DE ESTIMULACIÓN SEXUAL.** Aparatos que producen estimulación en las zonas genitales a través de vibraciones eléctricas.
- MASTURBACIÓN ACTIVA.** Práctica en donde un individuo produce excitación a otra persona a través de la estimulación de diversas partes de su cuerpo, provocándole un orgasmo.
- MASTURBACIÓN PASIVA.** Práctica en donde un individuo es estimulado, por otra persona, en sus zonas sexuales hasta llegar al orgasmo.
- MASTURBACIÓN SOLITARIA.** Práctica en donde un individuo se produce a sí mismo excitación estimulando sus órganos sexuales hasta llegar al orgasmo.
- MASTURBACIÓN EN COMPAÑÍA.** Práctica en donde participan más de dos individuos y se producen cada uno a sí mismos excitación estimulando sus órganos sexuales hasta llegar al orgasmo.
- PAREJA SEXUAL.** Compañero o compañera que participa en las relaciones sexuales.
- PAREJAS OCASIONALES.** Compañero o compañera que participa en las relaciones sexuales, y fue contactado casualmente.
- PROTECCIÓN.** Barrera utilizada para prevenir el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles.
- RELACIONES ANALES.** Penetración del pene, del dedo o de instrumentos estimulantes en el ano.
- RELACIONES ANALES ACTIVAS.** Práctica en donde un individuo introduce el pene o los dedos en el ano de otra persona.
- RELACIONES ANALES PASIVAS.** Práctica en donde a un individuo le introducen el pene o los dedos en el ano.
- RELACIONES COITALES.** Penetración del pene en la vagina.
- RELACIONES ORALES.** Estimulación de la vulva, el pene y/o el ano utilizando los labios, los dientes, la lengua o toda la cavidad bucal.
- RELACIONES ORALES ACTIVAS.** Práctica en donde un individuo estimula el pene, la vulva y/o el ano de otra persona con los labios, la lengua, los dientes o con la cavidad bucal.
- RELACIONES ORALES PASIVAS.** Práctica en donde un individuo es estimulado por otro en el pene, la vulva y/o el ano, con los labios, la lengua, los dientes o con la cavidad bucal.
- RELACIONES SEXUALES.** Práctica entre dos individuos en donde se da algún tipo de contacto sexual.
- RELACIONES SEXUALES EN GRUPO.** Práctica de carácter sexual en donde intervienen más de dos personas al mismo tiempo.
- RELACIONES SEXUALES OCASIONALES.** Práctica de carácter sexual que se desarrolla de manera casual, teniendo una pareja estable.

**"CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS SEXUALES Y COMPETENCIAS
FUNCIONALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS"**

HOJAS DE RESPUESTAS

PARTES I, II Y III

HOJA DE RESPUESTAS PARTE I: CONOCIMIENTOS

FECHA DE APLICACIÓN _____ APLICADOR _____

DATOS GENERALES:

