

31921  
116 I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA Y  
PRACTICAS SEXUALES EN PERSONAS SEROPOSITIVAS

REPORTE DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
MENDOZA DOLORES GUADALUPE LUCRECIA

COMISION DICTAMINADORA:  
MTRA. DIANA MORENO RODRIGUEZ  
MTRA. SUSANA ROBLES MONTIJO  
MTRA. MA. LUISA CEPEDA ISLAS



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres:  
Gracias por darme la vida,  
por su apoyo y amor incondicional,  
los amo.

A la Mtra. Diana Moreno:  
Gracias por su paciencia,  
comprensión y enseñanza.

A la Fundación Mexicana  
De lucha contra el SIDA  
Gracias por su cooperación

Mil gracias a todas aquellas  
personas que ayudaron a  
llevar a cabo este proyecto

TELECON  
FALLA DE ORIGEN

**INDICE**

**Pag**

**RESUMEN**

**1. ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DEL SIDA**

1.1 Definición.....3

1.2 Antecedentes.....6

1.3 Etiología.....7

1.4 Manifestaciones del SIDA o  
sintomatología.....8

1.5 Transmisión.....10

1.6 Pacientes Seropositivos.....13

**2. MODELOS DE SALUD**

2.1 Modelo de creencias de salud.....17

2.2 Modelo de autoeficacia.....18

2.3 Modelo de acción razonada.....20

2.4 Modelo psicológico de la salud biológica.....22

**3. ESTUDIOS SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES Y PRACTICAS SEXUALES**

3.1 Evaluación de conocimientos.....25

3.2 Actitudes hacia el SIDA.....28

3.3 Prácticas sexuales.....30

3.4 Prácticas sexuales y uso de alcohol y drogas.....33

**OBJETIVOS.....37**

**METODO.....37**

Sujetos.....37

Selección de la muestra.....37

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Lugar de aplicación.....37

Recursos materiales y humanos.....37

Variables.....37

Tipo de estudio.....38

Descripción del instrumento.....38

Procedimiento.....42

Resultados.....43

Conclusiones.....54

Bibliografía.....64

Anexos.....69

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

El presente estudio es parte de un proyecto general en donde se evaluaron conocimientos y prácticas sexuales relacionadas con el VIH/SIDA en diferentes poblaciones. Los objetivos fueron: 1.- Evaluar los conocimientos relacionados con VIH/SIDA de una muestra de personas que viven con VIH/SIDA (seropositivos) y, 2.- Evaluar en catorce prácticas sexuales y las variables relativas a la forma particular en que se llevaban a cabo éstas en una muestra de pacientes seropositivos antes de ser diagnosticados como tales.

Con respecto a los conocimientos se evaluaron las áreas de etiología, sintomatología, epidemiología, transmisión y prevención; y las practicas sexuales fueron divididas en 2 grupos: de riesgo (relaciones sexuales ocasionales, homosexuales, sexo en grupo, relaciones coitales, anales, orales y uso de instrumentos), y prevención (masturbación y caricias). Por otro lado, para cada práctica se evaluaron una serie de variables denominadas complementarias; entre ellas están: la frecuencia que se llevaba a cabo la práctica, el tipo de pareja, el uso o no de protección, bajo que circunstancia se usaba o no protección entre otras. Los participantes fueron 101 personas diagnosticados como seropositivos con edades entre 15 y 63 años, más de la mitad de esta población tenía entre 26 y 35 años de edad

Los resultados encontrados mostraron que la mayoría de los sujetos evaluados tenía buenos conocimientos sobre VIH/SIDA, principalmente en las áreas de sintomatología y transmisión, con respecto a la preferencia sexual se observó que tanto homosexuales, heterosexuales como bisexuales obtuvieron porcentajes relativamente altos en las áreas de transmisión, prevención y sintomatología. Con respecto a la edad se observó que los sujetos entre 15 y 25 años obtuvieron los porcentajes más altos en el área de prevención, sin embargo en los rangos de edad entre los 26 y 35 años, y entre los 36 y 46 años no se observaron grandes diferencias en los porcentajes relativos a las áreas de sintomatología y transmisión. Es importante destacar que sin importar el rango de edad las áreas de epidemiología y etiología fueron en las que se presentaron los porcentajes más bajos

Asimismo los sujetos que tenían menos de un año de haber recibido el diagnóstico como seropositivos tuvieron un porcentaje alto de conocimientos en las áreas de prevención, transmisión, etiología, datos semejantes de observaron con los sujetos que tenían un nivel educativo relativamente alto, como lo son los que tenían licenciatura, maestría o algún curso de nivel técnico

Con relación a las prácticas se observó que en donde un mayor número de sujetos se vieron involucrados fueron las relaciones anales pasivas, activas y homosexuales, todas ellas consideradas de riesgo. En cuanto a la preferencia sexual el 77% de los sujetos homosexuales se vieron involucrados en prácticas de riesgo, siendo el caso más notorio el de las relaciones orales activas y pasivas. Asimismo se observó que el 75% de los sujetos reportaron haber tenido relaciones sexuales con parejas riesgosas. Por otro lado el 70% de los sujetos señalaron razones preventivas para usar protección, con relación a quién tomaba la iniciativa de uso de protección más del 60% reportó tomar por sí mismo la iniciativa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Finalmente al evaluar los factores biológicos como facilitadores de riesgo en diferentes situaciones se observó que la privación y la excitación fueron los más reportados. Se concluye la necesidad que el psicólogo participe en el diseño de estrategias preventivas en donde se consideren aspectos relacionados con conocimientos, el cambio conductual y la negociación entre parejas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **1. ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DEL SIDA**

En esta sección se incluyen los aspectos más importantes sobre el VIH/SIDA, así pues empezaremos describiendo aspectos relacionados con su definición, con los antecedentes de dicho padecimiento, la etiología, la sintomatología, cómo se transmite y los aspectos más relevantes relacionados a los pacientes seropositivos.

### **1.1 Definición**

Estamos en el siglo XXI, y son muchos los problemas que aquejan al mundo uno de ellos es la expansión del virus del SIDA, todo esto resulta preocupante, ya que es una enfermedad mortal y hasta el momento no hay alguna vacuna o medicina que elimine este mal.

El SIDA es una enfermedad infecciosa de reciente aparición en comparación con otras enfermedades tan solo si la compartamos con otras enfermedades como la sífilis o la tuberculosis. La causa primera del SIDA es el virus denominado VIH.

Las siglas SIDA significan

**Síndrome:** es decir, conjunto de manifestaciones y sensaciones, (signos y síntomas) que presenta una persona y que caracterizan una enfermedad.

**Inmuno:** que tiene que ver con el sistema inmunitario, responsable de las defensas del organismo.

**Deficiencia:** debilitamiento, en este caso del sistema inmunitario.

**Adquirida:** que se contrae por diversas vías, es decir no es una enfermedad hereditaria.

Dicha enfermedad es causada por el virus conocido como VIH. Y las siglas significan:

**Virus:** agente infeccioso pequeño que invade las células vivas para poder sobrevivir.

**Inmunodeficiencia:** que indica que el sistema de defensa está bajo o débil.

**Humano:** que sólo daña al ser humano. (Thomas,1995)

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



De esta forma se puede decir que una persona que tiene SIDA, tiene un grupo de condiciones o síntomas que indican que las personas han adquirido un virus que está causando que el sistema inmunológico llegue a debilitarse a tal punto que agentes externos y extraños al cuerpo normalmente serían destruidas, ahora son capaces de sobrevivir y causar infecciones y enfermedades.

El VIH como ahora lo conocemos sólo se transmite entre humanos y se adquiere a través de las vías, sexual, sanguínea o perinatal.

## 1.2 Antecedentes

El origen del Virus todavía no está probado, pero la hipótesis más difundida es que hace 40 años, un virus semejante al VIH perteneciente al mono verde de África, se alojó en el organismo humano y tras un largo periodo de adaptación, se convirtió en dañino para nuestra especie (Thomas, 1995; Sepúlveda, 1989).

En junio de 1981, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos en Atlanta emite un informe llamando la atención sobre un síndrome, hasta entonces desconocido. Se observó que una serie de jóvenes varones, de raza blanca, habitantes de Nueva York y San Francisco presentaban un cuadro de inmunodeficiencia adquirida, con alteraciones de la inmunidad celular hasta entonces no descritas, que les provocaba cánceres como Sarcoma de Kaposi (un tipo de cáncer de la piel) Se observó que este cuadro era frecuente en sujetos sometidos a trasplantes de órganos o en individuos que por otras causas toman medicamentos inmunosupresores. Sin embargo, ninguno de ellos pertenecía a este tipo de enfermos. Por otra parte, curiosamente, todos los sujetos referidos en el informe eran homosexuales.

Posteriormente se descubrieron más casos en otras ciudades norteamericanas en comunidades homosexuales. Pocas semanas después empezaron a observarse algunos casos de SIDA en mujeres y en niños pequeños, así como en heterosexuales, haitianos drogadictos e individuos que habían recibido previamente transfusiones de sangre. Las características de la enfermedad, su propagación, el tipo de sujetos que la padecían, etc., orientaban a que el SIDA debería considerarse como una enfermedad infecciosa y la inmunodeficiencia que la caracterizaba como inducida por un agente vírico.

Dado que los primeros casos surgieron en los Estados Unidos se puso de manifiesto que muchos de los enfermos homosexuales norteamericanos tenían en común haber pasado previamente a la enfermedad por un periodo de vacaciones en Haití, que es un país en donde con frecuencia se daban citas los gays y en donde las prácticas homosexuales con los autóctonos eran frecuentes. Todo esto hizo pensar durante un tiempo que el origen de la enfermedad podía ser Haití e incluso durante una época se consideró a los haitianos, por el hecho de serlo, como un grupo de riesgo (Sepúlveda 1989, Mann 1989, Thomas 1995)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 1.3 Etiología

El virus atraviesa por diferentes etapas y tiene diferentes formas de manifestarse, en cualquier etapa en que se encuentre, hay un concepto fundamental, una vez que el virus ingresa en el organismo ya no puede ser eliminado, el individuo infectado será siempre una fuente potencial de contagio por los mecanismos de transmisión usuales en esta enfermedad y finalmente morirá

Inicialmente se pensaba en un solo tipo de virus, pero más tarde se descubrió que existe otro tipo que causa igualmente el SIDA. De esta manera, al primer tipo de virus descubierto se le denomina VIH-1 y al otro VIH-2. Este último se localiza principalmente en África Occidental y en algunos países europeos; su presencia en el continente americano es aún mínima, aunque el haber descubierto algunos casos plantea problemas inquietantes en cuanto a la posibilidad de potenciación de la epidemia, especialmente porque puede tener un periodo de incubación todavía más largo hay casos descritos de personas que adquirieron el VIH-2 en África, y han desarrollado la enfermedad nueve años después de vivir en Estados Unidos (Cárdenas y Ballesteros, 1995). Ambos virus tienen las mismas características biológicas básicas, se pueden contagiar por las mismas vías y producir el mismo tipo de enfermedad

Los virus son partículas vivas, constituidas únicamente por una envoltura, dentro de la cual se encuentran los genes, que son los que permiten reproducirse para dar origen a nuevos virus y así perpetuar su especie. Pueden vivir si se introducen en una célula más grande que los proteja, y a los que roban sus propias proteínas para formar nuevos virus. Lo que termina en la destrucción de la célula parasitada y en la salida de nuevas partículas virales, estas buscan de inmediato nuevas células que invadir y donde reproducir el mismo ciclo, ya que fuera de la protección de una célula los virus son muy frágiles. En muchas de las infecciones por virus este ciclo es muy rápido y además el organismo tiene, a través de su sistema de defensa o sistema inmune, la capacidad de producir sustancias, como por ejemplo, el llamado interferón, que impiden la entrada de los virus en la célula así protegida. De esta manera, los virus no pueden reproducirse y el organismo se recupera de la infección. Sin embargo, esto no sucede así con el VIH (Sepúlveda, 1989)

El VIH actúa muy lentamente, por espacio de años, de aquí que se le clasifique como lentivirus, lo que explica porqué el individuo afectado tarda años en desarrollar la enfermedad, este virus elige para su ataque precisamente a las células encargadas de la defensa del organismo, a las cuales va destruyendo lenta, pero inexorablemente, hasta dejarlo sin defensas es decir, en situaciones de inmunodeficiencia, en este caso adquiere a consecuencia de un virus (Sepúlveda, 1989. Thomas, 1995)

Otro aspecto biológico del VIH es que sus genes, gracias a los cuales se reproducen y transmite sus características a su descendencia, están hechos de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ácido ribonucleico o RNA, por lo que se le clasifica como un retrovirus. Este dato es importante ya que prácticamente en todos los seres vivos, incluidos otros virus, los genes están hechos de ácido desoxirribonucleico o DNA, para no ser rechazado y poder parasitar libremente a una célula humana. Esto lo logra gracias a una sustancia o enzima llamada transcriptasa inversa, cuya función es la de cambiar el mensaje genético de RNA a DNA. Lo grave de esta cualidad es que el virus es aceptado como parte de la célula invadida, en la que permanece por tiempo indefinido hasta el fin de su vida. Una vez que ha alcanzado el núcleo de la célula invadida, puede iniciar la producción de nuevos virus o permanecer latente por tiempo indefinido, de aquí que el individuo infectado sea un portador por tiempo indefinido del virus y potencialmente contagioso, hasta que después de meses o años algún factor lo activa e inicia la información de nuevos virus. A este estado latente del virus también se le denomina provirus.

El VIH para poder invadir una célula necesita un receptor especial denominado C-D4, el cual posee precisamente una de las principales células de las defensas del organismo: los linfocitos T-4 o colaboradores, así como otras células accesorias de la inmunidad: monocitos-macrófagos, células dendríticas células de Langerhaus y células de glía, estas últimas en el sistema nervioso central. El virus tiene gran capacidad de cambiar las características de su envoltura, contra la cual se dirigen los anticuerpos que elaboran las células de defensa del organismo y que pretenden eliminarlo.

Cabe mencionar que los anticuerpos sólo atacan estructuras contra las que fueron específicamente elaborados, de manera que en cuanto el VIH cambia de estructura, los anticuerpos formados inicialmente son incapaces de atacar esa nueva estructura, por lo que el organismo tendrá que elaborar nuevos anticuerpos contra la nueva estructura. Ésta al sentirse agredida cambiará nuevamente, los nuevos anticuerpos resultarán también inservible, y así indefinidamente, en una espiral en la que el VIH siempre llevará la delantera. De este modo, el virus es capaz de multiplicarse sin que el organismo esté en capacidad para detenerlo, y peor aún destruyendo lentamente las células que se encargarían de bloquear su avance.

Los anticuerpos que se forman y que resultan incapaces para destruir al VIH, permanecen circulando en la sangre del organismo, de tal forma que el hecho de que existan sólo significa una cosa: que el individuo ha sido invadido por el VIH (Cárdenas y Ballesteros, 1995)

#### 1.4 Manifestaciones del SIDA o Sintomatología

Cárdenas y Ballesteros en 1995 mencionaron que debido a que la enfermedad es relativamente nueva, cada vez se define con mayor precisión cuáles con las manifestaciones clínicas, los criterios han variado e incluso publicaciones más o menos recientes se han modificado en cuanto al esquema de clasificaciones; sin embargo, las manifestaciones de fondo siguen siendo las mismas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la actualidad se acepta el criterio de clasificación establecido por los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, que las cataloga en varios grupos según la fase de la afección. Cabe señalar que no todos los pacientes tienen todos ni las mismas manifestaciones.

El SIDA es la máxima expresión de gravedad de la infección causada por el VIH. Pero antes de que la persona pudiera desarrollar la enfermedad, su organismo pasa por varias etapas:

#### Infección aguda (momento de contagio)

La primera etapa es cuando la persona entra en contacto con el VIH y éste infecta su organismo, como respuesta el sistema inmunitario empieza a formar anticuerpos contra el virus, esto se manifiesta principalmente a través de malestar general, fiebre moderada, dolores de articulaciones, erupciones en la piel, los mismos que desaparecen espontáneamente (ver tabla 1).

#### Asintomática

En la segunda etapa denominada asintomática se caracteriza por el hecho de que el virus a pesar de que ya está instalado en el organismo no causa daño alguno todavía. En dicha etapa pueden transcurrir meses o hasta años (de 8 a 10 aproximadamente) para manifestar la enfermedad.

#### SIDA o complejo relacionado con el SIDA.

La tercera etapa, conocida como complejo relacionado con el SIDA, es precisamente en donde el virus se activa, es decir se empieza a replicar y ataca a los linfocitos "T" del sistema inmunitario, haciéndolos perder su capacidad de defender al organismo de agentes infecciosos. Pero el organismo todavía responde a los tratamientos de las enfermedades. Los síntomas son inflamaciones de ganglio, cansancio permanente, fiebres y diarreas constantes, pérdida de peso, y sudoración nocturna.

#### Enfermedad del SIDA

Finalmente, la cuarta y última etapa es la enfermedad del SIDA propiamente dicha. Es el conjunto de manifestaciones en el organismo malestares que siente la persona cuando su sistema inmunitario se ha deteriorado gravemente, es decir, cuando, ya no pudo hacerle frente a los agentes infecciosos.

Los síntomas más comunes son la aparición de enfermedades oportunistas como infecciones en la piel causadas por hongos o herpes, infecciones respiratorias como neumonía y la tuberculosis, diarrea por amibiasis etc., y que finalmente son las que causan la muerte (Cárdenas y Ballesteros, 1995; Thomas, 1995)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1

Etapa 1 Infección aguda (momento del contagio)	
<b>Síntomas:</b> Se caracteriza por malestar general, fiebre moderada, dolores articulares y erupciones en la piel que desaparecen espontáneamente.	<b>Detección:</b> Entre el momento del contagio y las doce semanas siguientes, el VIH no puede ser detectado por las pruebas de laboratorio. A este período se le conoce como de "Ventana", que en ocasiones puede durar más tiempo.
<b>Etapa 2 Asintomática ( El VIH permanece inactivo dentro de las células sin causar daño)</b>	
<b>Síntomas</b> La persona no siente ninguna molestia ni se le nota nada, pero es un portador asintomático porque está en posibilidad de infectar a otras, aún sin saber que tiene el virus. Pueden transcurrir desde meses hasta ocho o diez años para que el individuo presente los síntomas del SIDA, esta depende de su edad condiciones higiénico-dietético y exposición a otras enfermedades, etc.	<b>Detección</b> Es a partir de esta etapa (aproximadamente tres meses después del contagio), que se pueden detectar en sangre, mediante pruebas de laboratorio, los anticuerpos que produce el VIH y saber que se está infectado, que se es SEROPositivo.
<b>Etapa 3 SIDA o complejo relacionado al SIDA ( Es la fase donde el virus se activa, es decir, se empieza a replicar y ataca a los linfocitos "T" del sistema inmunitario)</b>	
<b>Síntomas</b> Se presentan algunos malestares, comunes a otras enfermedades: inflamación de ganglios, cansancio constante, fiebres, diarreas, pérdida de peso, abundantes sudores nocturnos	<b>Detección:</b> Al igual que en la etapa asintomática, mediante pruebas de laboratorio, se pueden encontrar los anticuerpos que producen el VIH.
<b>Etapa 4 Enfermedad del SIDA ( Es el conjunto de manifestaciones en el organismo y malestares que siente la persona cuando su sistema inmunitario se ha deteriorado gravemente, es decir, cuando ya no pudo hacerle frente a los agentes infecciosos)</b>	
<b>Síntomas</b> Se manifiesta desgaste físico irreversible, pérdida de peso, fiebre, evacuaciones persistentes, agotamiento, aparición de enfermedades oportunistas, que en otras personas son de difícil tratamiento.  Asimismo se presentan infecciones de la piel causadas por hongos o herpes, infecciones respiratorias como la neumonía y la tuberculosis, diarreas por amibiasis, daño en los ojos, cáncer como el Sarcoma de Kaposi o alteraciones del sistema nervioso y de la conducta	<b>Detección</b> No todas las personas infectadas con el VIH desarrollan la enfermedad del SIDA , si la llegan a presentar no es en el mismo tiempo. Para su manifestación en las persona seropositiva, influyen varios factores como La alimentación Higiene personal Estado general de salud Atención médica

### 1.5 Transmisión

Según la literatura se han establecido tres mecanismos por los cuales el VIH puede pasar de una persona infectada a otra que no lo estaba.

a) *Por contacto sexual.* Es el mecanismo más frecuente por el que puede contagiarse una persona. Este sentido, el grupo de población más expuesto lo constituyen los hombres y mujeres jóvenes y adultos sexualmente activos, pero

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

resulta obvio que el SIDA, puede contagiarse por las relaciones sexuales a cualquier edad. La transmisión del VIH por contacto sexual puede ocurrir en heterosexuales, homosexuales y bisexuales (Cárdenas y Ballesteros, 1995).

Durante el contacto sexual, habitualmente ocurre transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos. Dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos pueden ser vaginales, semen, sangre, saliva, moco rectal etc. Sin embargo, se ha demostrado de manera contundente, que solo la sangre, el semen y las secciones vaginales pueden transmitir el virus (Mann 1989; Hein y Digeronimo, 1993).

En este mecanismo de infección se encuentran 3 prácticas de alto riesgo, las cuales son:

*Relaciones coitales.* En este tipo de relaciones el pene entra en contacto directo con la vagina. El virus del SIDA puede pasar de un hombre infectado a una mujer a través de las células de las paredes vaginales, porque las células de la vagina están llenas de vasos de sangre que pueden actuar como ruta directa para que el virus del SIDA entre al cuerpo.

El virus también podrían entrar a través de cualquier herida o úlcera que pudiera tener una mujer en la vagina. Es importante recordar que el virus del SIDA es extremadamente pequeño. Una herida no tiene que ser muy grande para actuar como entrada para el VIH. Una mujer puede no estar consciente de que tiene alguna diminuta herida o desgarradura en la vagina. El riesgo de contagio aumenta durante el periodo menstrual: por los cambios hormonales a los que está expuesta la mucosa vaginal, por la mayor accesibilidad al torrente circulatorio y por la presencia de sangre, y que como se sabe, es uno de los fluidos corporales con mayor número de partículas virales.

El virus también puede pasar de una mujer infectada a un hombre a través de escoriaciones o heridas en el pene, o posiblemente a través de la uretra del hombre, el orificio que está en la punta de pene a través del cual pasan la orina y el semen, estas escoriaciones no tienen que ser grandes y quizá ni se noten.

*Relaciones Anales.* En el sexo anal, el pene penetra al ano de su pareja y entra en contacto directo con el recto. Como en el sexo vaginal, el virus tiene la posibilidad de entrar al cuerpo directamente a través de las células de la pared rectal.

Además, las paredes del recto son muy delgadas y se pueden rasgar fácilmente como consecuencia del movimiento que se produce durante el sexo anal, y causar sangrados. Si esto sucede, el virus tiene acceso directo al torrente sanguíneo. El VIH también puede entrar al pene de quien realiza la penetración durante el sexo anal, ya sea a través de heridas de la piel o a través de la uretra.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Muchos hombres y mujeres jóvenes practican el sexo anal, porque así se impedirá que una mujer quede embarazada sin tener que preocuparse por la anticoncepción o también para permitirle a ella decir que todavía es virgen, pues no ha tenido sexo. Erróneamente se piensa que no se puede infectar a través del sexo anal, pero este es un comportamiento de alto riesgo.

*Relaciones orales.* Cuando el sexo oral se le practica a un hombre, su pene entra en contacto directo con la boca de su pareja, si el hombre que recibe el sexo oral tiene cualquier herida o escoriación en el pene puede haber sangre presente. Esta sangre puede entrar en contacto con cualquier herida o úlcera que la persona que realiza el sexo oral tenga en la boca, y el VIH podría entrar en el cuerpo a través de esas rupturas de la piel.

Si el hombre eyacula en la boca de su pareja, entonces hay un contacto directo con el semen, que lleva el VIH. Nuevamente, el virus podría infectar a la persona que realiza el sexo oral a través de alguna herida que pueda haber en la boca. Aunque el hombre que recibe el sexo oral retire el pene de la boca de su pareja antes de eyacular existe la posibilidad de que pueda haber VIH en el presemen, el fluido que se produce antes de que el hombre eyacule.

También existe la posibilidad de infección cuando el sexo oral se le practica a una mujer. Durante el sexo oral con una mujer, la boca de su pareja entra en contacto directo con los fluidos vaginales. El VIH puede encontrarse en las secreciones vaginales, y si hay alguna herida en la boca de la persona que está realizando el sexo oral, hay una probabilidad de infección. También si la mujer que recibe el sexo oral tiene su periodo, es decir que está menstruando, hay sangre presente en la vagina. El VIH siempre se encuentra en la sangre de las personas infectadas, así que la sangre menstrual de una mujer infectada entra en contacto con una herida abierta en la boca de la persona que realiza el sexo oral hay riesgo de infección (Sepúlveda, 1989; Cárdenas y Ballesteros, 1995; Thomas, 1995).

*b) Por contacto con sangre contaminada y sus derivados.* Por esta vía de contagio la sangre infectada entra por cualquier lugar del cuerpo: ya sea por una herida o por las agujas de jeringas (como en el caso de las jeringas usadas); así mismo al recibir una transfusión de sangre contaminada o al utilizar instrumentos punzocortantes que hayan tenido contacto con la sangre contaminada con algún otro fluido (como rastrillos y cepillos dentales). También se transmite el virus por salpicaduras de sangre contaminada sobre heridas o mucosas, y por trasplantes de órganos contaminados. A comienzos de los años 80's algunas personas se infectaron con el VIH al recibir transfusiones de sangre infectadas. Muchas de esas personas eran hemofílicas, personas con una enfermedad hereditaria de la sangre que requiere frecuentes transfusiones de productos sanguíneos para ayudar a coagular efectivamente. También algunas personas se infectan en transfusiones hechas como parte de alguna operación o cuando reciben algún trasplante de órganos de personas infectadas (Thomas, 1995).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

c) *Por transmisión perinatal.* Se habla de transmisión perinatal cuando el contagio sucede alrededor de la etapa de nacimiento. Puesto que se trasmite de la madre al hijo como descendiente, se ha propuesto que se designe transmisión vertical. Asimismo, un bebé puede nacer infectado con el VIH si la madre está infectada, como el feto comparte la provisión de sangre con su madre, una mujer VIH positivo embarazada tiene el 30% de probabilidades de pasarle el virus al bebé antes de nacer. Aunque un bebé haya contraído realmente el virus del SIDA, los anticuerpos estarán presentes en su sangre al nacer. Estos anticuerpos fueron producidos por el cuerpo de la madre infectada y pasarán al bebé antes de nacer, mientras estén presentes, la sangre del bebé resultará VIH positivo. En la mayoría de los casos, como estos anticuerpos son fragmentados durante el período de varios meses, entonces el bebé resulta negativo.

Durante el amamantamiento, cualquiera de los anticuerpos que haya en el torrente sanguíneo de una mujer puede pasar a su bebé a través de la leche de su seno. Si un bebé ingiere la leche de una mujer infectada por el VIH, el bebé también puede estar absorbiendo el virus que está en el torrente sanguíneo de la mujer (Mann, 1989; Thomas, 1995).

Por otro lado, existen algunas creencias acerca de cómo se da el contagio del VIH. Por esta razón es necesario señalar que los mecanismos por los que no se contagia el SIDA son: por la saliva, las lágrimas, los estornudos, la orina, el sudor o el excremento. Por tanto, no se transmite al platicar, dar la mano, abrazar, besar, compartir utensilios de cocina, ropa de vestir y de cama, viajar en un mismo medio de transporte, bañarse en una alberca, utilizar el mismo baño y tampoco se transmite por picaduras de insectos.

#### 1.6 Pacientes Seropositivos

Los efectos psicosociales del SIDA varían en función de los distintos estadios de la dualidad Salud-enfermedad, que van desde el estado asintomático, pasando por la seropositividad al VIH, y hasta el estado sintomático. El conocimiento de los diferentes problemas psicosociales a los que se enfrentan las personas en estos estadios puede llevar al desarrollo de tratamientos más eficaces para ayudar a los pacientes enfrentados a la enfermedad.

Para saber cuál es el estado serológico de una persona, es necesario realizar una prueba de sangre llamada ELISA, Hein y Digeronimo (1993) mencionan algunos beneficios al realizar el análisis de detección de anticuerpos frente al VIH:

- Puede motivar a quien practique hábitos sexuales de alto riesgo a que reduzca o interrumpa esta conducta.
- Puede disminuir la ansiedad de los que es poco probable que estén afectados.
- Puede ayudar a la mujer sometida a un riesgo elevado a decidir si desea quedarse embarazada, si quiere continuar el embarazo, lactar a su hijo o vacunarse con una vacuna producida a partir de virus vivos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



- Puede ayudar al diagnóstico de aquellos con síntomas inexplicables, que en opinión de sus médicos pudieran estar relacionados con una infección por el VIH.

Aunque también hay riesgos y se identifican los siguientes

- Grave ansiedad, depresión, ideas de suicidio, pensamientos obsesivos, pesadillas y trastornos del sueño
- Problemas interpersonales, que van de la acusación al compañero y las disfunciones sexuales hasta la ira homicida.
- Discriminación laboral y domiciliaria.

Para las personas cuyos resultados sean negativos, el riesgo es que adquieran una falsa sensación de seguridad y continúen con los hábitos de alto riesgo. Las personas con resultado negativo se sentirán obviamente, muy aliviados, de manera que el doctor o profesional que lo atendió debe recordarles que si han practicado conductas de alto riesgo en las 8-10 semanas precedentes, han podido contraer la infección sin que aún haya transcurrido el tiempo suficiente para que desarrollen anticuerpos detectables. Hay que advertirles que, como pueden pasar meses entre el momento de la infección y el desarrollo de los anticuerpos, tal vez deseen repetir la prueba transcurridos 3 meses de conducta sexual sin riesgo. Si la persona seronegativa continúa practicando conductas de alto riesgo, puede serle de utilidad un asesoramiento adicional.

Coates, Morin y Mckusic (1992) sugieren que algunas personas con riesgo elevado llegan a la conclusión de que la prueba negativa significa que son inmunes a la infección por VIH y por tanto creen que pueden continuar con sus hábitos sin ningún peligro.