SEXO: (M) _____ (F) _____

EDAD _____

NOMBRE DE LA ESCUELA A LA QUE ASISTES: _____

NIVEL: BACHILLERATO() _____ PREPARATORIA() _____ LICENCIATURA() _____

NOMBRE DE LA CARRERA QUE CURSAS: _____

SEMESTRE: _____

¿LLEVAS A CABO ALGUNA PRÁCTICA RELIGIOSA, O ASISTES A ALGUNA ASOCIACIÓN RELIGIOSA? (SI) _____ (NO) _____

¿CUÁNTAS VECES AL MES LO HACES? _____

1.-	(a)	(b)	(c)	(d)	24.-	(a)	(b)	(c)	(d)
2.-	(a)	(b)	(c)	(d)	25.-	(a)	(b)	(c)	(d)
3.-	(a)	(b)	(c)	(d)	26.-	(a)	(b)	(c)	(d)
4.-	(a)	(b)			27.-	(a)	(b)	(c)	(d) (e)
5.-	(a)	(b)	(c)	(d)	28.-	(a)	(b)	(c)	(d)
6.-	(a)	(b)			29.-	(a)	(b)	(c)	(d)
7.-	(a)	(b)			30.-	(a)	(b)	(c)	(d)
8.-	(a)	(b)			31.-	(a)	(b)		
9.-	(a)	(b)			32.-	(a)	(b)		
10.-	(a)	(b)			33.-	(a)	(b)		
11.-	(a)	(b)			34.-	(a)	(b)		
12.-	(a)	(b)			35.-	(a)	(b)		
13.-	(a)	(b)			36.-	(a)	(b)		
14.-	(a)	(b)			37.-	(a)	(b)		
15.-	(a)	(b)			38.-	(a)	(b)		
16.-	(a)	(b)			39.-	(a)	(b)		
17.-	(a)	(b)			40.-	(a)	(b)		
18.-	(a)	(b)			41.-	(a)	(b)		
19.-	(a)	(b)			42.-	(a)	(b)		
20.-	(a)	(b)			43.-	(a)	(b)		
21.-	(a)	(b)			44.-	(a)	(b)		
22.-	(a)	(b)	(c)	(d)	45.-	(a)	(b)		
23.-	(a)	(b)	(c)	(d)	46.-	(a)	(b)		

**HOJA DE RESPUESTAS PARTE II:
PRÁCTICAS SEXUALES**

1.- (SI) (NO)
2.- (A) (B) (C) (D) (E)
3.- (SI) (NO)
4.- (A) (B) (C) (D) (E)
5.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

6.- (SI) (NO)
7.- (A) (B) (C) (D)
8.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

9.- (A) (B) (C) (D) (E) Otras.
Cuáles: _____

10.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS
11.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

12.- (A) (B) (C) (D) (E) Otras.
Cuáles: _____

13.- (SI) (NO)
14.- (A) (B) (C) (D) (E)
15.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

16.- (SI) (NO)
17.- (A) (B) (C) (D)
18.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

19.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

20.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS

21.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

22.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

23.- (SI) (NO)
24.- (A) (B) (C) (D) (E)
25.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

26.- (SI) (NO)
27.- (A) (B) (C) (D)
28.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

29.- (A) (B) (C) (D) (E) Otras.
Cuáles: _____

30.- () TÚ () TU PAREJA
() LOS DEMÁS
31.- (A) (B) (C) (D) Otras.
Cuáles: _____

32.- (A) (B) (C) (D) (E) Otras.
Cuáles: _____

33.- (SI) (NO)
34.- (A) (B) (C) (D) (E)
35.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

36.- (SI) (NO)
37.- (A) (B) (C) (D)
38.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

39.- (A) (B) (C) (D) (E) Otras.
Cuáles: _____

40.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS
41.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

42.- (A) (B) (C) (D) (E) Otras.
Cuáles: _____

43.- (SI) (NO)
44.- (A) (B) (C) (D) (E)
45.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

46.- (SI) (NO)
47.- (A) (B) (C) (D)
48.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

49.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

50.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS
51.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

52.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____

53.- () SI () NO
54.- (A) (B) (C) (D) (E)
55.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____

- 56.- (SI) (NO)
57.- (A) (B) (C) (D)
58.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 59.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____
- 60.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS
61.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 62.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____
- 63.- (SI) (NO)
64.- (A) (B) (C) (D) (E)
65.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 66.- (SI) (NO)
67.- (A) (B) (C) (D)
68.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 69.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____
- 70.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS
71.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 72.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____
- 73.- (SI) (NO)

- 74.- (A) (B) (C) (D) (E)
75.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 76.- (SI) (NO)
77.- (A) (B) (C) (D)
78.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 79.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____
- 80.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS
81.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 82.- (A) (B) (C) (D) Otras. Cuáles: _____
- 83.- (SI) (NO)
84.- (A) (B) (C) (D) (E)
85.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G)
Otras. Cuáles: _____
- 86.- (SI) (NO)
87.- (A) (B) (C) (D)
88.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G)
Otras. Cuáles: _____
- 89.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 90.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS
91.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G)
Otras. Cuáles: _____