Las personas con resultados positivos necesitan ayuda para aceptar la infección, integrar sus implicaciones y enfrentarse con incierto futuro, el profesional que atiende debe insistir repetidamente en el hecho de que un resultado positivo no significa que la persona vaya a desarrollar un complejo relacionado con el SIDA O el SIDA. Sin embargo, la mayoría de los individuos sufrirán una sensación inicial de miedo y predestinación. Saber que uno es seropositivo para los anticuerpos anti VIH es profundamente angustiioso, incluso para las personas que ya esperaban este resultado.

En las primeras semanas después de conocer el resultado la mayoría se encuentra desesperanzada y desesperada. Puede tener pensamientos de suicidio, por lo que hay que valorar este riesgo en personas con historia de trastornos mentales, malas estrategias para enfrentarse a los hechos, escaso apoyo social (Chist, Siegel y Monyhian, 1990)

Entre los individuos seropositivos son frecuentes algunos errores de interpretación. Uno de ellos es el de creer que ya tienen SIDA, están a punto de morir y por tanto, en estado médico crítico. Se debe estar convencido de que el paciente se encuentra en una crisis psicológica y social, pero no en una crisis

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

médica. En consecuencia necesitan tiempo para reaccionar y pensar en qué forma pueden asumir la información y evitar conductas destructivas (Luna y Nieto, 1995). Las personas seropositivas deben aceptar el hecho de que pueden infectar a los demás. Es decir, han de practicar unas relaciones sexuales más seguras y si se trata de drogadictos intravenosos, no compartir sus agujas.

Hay distintas clases de reacciones ante esta información. Muchas personas interrumper de inmediato todas sus conductas íntimas incluidos los abrazos. Pueden ser necesarias varias sesiones para informarles acerca de las opciones existentes, ayudarles a decir a los demás lo que necesitan saber sobre su estado médico a que aprendan las prácticas sexuales alternativas y a que controlen su condición física de manera adecuada. Por desgracia las personas que revelan impulsivamente su estado de seropositividad a los anticuerpos pierden sus trabajos y coberturas de seguros y sufren otros tipos de discriminación social.

Algunas personas necesitan ayuda para aprender prácticas sexuales más seguras y resolver los problemas creados por estos cambios de conducta. Otros tienen dificultades para modificar sus comportamiento debido a reacciones culturales o personales específicas ante determinadas prácticas, como el uso de preservativos. Los que experimentan una gran ansiedad, depresión o tendencia al suicidio necesitan un tratamiento más intensivo.

Desgraciadamente la mayoría de las personas infectadas están en edad fértil. Por tanto las mujeres infectadas han de comprender que tienen posibilidad de transmitir la infección a su hijo antes del parto o durante la lactancia. Aunque no se conoce la incidencia de transmisión materna, parece que el riesgo es elevado y que el embarazo acelera por sí mismo el desarrollo del SIDA. Las mujeres que han podido contraer la infección durante el embarazo o lactancia tal vez deseen conocer el estado del niño. Si una mujer infectada durante el primer trimestre y desea recurrir al aborto deberá discutir los beneficios y riesgos del mismo. Las limitaciones para tener descendencia producen gran angustia, tanto en las mujeres como en los varones. Algunas mujeres que contemplan a los hijos como su única oportunidad para realizarse y contribuir a la sociedad pueden creer que una probabilidad del 50% de tener un hijo normal es un riesgo aceptable, a pesar de que el embarazo mine su propia salud (Sepúlveda 1989).

Los pacientes deben saber que necesitan semanas o meses para aceptar su estado de seropositividad. De cualquier manera, deben preverse los medios para que el individuo acceda a alguna forma de apoyo individual o de grupo (Pesce, Francois y Patrice, 1987)

El miedo que experimentan las personas seropositivas sobre la posibilidad de acabar desarrollando SIDA es muy similar al que experimentan los pacientes cancerosos que temen que su enfermedad avance. En un principio se creyó que el índice de transformación de simple seropositividad a SIDA era de alrededor del 10%, sin embargo, algunos datos indican que alrededor del 50% de las personas seropositivas desarrollan la enfermedad, información que ha incrementado la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ansiedad. Por lo tanto, estas personas necesitan ayuda para tener esperanzas sobre su salud asimismo deben estar informados sobre el desarrollo científico, que de cualquier manera los ayudará a prolongar su salud. Hay que estimularlos a que cuiden su salud y eviten prácticas que puedan activar la enfermedad, por ejemplo embarazo, reinfección por prácticas de alto riesgo y uso de drogas recreativas, capaces de inhibir al sistema inmunológico (Hein y Digeronimo, 1993).

Estos pacientes suelen necesitar un apoyo constante, deben ser tranquilizados y acceder a un cuidado sanitario continuo que les mantenga en un óptimo grado de conciencia de su estado, para garantizar una monitorización regular y una conducta sanitaria preventiva, evitando la ansiedad excesiva, que puede llegar a propiciar conductas destructivas, como los intentos de suicidio. Por último, las personas que se saben seropositivas luchan con una pérdida de la autoestima y con el aislamiento social que, a menudo, se autoinfligen.

Aunque no existen soluciones fáciles a estos problemas, se les debe estimular a que entren en grupos o tomen estén en contacto con otras personas que se encuentran en la misma situación, a fin de compartir sus preocupaciones y aprender cómo afrontar las limitaciones que se les imponen (Barré-Sinoussi, Cherman y Rosenbaum, 1992).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2. MODELOS DE SALUD

En la actualidad existe una infinidad de estudios relacionados con problemas de salud con enfoque psicológico, en este apartado se dará una breve explicación de los modelos más importantes en el área de la psicología de la salud como lo son: *el modelo de creencias de salud, el modelo de auto - eficacia, el modelo de acción razonada y el modelo psicológico de la salud biológica*. El objetivo principal de esta sección es ubicar al lector dentro del campo de Salud y específicamente en la investigación sobre el VIH/SIDA, consideramos que este apartado es fundamental dado que en la sección denominada "Estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales relacionados con el VIH/SIDA", se presentan una serie de investigaciones evaluativas respecto a dichas variables. Esta sección ayudará al lector a entender el por qué esas variables son seleccionadas como objeto de estudio.

### 2.1 Modelo de creencias de salud

El modelo de creencias de salud es un modelo que propone que un sujeto racional trate de maximizar los beneficios y minimizar los costos o riesgos de su comportamiento, este modelo surgió por los años 50's, partiendo de los trabajos que realizaron algunos psicólogos sociales como Hochbaum (1958) y Rosentock (1960, 1966 y 1974).

El modelo de creencias de salud fue desarrollado para explicar la conducta relacionada con la salud enfatizando las variables cognitivas. Dicho modelo señala aquellas variables relacionadas con la salud y cualquier enfermedad, las variables que dan forma a dicho modelo son:

#### Susceptibilidad percibida

La dimensión de susceptibilidad percibida mide la percepción subjetiva de un individuo acerca del riesgo para contraer una enfermedad.

#### Gravedad percibida.

La severidad o gravedad percibida incluye la evaluación de consecuencias médicas y clínicas como la muerte, invalidez y el dolor, así como sus posibles consecuencias sociales, como lo son los efectos de la condición en el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales. Cabe mencionar que la combinación de la susceptibilidad y la gravedad se han etiquetado recientemente para dar origen a un nuevo término, la amenaza percibida.

#### Beneficios percibidos.

Estos beneficios producen una fuerza para un cambio de conducta, para que la acción o conducta cambie dependerá de las creencias con respecto a la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

efectividad de las acciones disponibles, reduciendo la amenaza de la enfermedad, por ejemplo dejando de fumar para ahorrar dinero.

#### Barreras percibidas

En los aspectos negativos de una enfermedad particular, las barreras percibidas, pueden actuar como impedimentos para la modificación de conductas, esto se puede analizar tomando en cuenta los conceptos de costo-beneficio, aquí se observa que los individuos valoran la efectividad esperada de la acción contra las percepciones de peligro, desagrado, inconveniencia y tiempo; así los niveles combinados de susceptibilidad y severidad obligan a actuar y la percepción de beneficios proporciona menos barreras para que se den cambios.

#### Señales de acción

Las señales de acción son señales que activan una conducta, esto se refiere a que se perciba la susceptibilidad y se perciban los beneficios, sólo pueden ser efectivos a través de otros factores y particularmente por señales como los eventos corporales y los eventos medioambientales.

#### Otras variables.

Los datos demográficos y psicosociales y las variables estructurales pueden afectar las percepciones de un individuo y así indirectamente la influencia de la salud. Se cree que el nivel educativo tiene un efecto indirecto en la conducta influyendo en la percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras.

Los elementos planteados por este modelo con relación al VIH/SIDA son: que los sujetos deberían creer que el SIDA es grave, que ellos están en riesgo o son susceptibles de adquirirlo; Tener indicadores y recordatorios del riesgo potencial del SIDA; Conocer los mecanismos de prevención del VIH; estar motivados para hacer los esfuerzos necesarios; y tener recursos para implementar nuevas conductas.

#### 2.2 Modelo de autoeficacia.

Bandura en el año de 1977 introdujo el concepto de Autoeficacia, como la capacidad de uno mismo para controlar su motivación y su medio ambiente, especialmente su conducta y las creencias de la gente en relación al control que pueden ejercer sobre su motivación, procesos de pensamientos, estados emocionales y patrones de conducta.

En dicho modelo se señalan los siguientes supuestos: 1) El mayor problema con respecto al cambio conductual, no es enseñar a la gente lo que debe o necesita hacer, sino enseñarle habilidades sociales y autoregulatorias y las auto creencias necesarias para practicar conductas seguras; 2) La conducta, las influencias medioambientales, las creencias y las actitudes están en interacción y

son interdependientes y 3) En la prevención del VIH/SIDA se requiere que la gente ejerza influencia sobre su propia conducta y su medio ambiente.

La etapa de cambio conductual autodirigido es la etapa mas importante dentro de este modelo y para lograr el cambio conductual es necesario: 1) que la gente reconozca las razones para alterar sus hábitos riesgosos, los significados de su conducta, sus recursos y apoyos sociales para hacerlo y 2) Para la autorregulación efectiva de la conducta, se requiere de ciertas habilidades de automotivación y auto guía.

Para que la intervención de cambio conductual sea efectiva, se deben incluir cuatro componentes básicos: los conocimientos, las habilidades sociales y autoregulatorias y el apoyo social.

#### Conocimientos

Los conocimientos, es la información de la que la gente dispone para creer que efectivamente puede involucrarse en la prevención. El grado de información es un buen predictor o no del intento de cambio. Es necesario informarle a la gente sobre:

- Cómo se transmite o cómo se desarrolla una enfermedad
- Cómo regular su conducta
- Tipos de conducta que los puede poner en contacto con alguna enfermedad
- Se les debe informar acerca de que su conducta es peligrosa y cómo hacerla segura.

#### Habilidades sociales y autoregulatorias:

Es necesario, el desarrollo de habilidades sociales y autoregulatorias para involucrar a los pacientes en la prevención. A la gente se le necesita guiar acerca de como transferir sus conocimientos o preocupaciones dentro de acciones específicas. Las conductas autoregulatorias son importantes para desarrollo de habilidades de reducción de riesgo. Hasta este momento es necesario mantener a los sujetos fuera de las situaciones de riesgo.

Para el desarrollo exitoso de habilidades sociales y autoregulatorias, es necesario que los individuos sean entrenados en los siguientes aspectos:

- Conocer los disparadores de riesgo
- Reforzarse uno mismo por prácticas no riesgosas
- Reconocimientos de secuencias conductuales que llevan al riesgo
- Saber cómo usar el condón
- Saber cómo negociar su uso saber cómo salir de situaciones de riesgo
- Entrenarse a uno mismo cómo decirse que las situaciones de riesgo deben evitarse

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Asimismo es necesario promover un incremento en las habilidades críticas, es decir, habilidades relacionadas con la eficacia, para lograr esto, los individuos necesitan practicar las conductas blanco en diferentes contextos, incluyendo aquellos que tengan diferentes grados de complejidad.

Una vez que se ha logrado desarrollar las habilidades críticas, se requiere del diseño de situaciones que llevan a los pacientes a un incremento en las habilidades sociales y autoregulatorias.

Para lograr esto Bandura (1977) recomienda lo siguiente:

- En cada situación práctica, los sujetos deberán recibir retroalimentación constructiva acerca de cómo mejorar sus habilidades.
- Puede trabajarse con situaciones imaginarias
- La gente debe ser capaz de usar sus nuevas habilidades y mantenerlas en condiciones difíciles.
- Cada vez acercándolo a situaciones de la vida real.

Dado que el cambio de conducta ocurre en un contexto social y bajo un contexto de una influencia social normativa, es necesario el desarrollo de un contexto de apoyo social, lo cual puede lograrse si se identifican redes sociales, tales como, las personas que tienen más influencia sobre el individuo, así como aquellas que tienen habilidades para reforzar o castigar.

La autoeficacia ha demostrado afectar las decisiones de los individuos para cambiar su conducta, así como el grado de esfuerzo dispuesto a invertir en el cambio y el mantenimiento a largo plazo en los cambios conductuales realizados. En el caso concreto del VIH/SIDA para que se den cambios conductuales los sujetos deberán conocer, sobre la enfermedad (cómo se transmite, cuáles son los síntomas, así como su modo de prevenir), las personas también deben reconocer qué conductas de riesgo están practicando. En cuanto a las habilidades sociales los sujetos deben saber reforzar las prácticas no riesgosas (tipo de pareja y uso de protección), negociar el uso del condón con la pareja, y finalmente evitar relaciones y prácticas de riesgo. Todo esto puede practicar primero en situaciones imaginarias y posteriormente situaciones reales.

### 2.3 Modelo de acción razonada

Ajzen y Fishbein en 1980, plantearon un modelo de actitud, basándose en el modelo de acción razonada utilizando modelos estructurales de valor esperado. En este caso el sujeto es visto como un tomador racional de decisiones, el cual se va a comportar en función de la valoración de los resultados de su comportamiento y de todas las expectativas que tiene sobre ese comportamiento, y sus resultados.

Todos estos aspectos están en función de sus intenciones para ejecutar un acto preventivo. Las intenciones para practicar conducta preventiva se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

desarrollaran en individuos que tienen actitudes positivas para ejecutar conductas preventivas y percepciones de apoyo social. Con respecto a la conducta preventiva del Modelo de Acción Razonada considera que ésta ocurrirá entre aquellos individuos quienes han formado intenciones para practicar tales conductas.

Dentro de este modelo las intenciones conductuales para ejecutar un acto preventivo están en función de dos factores:

1) La actitud individual para ejecutar el acto preventivo y/o 2) la norma subjetiva (la norma subjetiva, es la opinión de los otros, por la motivación a hacerles caso).

El primer paso en la aplicación de la Teoría de la Acción Razonada es seleccionar e identificar las conductas de interés.

La total identificación de las conductas de interés requiere de cuatro elementos:

- Acción
- Contexto
- Meta
- Tiempo

Ya que cada acción ocurre respecto a una meta, en un contexto dado, y en un punto en el tiempo.

Por ejemplo, usar condón es una conducta diferente de llevarlo o comprarlo (cambio en la acción); ir con un médico especialista en enfermedades de transmisión sexual, es una conducta diferente de ir con un médico familiar o ir a un laboratorio para hacerse la prueba del VIH ( cambio en la meta); usar un condón con la esposa o con una pareja estable, es una conducta diferente a la de usar condón con un compañero casual o una sexoservidora (cambio en el contexto); e ir con un especialista en enfermedades de transmisión sexual el martes por la mañana, es una conducta diferente a la de ir con el mismo especialista el sábado en la tarde. usar condón la próxima vez que tenga sexo con mi pareja, es una conducta diferente a la de usar condón cada vez que yo tenga sexo vaginal con mi pareja (cambio en el tiempo).

Cada conducta debe de ser tratada a partir de un conjunto único de determinantes, cada conducta requiere de una estrategia de intervención diferente. Por ejemplo, la información necesaria para incrementar el uso del condón con la esposa o con la compañera estable, puede ser muy diferente de la que se requiere para incrementar el uso del condón con compañeras casuales o con sexoservidoras. De la misma manera, que la información necesaria para incrementar el uso del condón en el sexo oral, puede ser muy diferente de la que se requiere para incrementar el uso del condón en el sexo oral o vaginal. Para ser

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



efectivas, las intervenciones deben influir en las creencias que subyacen la decisión de ejecutar ( o no ejecutar) la conducta blanco. La creencia de un sujeto, de que la ejecución de una conducta lo lleva a resultados positivos, esta relacionada con las actitudes positivas. Y por el contrario la creencia negativa por ejecutar cierta conducta está relacionada con una actitud negativa.

#### 2.4 Modelo psicológico de la salud biológica

Ribes, (1990) propone el modelo psicológico de la salud biológica y señala los supuestos que fundamentan la pertinencia y utilidad de un modelo psicológico de la salud. Según el autor son los siguientes:

- 1) La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.
- 2) Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.
- 3) Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.
- 4) Los factores socioculturales se representan con las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal.

El elemento fundamental dentro del modelo psicológico de la salud biológica, es la definición de la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad, Ribes (1990), considera tres elementos para darle sentido a dicha dimensión, y considerarla como la parte esencial de su modelo.

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 competencias 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.

Estos tres factores generales involucran una diversidad de funciones psicológicas distintas, y su proceso, como interrelación recíproca, es determinante, en mayor o menor grado, de los resultados observables biológicamente en

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

términos de salud o enfermedad. **"El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica. Este resultado puede ubicarse como un complejo equilibrio entre niveles de comportamiento que representan acciones propiciadoras o auspiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad, acciones rehabilitativas"** (pag. 20).

Este modelo constituye, según el autor, un puente que permite relacionar el nivel biológico y el cultural, sin negar la participación de las variables que cada uno conlleva en el proceso de salud-enfermedad, asimismo identifica las variables y momentos para alterar dicho proceso a través de comportamientos específicos.

El modelo psicológico contempla dos aspectos:

Un proceso y sus resultados.

La etapa de proceso incluye 1) los factores históricos de la interacción del individuo con el ambiente; 2) las condiciones presentes de interacción, y 3) la modulación por las variables ambientales, a través de la interacción del individuo con ellas, de los sistemas neurovegetativos del organismo.

Los factores históricos por su parte, comprenden.

- a) Los estilos interactivos, los cuales constituyen consistencias idiosincrásicas en el modo en que los individuos se relacionan con propiedades contingenciales de las situaciones y.
- b) Las capacidades, determinadas biológica, socialmente, entendidas como las competencias que se han demostrado efectivas en el pasado para hacer frente a tipos de problema que guardan similitud con los que pueden surgir en el presente.

Las condiciones presentes de interacción incluyen:

- a) Las competencias efectivas momentáneas del individuo al interactuar con la situación; b) Las condiciones del organismo facilitan o interfieren con un modo u otro de competencia y c) las condiciones del contexto situacional, que asimismo facilitan o dificultan el desempeño funcional de una forma particular de interacción.

La fase de resultados incluye:

- a) La vulnerabilidad biológica del individuo a la enfermedad como producto de la interacción de los elementos que participan en la etapa de proceso;
- b) la disponibilidad de conductas de riesgo o prevención;
- c) el estado de enfermedad o salud resultante, y
- d) las conductas asociadas a enfermedad tales como ansiedad, depresión, dolor crónico. etc (Ribes y Bayés, 1990).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Este modelo, aplicado a la salud, tiene dos objetivos esenciales: 1) tratar de promover la competencia conductual a nivel individual y 2) desarrollar comunidades y organizaciones sociales competente. El modelo aparece, entonces, como un marco de referencia conceptual, que prescribe ciertas acciones que a su vez representan alternativas para la prevención de problemas o enfermedades como el SIDA y otros tantos más.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3. ESTUDIOS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA

Una revisión de la literatura relacionada con el VIH/SIDA nos muestra que son tres grupos de variables psicológicas las que han sido objeto de estudio desde que apareció el VIH/SIDA. Por una parte, tenemos aquellos estudios dirigidos a la evaluación de los conocimientos sobre diferentes aspectos de dicha enfermedad (etiología, prevención, epidemiología, transmisión y sintomatología). Por otra parte, tenemos los estudios dirigidos a la evaluación de las actitudes hacia personas con VIH/SIDA, apoyo a personas que lo padecen y actitudes hacia el uso de condón entre otras cosas. Y finalmente tenemos aquellos estudios vinculados con la evaluación del comportamiento sexual de diferentes grupos, como los son los adultos jóvenes, las personas heterosexuales, homosexuales y bisexuales y su vinculación con el uso de alcohol y drogas. En el presente apartado se describen brevemente algunos estudios que en los últimos años se han dirigido a la evaluación de dichos aspectos.

#### 3.1 Evaluación de Conocimientos

En la literatura encontramos que la etiología, la transmisión, la sintomatología, la epidemiología y la prevención, todos ellos aspectos relacionados con el VIH/SIDA, se han evaluado de manera particular o en conjunto.

Kraft y Rise en 1988 realizaron un estudio en donde evaluaron los conocimientos acerca del VIH/SIDA en adultos de una población noruega, específicamente los aspectos relacionados con la etiología y transmisión. Los autores encontraron que el 64% de la población encuestada sabía que el VIH era causado por un virus, es importante señalar que la muestra evaluada reconocía que había grupos de alto riesgo, tales como los homosexuales, usuarios de drogas, prostitutas y lesbianas. Asimismo, el 93% mencionó que una de las formas de transmisión era el compartir agujas, y un 85% reportó que otra forma era el contacto sexual sin protección. Roberts, Blakey y Smith en 1994, evaluaron aspectos semejantes a los de Kraft y Rise (1988) sólo que en una muestra de la población de Galicia. Los resultados mostraron similitudes entre ambos estudios, ya que encontraron que un poco más de la mitad tenían buenos conocimientos sobre el origen del VIH/SIDA, en cuanto a la transmisión la mayoría de los encuestados sabían el alto riesgo de infección de VIH/SIDA por contacto sexual y el compartir agujas con personas que usan drogas.

En la evaluación de los conocimientos acerca del VIH/SIDA otros de los aspectos estudiados han sido concretamente la transmisión y prevención. Le Blanc (1993) y Sweat y Levin (1995) evaluaron estas variables con población adulta de los Estados Unidos. Un aspecto importante fue que correlacionaron dichas variables con características generales de la población. Dichos autores encontraron que las personas de bajo estatus socioeconómico, las minorías raciales y étnicas son individuos que tienen niveles muy bajos de conocimientos, además encontraron que los medios de comunicación, la televisión y el radio son

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

los medios con los que la gente cuenta para recibir información acerca del VIH/SIDA y por lo tanto no tienen una gran gama de lugares en donde puedan recibir información.

Datta y Bandyopadhyay en 1997 encuestaron a un grupo de enfermeras que asistieron a un taller sobre el VIH/SIDA, los conocimientos evaluados fueron aquellos relativos a la transmisión y medidas preventivas. Las enfermeras mostraron un nivel satisfactorio de conocimientos sobre transmisión (74.3%), con relación a las medidas preventivas se encontró que el 33% de las mismas tenían escasos conocimientos, los autores concluyeron que no tenían contacto cercano con el padecimiento.

Existen otra serie de estudios en donde la población objetivo son los homosexuales, heterosexuales y bisexuales. En México la Secretaría de Salud y Secretaría de Salud y Conasida en 1989<sup>1</sup>(a,b,c) evaluaron los conocimientos acerca de la etiología, transmisión, sintomatología y prevención en homosexuales y bisexuales. Los datos demostraron un alto índice de conocimientos sobre las áreas evaluadas en esta población. Cabe mencionar que este mismo estudio se realizó con personal de salud y público en general, encontrando que en estas últimas 2 poblaciones, el porcentaje de conocimientos fue más bajo que en los homosexuales y bisexuales. Los autores atribuyen estos resultados a que los homosexuales y bisexuales en esa época eran considerados como grupos de alto riesgo y por lo tanto se informaban acerca de estos temas.

Asimismo Sobogal Sandlin, Reyes Aguirre, Bregman y Lemp (1992) reportaron haber evaluado conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH en poblaciones homosexuales bisexuales y heterosexuales encontrando que el nivel de conocimientos sobre estas áreas era alto. En otro estudio con población gay (Kelly, Sikkema, Solomon, Winett y Roffman, Heckman, Stevenson, Perry, Norman y Desiderato,1995) al correlacionar los conocimientos con variables demográficas se encontró una correlación positiva entre estas dos áreas, demostrando que un nivel alto en conocimientos está correlacionado con un nivel alto de estudios y viceversa

En otros estudios los sujetos evaluados han sido las personas infectadas con el virus del SIDA (seropositivos), los resultados han mostrado un buen nivel de conocimientos con relación a la transmisión del virus, pero sugieren que la información necesariamente no involucra un cambio de actitud y conducta, es decir la información es necesaria pero no suficiente para modificar el comportamiento (Aloisi, Girardi, Ippolito 1995; Singh, Koman, Catan, Souply y Birkel y Golaszwski 1993)

En 1995 Tveit, Nyfors, Nilsen y Jacobsen realizaron un estudio con personas que estaban contagiadas de alguna enfermedad sexual, evaluaron

En dicho estudio se evaluaron diferentes poblaciones así como diversos aspectos relacionados con el VIH. Más adelante se retoma dicho estudio, aun cuando parezca repetitivo, en cada mención se destacan diferentes aspectos del estudio

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

únicamente los conocimientos acerca de la transmisión de VIH. En general encontraron que el 98.3% de los encuestados mencionaron que se trasmite por vía sanguínea, el 91% por prácticas coitales pasivas, mientras que un 77.4% reconocieron que el sexo anal era una práctica de riesgo y con muchas probabilidades de que se diera el contagio de VIH, además de referir a grupos de alto riesgo a los homosexuales, bisexuales, usuarios de drogas y prostitutas.

Ashebir en 1996 realizó un estudio similar al de Tveit et al. (1995) los sujetos participantes fueron pacientes hombres y mujeres entre 15 y 45 años de edad con enfermedades sexualmente transmitidas, al igual que en otros estudios evaluaron los conocimientos acerca de los medios de transmisión y prevención de VIH/SIDA, así como prácticas sexuales de riesgo. Los datos indicaron que el 98% de los sujetos sabían que la vía más frecuente para contraer VIH era por transmisión sexual, el 71.7% reportó que los condones y la monogamia eran los métodos para la prevención del VIH/SIDA. Asimismo coinciden con Aloisi et al. (1995) y Singh et al. (1993) en el sentido de que un nivel alto de conocimientos sobre prevención no significa que la conducta sexual pueda cambiar.

Los modos más frecuentes de transmisión del VIH fueron evaluados por Rise y Jacobsen (1993), el estudio fue realizado a través de una encuesta y la muestra evaluada fueron adultos de los Estados Unidos. Los datos mostraron que los sujetos tenían un buen nivel de conocimientos, los autores señalan que las personas adultas de bajo estatus socioeconómico y que viven fuera del área metropolitana, citan a los medios de comunicación (televisión o periódicos) como su fuente primaria de información sobre las formas de transmisión de VIH/SIDA.

Por otra parte, en Noruega, Voltersvik, Rise y Laerum (1993) realizaron un estudio en donde el objetivo fue evaluar los conocimientos entre practicantes de medicina acerca de la transmisión del VIH/SIDA y aspectos generales de éste como son: en dónde adquirirían estos conocimientos; la confianza de la información de VIH y la percepción del propio conocimiento. Los autores encontraron que un 65% de la población evaluada (578) tenía buenos conocimientos y el 11% no tenía confianza en la información, y además miedo de no recibir los conocimientos adecuados.

Otra población igualmente evaluada ha sido los estudiantes. Alvarez, López, García y Fernández (1996) realizaron un estudio en donde evaluaron aspectos sobre transmisión y prevención del VIH/SIDA en dicha población; la edad promedio de los estudiantes fue de 17 años. Los resultados mostraron que el 52.8% de los encuestados tenían un promedio relativamente alto de conocimientos sobre la transmisión, y un 83% respondió acertadamente a las preguntas sobre prevención.

La presentación de esta sección, nos muestra sin lugar a dudas que las áreas relacionadas con el VIH/SIDA y que se han evaluado en diferentes poblaciones son: prevención, transmisión, etiología y sintomatología. Sin embargo los conocimientos sobre prevención y transmisión son los temas más recurrentes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

en los estudios evaluativos, la revisión presentada a grandes rasgos nos hace suponer que independientemente del país, año y población objetivo, los conocimientos que se poseen son aceptables, a excepción del estudio de Sweat y Levin (1995) llevado a cabo en Estados Unidos, en donde los autores señalan que las condición de minoría de las muestras evaluadas, pudo ser una variable determinante para los bajos niveles de conocimientos encontrados.

### 3.2 Actitudes hacia el SIDA

Algunas personas tienen cierta postura u opinión hacia alguna cosa o circunstancia, a esto se le denomina "actitud". En el caso de las actitudes y el VIH/SIDA se evalúa lo que una persona piensa, sabe o haría frente a situaciones que implican tener alguna relación con individuos que están infectados con VIH/SIDA, o su actitud hacia el uso del condón entre otras cosas. Sin embargo, en la literatura encontramos que por lo general se evalúan simultáneamente las actitudes, y los conocimientos relativos a diferentes aspectos del VIH/SIDA.

Un ejemplo de esto es la investigación realizada por Epstein (1991) en donde evaluó los conocimientos relacionados con el VIH/SIDA y las actitudes hacia dicha enfermedad en 430 pacientes de un hospital en Estados Unidos. La mayoría de los encuestados mostraron preocupación por un posible contagio con VIH; el 85% de la muestra expresó el deseo de discutir los temas relacionados con el VIH con su doctor familiar, sin embargo, menos del 8% realmente lo había hecho, llegando a la conclusión de que los médicos familiares necesitan tomar un papel más activo educando y aconsejando a los pacientes sobre el VIH/SIDA y así tener una actitud positiva y no de miedo.

En el estudio ya citado de Datta y Bandyapadhyay, (1997) al evaluar las actitudes de las enfermeras hacia los pacientes infectados con el virus, observaron que el 33% tenía actitudes negativas hacia la enfermedad y un 24% mostraba una actitud negativa hacia el cuidado de los pacientes infectados. Además temían un posible contagio al no tener un cuidado apropiado. Sugieren que se den continuos y efectivos entrenamientos a este tipo de personas ya que tienen contacto directo con personas que están infectadas con VIH/SIDA.