- 92.- (A) (B) (C) (D) (E) Otras.
Cuáles: _____
- 93.- (SI) (NO)
94.- (A) (B) (C) (D) (E)
95.- (SI) (NO)
96.- (A) (B) (C) (D) (E)
97.- (A) (B) (C) (D) (E) (F) Otras.
Cuáles: _____
- 98.- (SI) (NO)
99.- (A) (B) (C) (D)
100.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____
- 101.- (A) (B) (C) (D) Otras.
Cuáles: _____
- 102.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS
103.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____
- 104.- (A) (B) (C) (D) Otras.
Cuáles: _____
- 105.- (SI) (NO)
106.- (A) (B) (C) (D) (E)
107.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____
- 108.- (SI) (NO)
109.- (A) (B) (C) (D)
110.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____

111.- (A) (B) (C) (D) Otras.
Cuáles: _____

112.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS

113.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____

114.- (A) (B) (C) (D) Otras.
Cuáles: _____

115.- (SI) (NO)

116.- (A) (B) (C) (D) (E)

117.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____

118.- (SI) (NO)

119.- (A) (B) (C) (D)

120.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____

121.- (A) (B) (C) (D) Otras.
Cuáles: _____

122.- () TÚ () TU PAREJA
() AMBOS

123.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____

124.- (A) (B) (C) (D) Otras.
Cuáles: _____

125.- (SI) (NO)

126.- (A) (B) (C) (D) (E)

127.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____

128.- (SI) (NO)

129.- (A) (B) (C) (D) (E)

130.- (A) (B) (C) (D) (E) (F)
Otras. Cuáles: _____

HOJA DE RESPUESTAS PARTE III: COMPETENCIAS FUNCIONALES

SITUACIÓN 1:

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n)

SITUACIÓN 2:

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n)

SITUACIÓN 3:

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n)

SITUACIÓN 4:

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n)

SITUACIÓN 5:

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n)

SITUACIÓN 6:

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l)

SITUACIÓN 7:

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n)

SITUACIÓN 8:

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n)

SITUACIÓN 9:

a) b) c) d) e) f) g) h) y) j) k) l) m) n)

SITUACIÓN 10:

a) b) c) d) e) f) g) h) y) j) k) l) m) n) ñ) o)

SITUACIÓN 11:

a) b) c) d) e) f) g) h) y) j) k) l) m) n)

1.-

2.- ()SI ()NO

3.- ()SI ()NO

4.-

5.-

6.-

7.-

8.- ()SI ()NO

9.-

10.- ()SI ()NO

11.-

12.- SECUENCIA CORRECTA: () () () () () () () () ()

AGRADECEMOS MUCHO TU PACIENCIA Y GRAN DISPOSICIÓN PARA RESOLVER ESTE CUESTIONARIO. TU COLABORACIÓN CONTRIBUIRÁ CON EL DESARROLLO DE UNA INVESTIGACIÓN ORIENTADA HACIA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SIDA, UN PROBLEMA DE SALUD DE PRIORIDAD NACIONAL.

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

**RESPUESTAS CORRECTAS DE CADA REACTIVO DEL INSTRUMENTO DE
ALFARO, RIVERA Y DÍAZ (1991) SOBRE LA EVALUACIÓN
DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA**