En otro estudio Roberts, Barkley y Smith (1994) presentaron un informe sobre los resultados de la evaluación de conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA con adultos jóvenes. Los resultados indicaron que la mayoría de la población encuestada estaba consciente de que las relaciones sexuales son de alto riesgo para la infección de VIH (90.3%), y el compartir agujas (40%). Además un 9% reportó que él besa, o el estar cerca de personas con VIH es de alto riesgo para la infección. Un 85% de la población tuvo una actitud positiva hacia las personas que viven con VIH/SIDA, ya que señalaron que no tienen inconveniente en vivir cerca de una persona infectada, asimismo consideran que podrían brindar la ayuda necesaria a dichas personas. Finalmente, los resultados mostraron que las actitudes parecen estar relacionadas estrechamente con el nivel de conocimientos. Los autores señalan la necesidad de planear programas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

educativos que amplíen el nivel de conocimientos de la población y de esta manera producir cambios positivos en las actitudes de la misma.

Otro estudio similar se realizó con 3545 adultos heterosexuales (hombres y mujeres) con una edad media de 44 años. El estudio reveló que el 65% de la población encuestada tenía una tolerancia hacia las personas que vivían con VIH/SIDA, atribuyendo esto a que tenían un nivel más alto de educación e ingresos. En relación a las prácticas de riesgo se observó que el 14% de las mujeres encuestadas tenían prácticas de riesgo, como el tener relaciones sexuales sin protección, así como el uso de alcohol y drogas con el sexo (Bastani, Erickson, Marcus, Maxwell y Capell, Freeman, y Yan, 1996).

Los estudiantes han sido una población no menos importante y también evaluada. En 1996 Alvarez, López, García y Fernández evaluaron a 450 estudiantes de nivel medio superior con una edad media de 17 años, fueron tres los aspectos evaluados: conocimientos sobre VIH/SIDA, actitud hacia las personas infectadas y prácticas sexuales. Los datos mostraron que el 52.8% contestaron correctamente a los cuestionamientos acerca de los conocimientos sobre prevención y transmisión. Con respecto a las actitudes hacia las personas con VIH/SIDA el 89.6% respondieron que aceptarían a alguien infectado en sus clases y proporcionarían ayuda; el 65% estaban angustiados sobre la posibilidad de estar infectados. Los autores concluyeron que dichos resultados podrían ser útiles para un plan de intervención de educación de salud futura.

En el estudio de la Secretaría de Salud y CONASIDA de 1989 (a,b,c) realizado con 3 poblaciones (población en general, personal de salud, homosexuales y bisexuales) y en donde evaluaron 3 aspectos importantes del VIH/SIDA, conocimientos, prácticas sexuales y actitudes hacia el SIDA, se encontró que el 90% del público en general daría apoyo a algún familiar, amigo o pareja y el 10% restante respondió que mantendría el secreto o habría algún rechazo con estas personas. El 95% del personal de salud consideró que daría apoyo moral a cualquier amigo, familiar o pareja y el 5% rechazaría o mantendría en secreto el hecho de conocer a alguien con esta enfermedad. En relación a la población homosexual y bisexual, en donde prácticamente se evaluaron las actitudes ante posible infección, los resultados mostraron que más del 90% buscaría ayuda médica, el 80% buscaría apoyo psicológico, el 80% de la población dejaría de tener relaciones, el 44% se alejaría de familiares, amigos y el 3% tendrían relaciones sexuales sin medidas preventivas. En cuanto a las actitudes con amigos, familia y pareja un 40% mantendría en secreto el hecho de que estuviera infectado, más del 90% le daría apoyo moral y un 5% rechazaría a una persona que estuviera enferma de VIH/SIDA.

A manera de resumen podemos señalar que al parecer la población en general, llámese personal de salud, estudiantes, pacientes con alguna enfermedad de transmisión sexual, jóvenes adultos, homosexuales, bisexuales etc., además de mostrar buenos conocimientos, su actitud hacia las personas contagiadas por el VIH es positiva, ya que señalan que los apoyarían, sin embargo, si los

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



encuestados fueran los infectados un porcentaje mínimo lo mantendría en secreto aún cuando buscarían ayuda médica y/o psicológica.

### 3.3 Prácticas Sexuales

Otra variable evaluada en el campo del VIH/SIDA se relaciona con las prácticas sexuales que representan en su conjunto una variable de riesgo. Dichas prácticas han sido diversas entre las más estudiadas tenemos: relaciones sexuales con o sin protección, número de compañeros sexuales, coito vaginal, relaciones anales, orales, masturbación, etc. A continuación presentamos una breve descripción de los trabajos más representativos de los revisados en esta área.

Guereña, Beneneson y Bucardo y Cunel (1992) y Stephen, Thomas, Bonnie y Hodges (1991) realizaron estudios con homosexuales y bisexuales cuyo objetivo fue determinar las prácticas sexuales más comunes así como el uso del condón, dichos autores encontraron que más del 80% de los encuestados tenían relaciones anales pasivas, así como relaciones orales, por otra parte se observó que algunos consumieron drogas durante estas prácticas, un dato importante fue que el 50% de los individuos no usaron condón en sus relaciones.

Cabe mencionar que una de las poblaciones estudiadas es la población constituida por las personas seropositivas o con SIDA. Hernández, Camacho y Moreno (1994) evaluaron a dicha población, los autores encontraron que ambos grupos realizaron prácticas con hombres, el 90% se infectó por vía sexual, además no se percibían en riesgo, y señalaron como grupos de riesgo a los drogadictos y prostitutas

Asimismo, Singh, Koman, Catan, Souply, Birkel y Golaszweski (1993) realizaron un estudio con seropositivos hispanos cuya característica adicional fue que todos ellos eran drogadictos intravenosos. Los autores señalan que la edad, las prácticas sexuales y la forma de vida son determinantes para estar en mayor riesgo de infección. Aún cuando encontraron que el 71% de la población tenía sexo seguro y el 29% llevaba a cabo prácticas de riesgo tales como relaciones sexuales con múltiples parejas

Izazola, Avila-Figueroa, Gortmaker y Del Rio (1991) y Kalichman (1996) llevaron a cabo estudios con una población constituida por personas seropositivas y con SIDA, las variables evaluadas fueron el uso de drogas, el número de parejas, así como el tipo de relaciones sexuales y el uso del condón. Ambos autores encontraron resultados semejantes, en primera instancia encontraron que ambas muestras utilizaban drogas en sus encuentros sexuales. Asimismo encontraron que un número considerable de parejas en donde las relaciones eran tanto receptivas como insertivas, un dato adicional demostró que un mínimo de personas hacía uso de condón. Izazola et al (1991) menciona que los encuestados suponían y atribuían su seropositividad al hecho de haber tenido por lo menos 40 parejas sexuales

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Un detalle importante que hay que destacar es la comparación que los investigadores realizan con diferentes poblaciones. De esta forma al comparar los seropositivos con los seronegativos (población que se realizó la prueba de VIH y tuvo resultado negativo) encontramos que autores como Futterman, Rotheram-Borus y Shaffer (1995) que evaluaron a adolescentes VIH positivos y VIH negativos, encontraron que el 100% de las mujeres seropositivas tenían sexo vaginal, el 70% sexo oral receptivo; y el 55% sexo anal receptivo. Por su parte el 100% las seronegativas sexo vaginal; el 50% sexo oral receptivo; y el 15% sexo anal receptivo. Los hombres seropositivos realizaron sexo vaginal en un 70%; el 50% tuvo sexo oral receptivo y anal receptivo; los hombres seronegativos realizaron a su pareja sexo vaginal o coital en un 100%; sexo oral receptivo y sexo anal receptivo sólo en un 2% y un 10% realizó prácticas de sexo anal insertivo. Cabe mencionar que se atribuye que el porcentaje de prácticas de riesgo en seronegativos es menor ya que tienen menos prácticas de riesgo sin protección.

Otro estudio es realizado por Cochran, Leeuw y Mays (1995) dichos autores encuestaron a homosexuales y bisexuales blancos y africanos. La muestra evaluada había asistido algún curso o taller sobre VIH/SIDA. Los autores evaluaron específicamente algunas prácticas sexuales; encontrando que el 65% se masturbaba, el 51% tenían relaciones orales, el 27.1% realizaba sexo anal con protección; asimismo practicaban sexo anal activo eyaculando dentro de su pareja en 11.1%. En contraste los individuos que nunca asistieron a tal curso tuvieron un mayor porcentaje en las conductas de riesgo, un 72.3% se masturbaban, el 60.9% tenían relaciones orales, en cuento a las relaciones anales el 44% de la muestra realizaba esta práctica utilizando protección, y un 18% tenían sexo anal insertivo.

Por otro lado el objetivo de otros estudios ha sido la evaluación de los factores que predicen un mayor riesgo para contraer el VIH en hombres gays. A 6000 hombres gays de 16 ciudades americanas se les encuestó acerca de su conducta sexual, con el fin de determinar si tenían prácticas de riesgo para contraer VIH. Se encontró que un 27% de la población encuestada tenía una sola pareja en un largo periodo de tiempo. Por otra parte el 69% de los encuestados reportaron tener relaciones anales pasivas; los demás tenían un gran número de compañero sexuales y se estimó que estaban en un riesgo mayor ya que no utilizaron ninguna protección. Asimismo mencionan que para que haya una prevención adecuada y con buenos resultados se deben cambiar las normas sociales para tener un sexo más seguro (Kelly et al. 1995).

Por su parte Lawrence, Kelly y Lawrence y Brasfield (1995) realizaron un estudio con hombres gays, hispanos negros y blancos, estos autores evaluaron prácticas sexuales, número de parejas, uso del condón y la prueba de anticuerpos de VIH. Los autores encontraron que toda la población encuestada tenía un alto número de parejas sexuales, más del 80% utilizaba protección en sus encuentros sexuales y un 50% se había realizado la prueba del VIH; asimismo se percibieron en riesgo para contraer VIH; además de tener un elevado número de amigos con SIDA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sobogal, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman y Lemp. (1992) evaluaron en homosexuales bisexuales, transexuales y heterosexuales, sus prácticas sexuales, uso de drogas y la prueba de anticuerpos de VIH, así como el uso del condón. De toda la población el 52% reportó un comportamiento sexual con el uso de drogas, hecho que los pone en peligro para contraer VIH; el 47% reportó haber practicado sexo anal sin protección; el 73% realizaron actos homosexuales; un 46% de los individuos había tenido un solo compañero sexual en los últimos meses, el 72% se habían realizado la prueba de VIH y de todos estos el 32% eran seropositivos.

En el estudio llevado a cabo en nuestro país en 1989c por la Secretaría de Salud, con relación a las prácticas sexuales del público en general se encontró que el 22% de la población no habían iniciado su vida sexual y de las personas que tenían relaciones tenían una edad promedio de 19 años. De los sexualmente activos el 1% refirieron antecedentes de prácticas homosexuales, el 55% mantuvieron relaciones con una persona, el 5% tuvo de 2 a 5 parejas sexuales en un periodo previo de 4 meses, el 9% identificaron al condón como medida adecuada para prevenir el SIDA. Del 90% que había tenido relaciones sexuales el 40% habían utilizado el condón cuando menos alguna vez, la finalidad con que se ha usado el 85% como método de planificación familiar, el 40% para prevenir ETS y el 20% para prevenir SIDA.

Por su parte el 15% del personal de salud reportó que no habían iniciado su vida sexual, el 85% de los entrevistados habían tenido relaciones sexuales, la edad promedio de su primera relación fue de 20 años; de los que tuvieron relaciones sexuales el 1% habían tenido relaciones homosexuales, el 12% la había tenido con más de una pareja, las personas que realizaron prácticas sexuales el 18% habían utilizado condón, de éstos el 88% lo utilizaba para planificar la familia y el 14% para prevenir VIH/SIDA.

En cuanto a los homosexuales y bisexuales, los resultados demostraron que el 50% de los sujetos iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años, el 45% conocían a sus parejas sexuales en bares o discotecas, un 49% en fiestas o reuniones, y un 20% en cafés o restaurantes. Las prácticas realizadas con mayor frecuencia con hombres fueron: con un 87% la penetración por el ano a un compañero, en un 70% depositar semen, en un 18% recibir semen en la boca, con un 41% relaciones anales pasivas, con un 34% recibir semen en el recto. El 97% conocía el condón, el 24% lo reportó como medio para la prevención de ETS y SIDA y el 95% lo utilizan en sus relaciones.

La revisión de los trabajos descritos aún cuando no es exhaustiva, si nos permite conocer aquellas prácticas sexuales consideradas en las investigaciones sobre VIH/SIDA y las variables que de una u otra forma podrían determinar como riesgosa una práctica sexual. Es importante señalar que los estudios descritos en este apartado, en su mayoría fueron con sujetos homosexuales (gays), bisexuales, seropositivos y seronegativos. En primera instancia en los reportes en donde se evaluó la vía de transmisión y la percepción de riesgo, se observó que, la mayoría

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de los sujetos bajo estudio, reportaron haberse infectado por vía sexual y se percibieron en riesgo.

Con relación a las prácticas sexuales, en los estudios con homosexuales y bisexuales, éstos reportaron haberse involucrado en los comportamientos considerados en la literatura como más riesgosos como lo son: relaciones anales insertivas y receptivas y relaciones orales y algunas otras menos riesgosas como la masturbación. La mayoría de los adolescentes hombres y mujeres seropositivos y seronegativos reportaron las relaciones coitales, sin embargo, la mitad de esta muestra reconoció haber llevado a cabo sexo anal receptivo, en el caso de los adultos seropositivos, estos además de haber tenido sexo anal receptivo también reportaron sexo anal insertivo.

El uso del condón y el número de parejas sexuales son variables que aumentan el riesgo para contraer el VIH, en las investigaciones antes referidas, ambas variables fueron reportadas por las muestras evaluadas, salvo algunas excepciones, tanto homosexuales y bisexuales, como seropositivos, adultos y adolescentes, señalaron no haber utilizado protección en sus encuentros sexuales, así como haber tenido múltiples parejas. Sin duda, estos datos nos muestran la variedad de prácticas que pueden ser evaluadas y algunas de las variables asociadas a las mismas y que las definirían como riesgosas o no, aspectos que sirvieron de base para la presente investigación.

### 3.4 Prácticas Sexuales, Uso de alcohol y Drogas

Mucho se ha hablado de la estrecha relación entre el consumo de drogas y las conductas sexuales de riesgo. En este apartado se describen algunos estudios en donde se demuestra como el comportamiento sexual se vuelve riesgoso cuando se hace uso de sustancias como el alcohol o las drogas.

Un estudio en donde se evaluó la relación entre uso de drogas y conductas de riesgo en 1245 drogadictos, demostró que el 89.2% informaron haber estado en riesgo de infectarse con el virus del SIDA, asimismo el 32% de los entrevistados se inyectaban drogas sin ninguna precaución. El análisis relativo a las prácticas sexuales demostró que el 84.4% realizaban prácticas de riesgo sin ningún tipo de protección llevando a cabo en una misma relación sexo anal, coital y oral, demostrando así una correlación de riesgo entre las variables evaluadas (Cnsp. Ross, Barber, Wodak, Goid y Miller, 1993).

Lating, Mandell y Vlaho (1996) realizaron un estudio con hombres adultos africanos desempleados, dichos autores evaluaron la relación entre el consumo de drogas, alcohol y las conductas sexuales. Los resultados mostraron que las conductas sexuales de riesgo estaban significativamente asociadas con el uso de drogas y crack. Es importante señalar que encontraron una relación significativa entre el alcohol, las drogas y el reporte de múltiples parejas, sin embargo el uso de drogas y crack estuvo asociado a las relaciones sexuales con parejas ocasionales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por su parte Kusseling, Shapiro, Greenberg y Wenger en 1996 realizaron una investigación con 652 adultos heterosexuales activos sexualmente, dichos autores evaluaron algunas variables relacionadas con el uso del condón. El 61% de los sujetos informaron no tener sexo seguro con su último compañero sexual y explicaron porqué el 62% tenía una baja percepción acerca de la posibilidad de infectarse con el VIH, el 20% mencionaron que no existía la disponibilidad del condón, el 19% no quisieron usar un condón, el 15% no podían detenerse, 14% por la influencia del compañero y el 11% por el uso de alcohol y drogas.

Es de todos conocido que los jóvenes de la calle usan drogas, este hecho es común en los países tanto desarrollados como subdesarrollados. En la ciudad de Los Angeles Kipke, O'Connor, Palmer y Mackenzie (1995) entrevistaron a 409 jóvenes de la calle de los cuales el 20% reportó consumir drogas, el 43% se prostituían por supervivencia (por intercambio de dinero, comida, por un lugar para dormir, por ropa o drogas), 40% eran homosexuales o bisexuales, 70% de los jóvenes eran sexualmente activos con un promedio de 11.7% compañeros sexuales en los últimos 30 días. Por otra parte un número considerable reportó el uso de drogas cuando tenían relaciones sexuales; el 55% usaba marihuana, el 62% metanfetaminas y crack el 38%

Otro grupo de estudios igualmente vinculados al uso de drogas y su relación con comportamientos de riesgo, lo representan aquellos en donde los sujetos evaluados han sido los homosexuales y/o bisexuales uno de ellos es el que realizaron Croft, Marcus, Meade, Sattler, Wallace y Sharp, en 1995 en donde evaluaron 169 homosexuales que utilizaban drogas intravenosas, las variables evaluadas fueron la percepción de riesgo y uso del condón. Los autores señalan que sólo el 27% de los sujetos evaluados se consideró en riesgo de infectarse de VIH, por otra parte solo el 15% informó haber utilizado el condón durante el sexo anal con más de dos compañeros en un mes.

Otro estudio semejante fue el realizado por De Graaf, Vanwesenbeeck, van Zwssen, Straver y Visser (1995), aún cuando los sujetos que participaron fueron prostitutas, y porositutos homosexuales y bisexuales, los autores investigaron la relación entre el consumo de alcohol y drogas y el uso del condón. Los autores encontraron que es común el uso de alcohol y drogas entre estos grupos, asimismo resaltando aspectos importantes 1) que el consumo de alcohol y drogas tiene un efecto negativo sobre el uso del condón y, 2) que dicho consumo facilita la práctica de conductas sexuales de alto riesgo.

La evaluación de personas bisexuales también ha sido blanco de diversas investigaciones, Latkin, Mandell y Vlaho (1996) realizaron un estudio con hombres bisexuales que llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo y la percepción de infectarse de VIH, mencionando que estas personas utilizan más frecuentemente el condón en sus encuentros sexuales con hombres que con mujeres. Afirman que están en riesgo de contraer VIH porque, se prostituyen, porque se inyectan drogas y por la exploración de su identidad sexual

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para resumir lo reportado por las investigaciones que exploran la relación entre comportamiento sexual y consumo de alcohol y/o drogas es importante destacar dos puntos. Por una parte, la práctica de uso de drogas intravenosas cuando se comparten jeringas es riesgosa en sí misma, ya que como se recordará se tiene contacto directo con el virus y por la otra, el estar bajo los efectos del alcohol y/o drogas tiene efectos claramente identificados sobre la conducta sexual. Espada y Quiles (2002) señalan que se pierde la capacidad de control, y resulta difícil recordar las medidas preventivas y más aún llevarlas a cabo. De esta forma, el uso de alcohol y/o drogas es una variable más, que debe ser considerada como un elemento facilitador o inhibidor del comportamiento preventivo.

El presente trabajo parte de dos supuestos fundamentales:

1. El papel que juegan los conocimientos resulta fundamental para la prevención, de esta forma y dado que el presente trabajo parte del modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes (1990), se señala a continuación las implicaciones que tienen los conocimientos para la prevención. Ribes ubica a los conocimientos dentro las competencias necesarias que debe poseer un individuo para verse fuera de riesgo, mencionando que un sujeto debe "saber qué es el SIDA, cómo se manifiesta, cómo se contagia, cómo se trata y sus posibilidades de curación, y cómo se previene" (pág 62).
2. El comportamiento es el eje rector del proceso de salud enfermedad; pues "el hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica" (pág 20).

Planteamiento del Problema

1. Dado que los conocimientos participan de una manera importante en la prevención del VIH/SIDA como parte de las competencias que debe poseer un individuo, su evaluación resulta necesaria, aún cuando, como señala Ribes (1990) la información es una condición necesaria pero no suficiente para lograr la prevención. En este sentido se requiere de estudios que evalúen los conocimientos que la población posee en relación al VIH/SIDA, dichos conocimientos deben ser relativos a diferentes áreas tales como: prevención, etiología, sintomatología, epidemiología y transmisión.
2. Como se señaló en la revisión de los trabajos empíricos es necesario conocer las prácticas más comunes que llevan a cabo los individuos, llámense seropositivos o no. Sin embargo la evaluación del comportamiento sexual, debe ir más allá de la mera enumeración de los comportamientos practicados por diferentes poblaciones. Es necesario conocer en palabras de Ribes (1990): "lo qué la gente hace, cómo la hace, con quién lo hace, con qué frecuencia lo hace y bajo qué circunstancia lo hace".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3. Aún cuando se han evaluado diferentes prácticas consideradas como de riesgo para contraer el VIH y las variables involucradas, no existe en la literatura un estudio que evalúe de manera conjunta en pacientes seropositivos, conocimientos, diversas practicas sexuales (de prevención y riesgo) y las variables relacionadas con el riesgo.
4. En el caso específico de los sujetos seropositivos, es evidente en los estudios descritos, que los pacientes seropositivos se involucraron en comportamientos de riesgo antes de su diagnóstico, y más aún en muchos de ellos también después de éste. De esta forma, es necesario conocer las prácticas sexuales concretas tanto de prevención como de riesgo, en las que se involucraron antes de su diagnóstico, pero también las posibles variables relacionadas con éstas, concretamente con qué frecuencia las llevaban a cabo, si usaban o no alguna protección, frecuencia del uso de protección, con qué tipo pareja solían tener relaciones sexuales, quién tomaba la iniciativa para usar protección, razones para usar o no protección, etc.
5. La evaluación de dichos comportamientos hace alusión a antes de su diagnóstico, porque suponemos que después de éste probablemente su conducta cambio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

- 1.-Evaluar los conocimientos relacionados con el VIH/SIDA de una muestra de personas que viven con VIH/SIDA (seropositivas) y,
- 2.- Evaluar en catorce prácticas sexuales las variables relativas a la forma particular en que se llevaban a cabo éstas en una muestra de pacientes seropositivos antes de ser diagnosticados como tales.

## METODO

### *Sujetos*

Total de sujetos, y rangos de edad

Participaron 101 pacientes diagnosticados como seropositivos. Las edades fluctuaron entre los 15 y 63 años. Al agruparlos por rangos de edad se observó que el 56% tenían entre 26 y 35 años de edad, el 19% entre 15 y 25 años, el 17% entre 36 y 45, el 8% entre 46 y 63 años, el 3% no contestó.

### Selección de la muestra

Para la realización del presente estudio se recurrió a la muestra no probabilística de sujetos voluntarios ya que la población encuestada fueron pacientes voluntarios diagnosticados como seropositivos, asimismo la decisión de elección fue por parte de los investigadores (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Asimismo se procuró que los sujetos tuvieran por lo menos 6 meses de haber recibido el diagnóstico de seropositividad.

### Lugar de aplicación

El lugar de aplicación de los cuestionarios abarcó varias instituciones no gubernamentales, entre ellas Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA (FMLS), CONASIDA, CAPSIDA, Albergues de México (AM) e Instituciones Privadas, asimismo algunas instituciones gubernamentales tales como: Hospitales del IMSS, Hospitales de la Secretaría de Salud (SA), entre otras.

### Recursos materiales y humanos

El estudio se llevó a cabo con la participación de 3 investigadores quienes aplicaron el instrumento de evaluación. También se utilizó un equipo de cómputo y el programa SPSS con el que se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos. Asimismo se contó con 150 juegos de cuestionarios y 200 hojas de respuesta.

### Variables

En el presente estudio las variables atributivas que sirvieron para hacer las comparaciones y análisis más importantes fueron las siguientes:

1. Género (Masculino y femenino).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



2. Edad de los pacientes seropositivos.

3. Preferencia sexual

Como variables dependientes se definieron las siguientes:

1. Nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA.

2. Prácticas sexuales

Tipo de estudio

Para la realización del estudio se tomó en cuenta la clasificación de Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (1994), ubicando a la presente investigación como estudio prospectivo, ya que la información obtenida se recopiló de acuerdo a los criterios de los investigadores y para los fines específicos de la investigación. Asimismo, según Méndez y et al. (1994) este es un estudio transversal ya que sólo se midió en una sola ocasión a cada una de las variables definidas en un grupo específico, que en este caso fueron los pacientes seropositivos. El estudio también puede ser considerado como descriptivo-observacional ya que solo se describe a la muestra evaluada con relación a las variables medidas, lo que permitió establecer asociaciones entre varias variables dentro de la muestra (edad, sexo, preferencia sexual y seropositividad; conocimientos acerca del VIH/SIDA y prácticas sexuales).

Descripción del Instrumento.

El instrumento estuvo dividido en tres secciones o partes, en este trabajo solo presentaremos los resultados relativos a las dos primeras. (Ver anexo 1):

PARTE I

Esta sección incluyó los datos demográficos tradicionalmente evaluados, además otros de importancia, dado el objetivo del estudio; dichos datos fueron los siguientes:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad</li> <li>-Sexo</li> <li>-Estado civil</li> <li>-Escolaridad</li> <li>-Preferencia sexual</li> <li>-Fecha aproximada de diagnóstico de Seropositividad</li> <li>-Vía de transmisión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ocupación</li> <li>-Número de hijos</li> <li>-Ingreso mensual</li> <li>-Prácticas religiosas</li> <li>-Apoyo recibido</li> <li>-Institución donde se recibió apoyo</li> <li>-Tiempo que recibe apoyo</li> <li>-Cursos sobre SIDA.</li> </ul>
--	--

Estas preguntas en su mayoría fueron de opción múltiple. Asimismo esta parte incluyó la sección denominada evaluación de conocimientos. La cual tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos de los entrevistados en cinco áreas de conocimiento. Es importante señalar que se empleo el instrumento diseñado por Alfaro, Rivera y Díaz (1991), el cual fue modificado, concretamente con relación a los datos epidemiológicos, dado que las cifras nacionales y en el ámbito mundial de 1991 a la fecha de aplicación habían variado, así como la información relativa los grupos de riesgo. Las áreas de conocimiento evaluadas fueron las siguientes:

- Etiología
- Sintomatología
- Epidemiología
- Prevención
- Transmisión

El número total de ítems incluidos en esta sección fue 46 preguntas, de las cuales 13 fueron de opción múltiple y 33 de cierto-falso. Las instrucciones precisas hicieron alusión a señalar con una X aquella respuesta que consideraban era la correcta.

## PARTÉ II

La parte II del cuestionario fue denominada Prácticas sexuales, en ésta se evaluaron 14 comportamientos sexuales. Los objetivos de esta sección dentro del cuestionario, fueron: 1) Determinar cuáles de las 14 prácticas sexuales definidas habían sido llevadas a cabo (Ver Cuadro 1).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 1

<b>PRACTICAS EVALUADAS</b>
<b><i>Prácticas de riesgo</i></b>
<b>Relaciones Sexuales coitales</b> <b>Relaciones Homosexuales</b> <b>Relaciones sexuales en Grupo</b> <b>Relaciones Sexuales con Parejas Ocasionales</b> <b>Relaciones Sexuales Anales Pasivas</b> <b>Relaciones Sexuales Anales Activas</b> <b>Relaciones Sexuales Orales Activas</b> <b>Relaciones Sexuales Orales Pasivas</b> <b>Uso de Instrumentos o Juguetes Sexuales</b>
<b><i>Prácticas de prevención</i></b>
<b>Masturbación Solitaria</b> <b>Masturbación en Compañía</b> <b>Masturbación Pasiva</b> <b>Caricias Activas</b> <b>Caricias Pasivas</b>

y 2) Cómo se habían practicado, para lo cual se incluyeron preguntas que hicieron alusión: a los siguientes aspectos, y que en adelante denominaremos elementos complementarios (Ver Cuadro2)

Cuadro 2

<b>ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS</b>
Frecuencia por mes con que se llevaba a cabo dicha práctica
Tipo de pareja con que se llevaba a cabo dicha práctica
Si usaba o no-protección
Frecuencia con que se usaba condón
Tipo de pareja con la que se usaba protección
Bajo qué circunstancias utilizaba protección
Quién tomaba la iniciativa para usar protección.
Tipo de pareja con la que no se usaba protección
Bajo qué circunstancias no se utilizaba protección

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Las opciones correspondientes para cada elemento complementario fueron las siguientes:

ELEMENTO	OPCIONES
Se llevaba a cabo dicha práctica sí o no	SI NO
Frecuencia por mes de dicha práctica	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.
Si usaba o no-protección	SI NO
Frecuencia con que se usa o no-protección	A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales. B) La mayoría de las veces. C) La mitad de las veces. D) Casi nunca.
Parejas con las que se usaba protección Parejas con las que no usaba protección	A) Sólo con mi pareja estable. B) Con parejas ocasionales C) Con trabajadores (as) del sexo D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad E) Con personas desconocidas G) Otras. Cuáles?
En qué situaciones usaba protección En qué situaciones no se usaba protección	A) Sólo cuando me pedían que la utilizara. B) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual. C) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual D) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja. E) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja F) Otras. Cuáles:
Quién tomaba la iniciativa para usar protección	( ) TU ( ) TU PAREJA ( ) AMBOS

Es importante resaltar el contenido de las instrucciones, dado que se suponía que los pacientes seropositivos habían cambiado su comportamiento sexual, a partir de su diagnóstico, las instrucciones enfatizaron que debían responder con relación a lo que hicieron antes de ser diagnosticados como

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

seropositivos y no lo que creían o consideraban correcto, las instrucciones textuales fueron las siguientes:

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas con lo que HAS HECHO (Y NO LO QUE HARÍAS O LO QUE PIENSAS QUE PODRÍA SER CONVENIENTE) con respecto a tu comportamiento sexual. En estas preguntas existen varias opciones; en tu "Hoja de Respuestas Parte II" marca con una "x" sólo una de las opciones, aquella que más se asemeje a lo que hacías antes de ser **diagnosticado como persona con VIH**, no a lo que actualmente haces. Te reiteramos que tus respuestas sólo serán utilizadas con fines estadísticos, por lo que te pedimos que contestes con la mayor seriedad y sinceridad posible. Si tienes dudas sobre el significado de algunas palabras, al final del cuestionario encontrarás un glosario que te servirá de ayuda. Gracias por tu amable cooperación.