ÁREAS EVALUADAS	NÚMERO DE ÍTEMS	NÚMERO DE OPCIONES POR ÍTEM	OPCIÓN CORRECTA	TOTAL DE ÍTEMS
EPIDEMIOLOGÍA	R1	4	3	6
	R26	4	1	
	R27	5	5	
	R28	4	4	
	R29	4	2	
	R31	2	1	
ETIOLOGÍA	R2	4	2	11
	R3	4	2	
	R4	2	2	
	R5	4	4	
	R6	2	2	
	R7	2	2	
	R8	2	1	
	R9	2	1	
	R13	2	1	
	R24	4	3	
R32	2	2		
SINTOMATOLOGÍA	R10	2	1	7
	R11	2	2	
	R14	2	2	
	R33	2	2	
	R34	2	1	
	R35	2	1	
	R36	2	1	
TRANSMISIÓN	R12	2	1	11
	R15	2	2	
	R16	2	2	
	R17	2	1	
	R18	2	2	
	R19	2	1	
	R20	2	2	
	R21	2	1	
	R22	4	2	
	R23	4	3	
R37	2	2		
PREVENCIÓN	R25	4	2	11
	R30	4	3	
	R38	2	1	
	R39	2	1	
	R40	2	2	
	R41	2	1	
	R42	2	2	
	R43	2	1	
	R44	2	1	
	R45	2	1	
R46	2	2		
TOTAL:				46

ANEXO "B"

DEFINICIÓN DE LOS PARÁMETROS DE RIESGO DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES EVALUADAS

- (1) **RIESGO POR DIVERSIDAD:** Está definido al considerar si el estudiante lleva a cabo cada práctica evaluada.
- (2) **RIESGO POR NO USO DE PROTECCIÓN:** Se considera de riesgo si lleva a cabo la práctica sin usar protección.
- (3) **RIESGO POR TIPO DE PAREJA:** Se analiza el tipo de persona con la que se lleva a cabo cada práctica; las opciones que se evalúan son: con la pareja estable, con parejas ocasionales, con prostitutas, con amistades, con personas desconocidas, otras. Responder a cualquier opción, excepto la pareja estable, se considera como práctica de riesgo.
- (4) **RIESGO POR SITUACIÓN DE USO DE PROTECCIÓN:** Se evalúa la situación general en la que se usa protección cuando lleva a cabo alguna práctica; las opciones son: cuando hay probabilidad de embarazo, sólo cuando me piden que lo utilice, cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual, cuando desconozco la historia sexual de mi pareja, otras. Si responde a cualquiera de las dos primeras opciones se considera práctica de riesgo.
- (5) **RIESGO POR INICIATIVA PARA USAR PROTECCIÓN:** Se define considerando quién toma la iniciativa para usar protección al tener cualquier práctica sexual; las opciones son: tu, tu pareja, ambos. Si responde a la segunda opción se considera como práctica de riesgo.
- (6) **RIESGO POR FRECUENCIA DE LAS PRÁCTICAS:** En este parámetro se evalúa la frecuencia con la que se lleva a cabo cada práctica; las opciones son: esporádicamente, de 1 a 5 veces al mes, de 6 a 10 veces al mes, de 11 a 20 veces al mes y más de 20 veces por mes. Si responde a cualquiera de las cuatro últimas opciones se considera práctica de riesgo.
- (7) **RIESGO POR FRECUENCIA DE USO DE PROTECCIÓN:** Se define considerando la frecuencia con la que se usa protección al tener cada práctica sexual; las opciones son: siempre que tengo relaciones sexuales, la mayoría de las veces, la mitad de las veces y casi nunca. Si responde a cualquier opción, excepto a la primera, se considera práctica de riesgo.
- (8) **RIESGO POR SITUACIÓN DE NO USO DE PROTECCIÓN:** Se evalúa la situación general en la que no se usa protección; las opciones son: cuando no hay probabilidad de embarazo, cuando me piden que no lo utilice, cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual, cuando conozco la historia sexual de mi pareja, otras. Si responde a las dos primeras opciones se considera práctica de riesgo.
- (9) **RIESGO POR TIPO DE PAREJA CON LA QUE NO SE USA PROTECCIÓN:** En este nivel de riesgo se evalúa el tipo de persona con la que no se usa protección; las opciones son: con mi pareja estable, parejas eventuales, prostitutas, amistades, personas desconocidas, otras. Cualquier opción que se responda se considera de riesgo.