Esta sección estuvo compuesta por 130 preguntas de opción múltiple relativas a las 14 prácticas sexuales señaladas anteriormente y sus respectivos elementos complementarios. Es importante resaltar el contenido de la pregunta 131, ésta evaluó de manera sintética el comportamiento sexual de los pacientes seropositivos en los últimos tres meses. Concretamente se evaluaron 14 prácticas sexuales, y de éstas si se practicaba o no, frecuencia con que se practicaba, si se utilizaba o no-protección, y si se practico bajo el efecto de alcohol o drogas: Esto nos permitió aproximarnos al comportamiento sexual de los pacientes en el momento de la aplicación del cuestionario, y en un momento posterior, la comparación de su comportamiento sexual antes y después de su diagnóstico.

### **Procedimiento**

El procedimiento seguido fue sencillo, primero se contactó al responsable del área de Psicología en cada una de las instituciones que podrían colaborar, se le presentaba el proyecto y se llevaban a cabo varias entrevistas en donde se les expuso el proyecto y se resolvieron dudas, una vez que aprobaba la investigación se contactaban a los pacientes. En un primer momento se les explicaban los objetivos de la investigación haciendo énfasis en la importancia de su cooperación, posteriormente y una vez que aceptaban, entonces se procedía a darles el cuestionario correspondiente y se le reiteraba que la información era confidencial.

El investigador permaneció a la vista de los sujetos por si se requería alguna aclaración. De esta forma una vez que los sujetos terminaban de contestar el cuestionario, este era entregado al experimentador, mismo que daba las gracias al paciente por su cooperación. Es importante señalar que algunos de los sujetos evaluados, no sabían leer y/o escribir, por lo que fue necesario aplicar el cuestionario a manera de entrevista, el tiempo aproximado requiendo para completar el cuestionario fue de 60 minutos. Asimismo después de unos días se les entregaba una constancia como agradecimiento por su cooperación.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **Resultados**

Antes de pasar a la descripción propiamente dicha de los resultados relativos a los conocimientos y prácticas sexuales, describiremos brevemente algunas variables demográficas evaluadas en los sujetos participantes, las cuales nos permitirán hacer algunas comparaciones importantes.

### **Fecha aproximada de diagnóstico**

En cuanto a la fecha aproximada de diagnóstico los datos indicaron que el 18% de los sujetos tenía menos de un año de haber sido diagnosticado, el 27% entre 1 año y 3 años, el 24% entre 4 y 6 años, el 18% entre 7 y 9 años, el 7% más de 10 años y el 5% no contestó.

### **Escolaridad**

El análisis relativo a la escolaridad indicó que el 46.1% había cursado estudios de licenciatura, 17.5% secundaria, 15.5% preparatoria, 18.6% nivel técnico el 1% cursos de maestría, otros estudios el 1%

### **Estado civil**

Con relación al estado civil de los entrevistados se observó que el 70.4% reportó ser soltero, el 14.3% estar en unión libre, el 8.2% casados, divorciados el 4.1%, y el 3.1% viudos.

### **Práctica religiosa**

El 55.8% reportó llevar a cabo alguna práctica religiosa

### **Institución de la que proviene el apoyo recibido**

El 32.9% reportó haber recibido apoyo de alguna institución de salud pública, el 51.6% de alguna institución no gubernamental y el 15.3% en ambos tipos de institución.

### **Tipo de ayuda recibida**

En relación con el tipo de ayuda recibida se encontró que el 12.5% de los entrevistados habían recibido ayuda psicológica y/o haber participado en grupos de autoayuda, el 25% únicamente ayuda médica, el 60.4% los tres tipos de ayuda, el 2.1% otro tipo de ayuda.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### Actividad

En cuanto a la actividad que desempeñan los pacientes entrevistados los datos indicaron que el 17.8% esta desempleado, el 41.6% tiene algún oficio, el 9.9% lleva a cabo alguna actividad a nivel técnico, el 12.9% son estudiantes, el 5.9% eran profesionistas, el 5% otros.

En resumen se observa que la mayoría de los sujetos tenían entre 1 y 3 años de haber recibido diagnóstico de seropositividad, la mayoría había estudiado alguna licenciatura, así mismo la mayoría de los seropositivos eran solteros, cabe mencionar que la mayor parte de los sujetos fueron atendidos en una institución no gubernamental, además de recibir ayuda psicológica, médica y grupos de autoayuda. Finalmente es importante señalar que poco menos de la mitad realizaban algún oficio como trabajo remunerado, entre otros como estilistas.

### Género de los sujetos y preferencia sexual

De los 101 entrevistados 86% fueron hombres y 13% mujeres y el 1% no contestó. Asimismo el 76% de ellos reportaron ser homosexuales, el 13% bisexuales, el 11% heterosexuales y el 1% no contesto.

### Vía de transmisión

Dicho análisis indicó en términos generales que el 96% de la población estudiada se contagio vía sexual.

### Conocimientos

Como se recordará en relación a los conocimientos se evaluaron 5 áreas relacionadas con el VIH/SIDA; epidemiología, etiología, sintomatología, transmisión y prevención, en la Figura 1 se muestra el porcentaje promedio de respuestas correctas en cada una de las áreas evaluadas. En el área de epidemiología se encontró que el porcentaje promedio de respuestas correctas fue de 57.83%, en el área de etiología un 60.81%, en el área de sintomatología un 83.7%. Con respecto a la transmisión se encontró un 84.54% promedio de respuestas correctas y un 78.18% en prevención. Ahora bien el porcentaje promedio global fue de 73.71%. Un análisis comparativo indicó que las áreas que más conocen los sujetos son las de transmisión y sintomatología, siendo la que menos conocen la de epidemiología

Haciendo un análisis más detallado se encontró que en el área de transmisión las personas encuestadas tienen todavía mitos y creencias sobre las formas de transmisión del VIH, ya que un 30% de la muestra encuestada contestó afirmativamente a la pregunta sobre si el VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas, así como un 14% afirmó que el virus se podía contraer por un piquete de insecto. Por otra parte se encontró que el 52% de los sujetos mencionaron que las personas que donan sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aun con medidas preventivas siendo esto es falso, otra pregunta

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

en donde se observa una desinformación es la que se refiere a las jeringas desechables y esterilizadas y en donde el 34% de los sujetos suponen que la través de las jeringas desechables y esterilizadas existe probabilidad de contagio, cuando en realidad es el intercambio de jeringas.

Con respecto al área de sintomatología se encontró un buen nivel de conocimientos, pero en algunas de las preguntas nos hace pensar la falta de información, por ejemplo, el 20% de los sujetos mencionaron que el SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH, situación que es falsa, ya que el SIDA es la última etapa de la enfermedad. Asimismo el 32% desconocen que a medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva, finalmente el 20% desconoce que el SIDA constituye solo la etapa final de la infección con el VIH.

En el área de prevención también se encontraron varias situaciones por lo menos el 10% de la muestra encuestada tuvo respuestas incorrectas, una de ellas fue la pregunta relacionada con la efectividad de los condones para prevenir el SIDA; ya que el 10% considero que no son efectivos, por otro lado el 25% consideró que es falso tener relaciones sexuales con la misma pareja sana para evitar y disminuir el riesgo de infectarse con el VIH. Con respecto a la etiología se encontró que el 31% de los sujetos mencionaron que es falso que cuando el VIH se introduce en las células de los linfocitos T-4 ayuda a cumplir su función alertadora e inductora de todo el sistema de defensa.

En la Figura 2 se muestra el porcentaje promedio en cada una de las áreas con respecto a la preferencia sexual. Dicho análisis reveló que los homosexuales tienen un porcentaje promedio relativamente más alto en todas las áreas con respecto a los bisexuales y heterosexuales excepto en el área de sintomatología. Los bisexuales son los que tienen el promedio de respuestas correctas más bajo en todas las áreas. En términos generales se observó el promedio de respuestas correctas más bajo se ubica en las áreas de etiología y epidemiología, y el más alto en sintomatología, prevención y transmisión.

En la parte superior de la Figura 3 se muestra el porcentaje promedio de respuestas correctas en las cinco áreas evaluadas por rangos de edad. Un análisis de estos resultados reveló que los sujetos que se encuentran en un rango de edad entre los 15 y 25 años mostraron un porcentaje promedio global de 71.73%. Asimismo mostraron porcentajes relativamente más bajos en todas las áreas, en relación con los otros rangos de edad, excepto en el área de prevención, en donde obtuvieron un 81.81% promedio de respuestas correctas. No se observaron grandes diferencias entre los sujetos de los rangos de edad de 26 a 35 años, 36 a 45 años y de 46 en adelante en las áreas de sintomatología y transmisión, porcentaje que supero el 84% y 87% respectivamente y en prevención un 78%. Es importante señalar que los porcentajes más bajos se observaron en las áreas de epidemiología y etiología, en donde los sujetos sin importar su edad no rebasaron el 60% de respuestas correctas.



En la parte inferior de la Figura 3 se presenta el porcentaje promedio en relación a la fecha de diagnóstico, los datos mostraron que los sujetos que tenían menos de un año que habían recibido el diagnóstico positivo obtuvieron un porcentaje más altos en las áreas de sintomatología, transmisión, etiología y prevención, porcentajes que alcanzaron hasta 88% en el área de sintomatología. Por otra parte es importante señalar que no se observaron grandes diferencias entre los sujetos cuyo diagnóstico estaba por arriba de dos años o hasta 9 años. Asimismo nuevamente las áreas con porcentajes más bajos fueron las de epidemiología y etiología para todos los sujetos.

Con respecto a las áreas de conocimiento y el nivel de estudios se encontró que los pacientes que tienen niveles de estudio de licenciatura, maestría o nivel técnico obtuvieron los porcentajes más altos en las áreas de etiología, sintomatología, transmisión y prevención a diferencia de los sujetos que tienen niveles de estudio de primaria, secundaria o preparatoria. Dichos porcentajes fueron de 89% y 87% en las áreas de sintomatología y transmisión. Asimismo se observa que los sujetos que sólo cursaron la primaria mostraron los porcentajes promedio más bajos en todas las áreas. Otro dato importante es que los pacientes con secundaria o preparatoria obtienen puntuaciones semejantes en las diferentes áreas. Nuevamente las áreas con porcentajes de aciertos más bajos fueron las de epidemiología y etiología (Ver Figura 4).

Un análisis adicional fue el relativo a los conocimientos de las diferentes áreas y el haber participado en cursos relativos al VIH/SIDA, encontrando que los sujetos que asistieron a cursos sobre VIH/SIDA obtuvieron un 78.41% promedio de aciertos, mientras que lo que no han asistido a cursos relacionados con VIH/SIDA mostraron un 68.02% (Ver figura 5).

En resumen los resultados encontrados mostraron que la mayoría tienen buenos conocimientos sobre VIH/SIDA, principalmente en las áreas de sintomatología y transmisión con respecto a la preferencia sexual se observó que tanto homosexuales heterosexuales como bisexuales obtuvieron porcentajes relativamente altos en las áreas de transmisión, prevención y sintomatología. Con respecto a la edad se observó que los sujetos entre 15 y 25 años obtuvieron los porcentajes más altos en el área de prevención, sin embargo en los rangos de edad entre los 26 y 35 años y entre los 36 y 46 años no se observaron grandes diferencias en los porcentajes relativos a las áreas de sintomatología y transmisión. Finalmente es importante destacar que sin importar el rango de edad las área de epidemiología y etiología fueron en las que se presentaron los porcentajes más bajos.

Asimismo los sujetos que tenían menos de un año de haber recibido el diagnóstico como seropositivos tuvieron un porcentaje alto de conocimientos en las áreas de prevención, transmisión, etiología y prevención, esto mismos se presentó con las personas que tenían un nivel de licenciatura, maestría o un nivel técnico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Relaciones Sexuales, Debut Sexual y Preferencia Sexual vs Debut Sexual

En la Figura 6 se muestra el porcentaje de sujetos que reportaron haber tenido relaciones sexuales antes de su diagnóstico, encontrando que el 98% reportó haberlas tenido y un 2% no haber tenido relaciones sexuales.

El debut sexual o edad de inicio de las relaciones sexuales de los seropositivos se muestra en la Figura 7, estos datos indicaron que el 42.4% de los entrevistados se inició sexualmente antes o hasta los 15 años, asimismo un 31.3% entre los 16 y 18 años, un 12.1% entre los 19 y 22 años, un 11.1% entre los 23 y 27 años, con respecto al promedio más bajo se encontró que un 3% de los sujetos inició sus relaciones sexuales después de los 27 años.

La figura 8 muestra el debut sexual y su relación con la preferencia sexual de los individuos, se observa que el 42.1% de los homosexuales tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años, un 35.5% entre los 16 y los 18 años, el 10.5% entre los 19 y 22 años, el 9.2% entre los 23 y 27 años, un 2.6% después de los 27 años. Por su parte los bisexuales el 61.5% tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes o hasta los 15 años, entre los 19 y 22 años el 15.4%, 15.4% de los 23 a los 27 años, y después de los 27 años el 7.7%. Finalmente en relación a los heterosexuales un 20% antes o hasta los 15 años, un 40% de los 16 a los 18 años, un 20% entre los 19 y 22 años y 20% entre los 23 y 27 años.

En esta parte en general se observó que la mayoría de los sujetos (98%) habían tenido relaciones sexuales o eran activos sexualmente, de estos poco menos de la mitad iniciaron su vida sexual antes de los 15 años (42.4%). Es importante señalar que sin importar la preferencia sexual la mayoría de los sujetos se iniciaron sexualmente antes o hasta los quince años.

### Prácticas Sexuales y Uso de Condón

A continuación se muestran los resultados de las primeras ocho preguntas del cuestionario y que hicieron alusión a los elementos complementarios relativos a la pregunta genérica de ¿Has tenido relaciones sexuales?.

En la Figura 9 se muestra la frecuencia de las relaciones sexuales por mes de los sujetos evaluados, los resultados revelaron que el 54.2% de los sujetos tenían relaciones sexuales esporádicamente, un 22.3% de 1 a 5 veces al mes, un 12.8% de 6 a 10 veces, un 9.6% de 11 a 20 veces y 1.1% más de 20 veces al mes.

Otra variable evaluada fue la de tipo de persona con las que se tenían relaciones sexuales, los resultados mostraron que el 35.8% tenía relaciones con su pareja estable y el 61.2% tuvieron encuentros sexuales con parejas que se consideran riesgosas como los son: desconocidos, amistades, eventuales y

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

prostitutas (Ver Figura 10).

En la Figura 11 se muestran los resultados relativos al uso de protección en las prácticas sexuales antes del diagnóstico, el 33% reportó utilizar protección y un 67% no haberla utilizado.

La frecuencia del uso del condón se presenta en la Figura 12, los resultados muestran que de los que si usan protección un 42.9% de los sujetos lo utilizaron la mayoría de las veces, en las categorías de siempre y la mitad de las veces se observaron porcentajes iguales, que en esta caso fue del 20% para cada una, finalmente para la categoría de casi nunca se encontró un 17.1%

En relación al tipo de pareja con la que se usaba condón un 23.5% de la población reportó que tenía encuentros sexuales con protección con su pareja estable y un 76.5% tenía relaciones con parejas riesgosas usando protección (Ver Figura 13)

La Figura 14 muestra los datos relativos a la pregunta de bajo qué situaciones se utilizaba protección cuando se tenían relaciones sexuales. Los resultados demostraron que el 32.4% de los sujetos la utilizaba cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual, sin embargo en las opciones de solo cuando me piden utilizarlo, cuando desconozco la historia sexual de mi pareja y otras, los porcentajes obtenidos fueron alrededor del 20%. Un análisis minucioso en relación a la opción de otras reveló que los sujetos reportan que lo utilizaban, cuando lo tenían a la mano, por temor a contagio del VIH, asimismo algunos otros seleccionaron esta opción pero sin detallar más.

En la Figura 15 se observan los resultados obtenidos en la variable de quién tomaba la iniciativa para usar protección en las relaciones sexuales encontrando que el 29.4% reportó que él o ella tomaba la iniciativa, el 23.5% su pareja y 47.1% ambos

En la Figura 16 se muestra la comparación del uso de protección y la preferencia sexual, encontrando que el 37.8% de los homosexuales la utilizaban en sus encuentros sexuales, mientras que el 62.2% no la utilizaron, en el caso de los bisexuales 23.1% reportó haberla utilizado y el 67.9% no. Finalmente el 10% de los sujetos heterosexuales reportó haber utilizado protección en sus encuentros sexuales, mientras que el 90% no la utilizó.

El uso de protección con respecto a los rangos de edad es otra variable evaluada, encontrando que los sujetos que se encontraban en el rango de 18 y 22 años, así como los sujetos de 39 años en adelante fueron lo que reportaron el mayor porcentaje de casos que no usaron protección en sus encuentros sexuales con un 80% y el rango de edad de 23 a 27 años con un 72%; y los rangos con

mayor porcentaje que utilizaron condón fue el de 33 a 38 años con un 47.1% (Ver Figura 17).

A manera de resumen podemos señalar lo siguiente:

Con relación a la frecuencia de las relaciones sexuales, poco más del 50% tuvieron relaciones sexuales esporádicamente, así mismo el 75% de los sujetos tuvieron relaciones sexuales con personas consideradas como riesgosas, y el 77% mencionaron no haber utilizado protección.

El análisis de la frecuencia del uso de protección mostró que solo el 20% utilizó siempre protección, lo que sugiere que el 80% la uso de manera inconsistente. De los que reportaron usar protección el 61% tuvieron relaciones con parejas riesgosa. Aún cuando el 76.5% señaló usar protección con parejas riesgosas, es importante señalar que es muy probable que lo hicieran de manera inconsistente. Ahora bien con respecto a las razones para el uso de protección, la mayoría de los sujetos mencionó utilizarla cuando había el riesgo de contraer alguna enfermedad sexual, así mismo se observó que el 47.1% de los sujetos mencionó que ambos miembros de la pareja decidieron de manera conjunta usar protección.

El análisis relativo al uso de protección y la preferencia sexual, mostró que nuevamente, sin importar la preferencia, que tanto homosexuales, bisexuales y heterosexuales en su mayoría no utilizaron protección, siendo el caso más notono el de los sujetos heterosexuales, en donde más el 90% informó no haberla utilizado.

#### Prácticas Sexuales de Riesgo y Prevención

Como se señaló en el método, las 14 prácticas sexuales evaluadas fueron categorizadas como de riesgo (relaciones anales pasivas y activas, relaciones orales activas y pasivas, relaciones ocasionales, relaciones homosexuales) o prevención (caricias pasivas y activas, masturbación solitaria, masturbación pasiva y activa, masturbación en compañía y uso de instrumento), estos datos se presentan en la Figura 18. Los resultados relativos a ambos tipos de prácticas mostraron que las prácticas en donde un mayor porcentaje de sujetos se vieron involucrados fueron las relaciones anales pasivas 84.8%, las relaciones orales activas (86.9%), las relaciones homosexuales (69%), y las relaciones anales activas (66%) Y en menor medida el 44.4% las relaciones ocasionales, las relaciones orales pasivas 38.3% . sexo en grupo 34.3% y finalmente solo el 8.2% el reportó haber usado instrumentos.

En relación a las prácticas preventivas cerca del 90% de los sujetos reportaron haber practicado las caricias pasivas y activas, siguiéndole en orden descendente la masturbación solitaria con un 85.9%, asimismo cerca del 55% de los sujetos reportó haber participado en situaciones de masturbación activa y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pasiva, y en menor porcentaje la masturbación en compañía.

En la Figura 19 se muestra el porcentaje de sujetos por preferencia sexual que reportaron haberse involucrado en cada una de las prácticas evaluadas. Como se observa, en cada una de las prácticas tanto de riesgo como de prevención, el porcentaje de sujetos con preferencia homosexual es el más alto. es decir, más del 77% de los sujetos homosexuales reportaron haberse involucrado en dichas prácticas. Por otra parte, son menos los sujetos heterosexuales y bisexuales que reportaron haber practicado dichos comportamientos sexuales. Es importante señalar dos puntos: 1) que los sujetos heterosexuales no reportaron haberse involucrado en la práctica de uso de instrumentos y en relaciones homosexuales, en estas últimas por razones obvias y 2) El número de sujetos heterosexuales y bisexuales era menor a el de los homosexuales, razón por la cual dichos datos son relativos.

Al evaluar el uso y no uso del condón en cada una de las prácticas, se observó que en la mayoría de las prácticas sexuales de riesgo no se usó protección, siendo el caso más notorio el de las relaciones orales activas y pasivas, ya que el 92.6% y 86.1% de los sujetos que se involucraron en estas prácticas reportó haberlas llevado a cabo sin protección, aún cuando en las relaciones anales activas y pasivas el 66.7% y 57.3% de los sujetos no usaron protección. Por otra parte en relación a las prácticas preventivas, los datos mostraron que cerca del 95% de los sujetos al participar en éstas tampoco usaron protección (Ver Figura 20).

Como se recordará uno de los ítems relacionados con el uso del condón hacia referencia a la frecuencia de su uso, de esta manera las opciones fueron agrupadas, de tal forma que la opción de siempre fue recategorizada como una opción de prevención, mientras que las opciones de la mayoría de las veces, la mitad de las veces y casi nunca fueron categorizadas como de riesgo. Estos datos para cada una de las prácticas se muestran en la Figura 21, como se puede observar en todas y cada una de las prácticas denominadas de riesgo, a excepción de sexo en grupo, arriba del 60% de los sujetos estuvieron en riesgo por usar el condón de manera inconsistente. Por ejemplo, en las relaciones orales pasivas y relaciones homosexuales el 80% y el 88.5% de los sujetos respectivamente reportaron frecuencias riesgosas. Es importante señalar que cerca del 100% de los sujetos reportaron frecuencias de prevención en todas las relaciones preventivas, aún cuando en la masturbación activa el 100% de los sujetos la usaron de manera inconsistente.

Un análisis semejante al anterior fue el relacionado con el tipo de pareja con la que se llevaban a cabo a cada una de las prácticas y el uso de protección. En este caso la opción *solo con mi pareja estable* fue ubicada como de prevención y todas las demás opciones como de riesgo (con *parejas eventuales, amistades, personas desconocidas y prostitutas*), estos datos se muestran en la Figura 22. Dicho análisis mostró que en todas las relaciones sexuales denominadas de riesgo, un porcentaje relativamente alto de sujetos reportó haber tenido relaciones

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sexuales con personas riesgosas (75%) aún cuando usaron protección, a excepción de las relaciones ocasionales y sexo en grupo en donde el 100% de los sujetos reportaron haber usado protección con parejas riesgosas, lo cual los aleja de una situación de riesgo. En relación a las prácticas de masturbación en compañía y masturbación activa el 100% de los sujetos reportó haber usado protección con personas riesgosas.

Por otra parte también se llevo a cabo un análisis relacionando las prácticas y tipo de pareja con la que no se usaba protección, es importante señalar que el procedimiento seguido para agrupar las opciones fue el mismo que en el análisis anterior, dado que las opciones fueron las mismas (Ver Figura 23). En este caso se encontró que más del 50% de los sujetos reportaron no usar protección con personas riesgosas en la mayoría de las relaciones denominadas de riesgo, siendo el caso más notable el de las relaciones orales pasivas, en donde 91% de los sujetos señalaron no haber usado protección con prostitutas (os), desconocidos (as), amigos (as) etc., siguiéndole en orden descendente las relaciones anales activas y pasivas y orales activas. Es importante señalar el caso de las relaciones ocasionales y sexo en grupo en donde nuevamente el 100% de los sujetos reportaron no haber utilizado protección con su pareja estable, hecho que los deja fuera de riesgo, según el criterio seguido para este análisis.

Las situaciones en las que se utiliza protección o condón y su respectiva denominación de riesgo y prevención se muestra en la Figura 24. El procedimiento seguido para dicha denominación fue semejante al los descritos anteriormente, en este caso concreto las opciones de cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual y cuando desconocía la historia sexual de mi pareja fueron ubicadas como de prevención, asimismo las opciones de: cuando me pedían que lo utilizará, cuando existía probabilidad de embarazo y otras como de riesgo. En este caso es evidente que en todas las prácticas sin importar si son riesgosas o preventivas, más del 70% de los sujetos reportaron razones de uso del condón que los pone fuera de riesgo, es decir reportaron razones tales como, cuando desconozco la historia sexual de mi pareja y cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad.

Sin embargo, al realizar un análisis más detallado de dicha información se encontró que una u otra razón (cuando desconozco la historia sexual de mi pareja y cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad) dependieron del tipo de práctica, por ejemplo en las prácticas de relaciones sexo en grupo, relaciones ocasionales masturbación activa y pasiva y masturbación en compañía la opción de cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad es la única opción seleccionada. Para el caso de relaciones homosexuales, anales pasivas y activas, orales pasivas y activas y uso de instrumentos, las opciones de cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad, cuando desconocía la historia sexual de mi pareja y otras ocurrieron en porcentajes semejantes

Otro análisis realizado fue el relativo a las razones o situaciones por las cuales los sujetos no usaban protección, al igual que en el caso anterior las

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

opciones fueron ubicadas en dos grandes categorías, riesgo (cuando no hay probabilidad de embarazo y cuando me pedían que no lo utilizará) y de prevención (cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad y cuando conocía la historia sexual de mi pareja). Estos datos se muestran en la Figura 25. Nuevamente se observa un patrón bien definido en todas las prácticas, el porcentaje de sujetos que según sus reportes, podrían ser ubicados en la categoría de prevención es muy alto, como se señaló anteriormente, esto ocurrió en **todas las prácticas**, encontrándose porcentajes entre el 70% y 100%, que en los casos de relaciones anales pasivas, ocasionales, homosexuales, masturbación en compañía y pasiva y uso de instrumento, el porcentaje de sujetos que reportaron razones de prevención fue superior al 90%.

En la Figura 26 se muestran los resultados de la variable de iniciativa con respecto al uso del condón en cada una de las prácticas evaluadas, los datos mostraron que en las relaciones ocasionales, sexo en grupo, uso de instrumentos y masturbación pasiva, son los encuestados los que tomaron la iniciativa para usar protección, ya que más del 60% reportó tomar por sí mismo la iniciativa. Sin embargo en las prácticas de relaciones anales activas y pasivas, el 45% y 46.9% de los sujetos respectivamente reportaron que la decisión fue tomada por ambos miembros de la pareja.

Finalmente en la gráfica 27 se muestran los resultados con respecto a los posibles factores biológicos (privación, excitación, uso de alcohol y drogas) involucrados en situaciones consideradas como de riesgo. Observando que los aspectos de privación y excitación fueron los más reportados (75%), con excepción de las situaciones 5 (relaciones ocasionales) y 10 (masturbación en compañía). Por otra parte, el uso de alcohol o drogas fue reportado en menor porcentaje, es importante señalar que en la situación 5 (relaciones ocasionales) el porcentaje de uso de alcohol y drogas y privación y excitación fueron reportados en porcentajes semejantes 55% y 45% respectivamente. Asimismo en la situación 10 (masturbación en compañía) se encontró que el 80% de sujetos vivieron una situación semejante bajo los efectos de alcohol y drogas.

Los resultados más sobresalientes de esta sección los podemos resumir en los siguientes puntos

- 1) Las prácticas en donde un mayor número de sujetos se vieron involucrados fueron las prácticas anales pasivas (84.8), las relaciones orales activas (86.9%), relaciones homosexuales (69%) y las relaciones anales activas (66%), todas ellas consideradas con prácticas de riesgo.
- 2) En relación a las prácticas de prevención cerca del 90% de los sujetos homosexuales reportaron haber practicado las caricias pasivas y activas así como la masturbación solitaria (85%).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 3) En cuanto a la preferencia sexual el 77% de los sujetos homosexuales se vieron involucrados en practicas de riesgo y en menor porcentaje los sujetos heterosexuales y bisexuales.
- 4) Y al evaluar el uso y no uso de condón se observó que en la mayoría de las prácticas de riesgo no se usó protección, siendo el caso mas notorio el de relaciones orales activas (92.6%) y pasivas (86.1%), asimismo el 95% de los sujetos no usaron protección en las prácticas preventivas.
- 5) En cuanto a las prácticas de riesgo y prevención y el uso del condón se observó que amba del 60% estuvieron en riesgo por usar el condón de manera inconsistente. A diferencia de las prácticas preventivas en donde los sujetos reportaron prácticas que los dejaron fuera de riesgo.
- 6) En cuanto al tipo de pareja amiba del 75% de los sujetos reportaron haber tenido relaciones sexuales con personas riesgosas en la mayoría de las prácticas evaluadas a excepción de las relaciones ocasionales y sexo en grupo. Por otra parte los datos relativos al tipo de pareja y no uso de protección se mostró que más del 50% estuvieron en riesgo por el tipo de pareja con la que no usan protección aunado al tipo de práctica.
- 7) Al analizar las razones de uso de protección en las prácticas se encontró que sin importar si éstas son de riesgo y de prevención, más del 70% de los sujetos señalaron razones preventivas; por otra parte la información relativa a las razones por los cuales los sujetos no usaban protección en las prácticas tanto de riesgo como de prevención es alto el porcentaje de sujetos que por sus reportes podrian ubicarse en situaciones preventivas.
- 8) Con relación a quién toma la iniciativa para el uso del condón más del 60% reportó tomar por sí mismo la iniciativa a excepción de las relaciones anales activas y pasivas en donde la decisión fue tomada por ambos.
- 9) Finalmente al evaluar los factores biológicos como facilitadores de riesgo en diferentes situaciones se observó que la privación y excitación fueron los más reportados y en menor medida el uso de alcohol y/o drogas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### Conclusiones

Como ya se mencionó anteriormente el VIH/SIDA es una enfermedad compleja por la infinidad de variables relacionadas a sus causas, lo que ha provocado que desde su aparición sean varios los profesionales los interesados en abordar y dar solución a dicho problema, entre ellos tenemos a los médicos, psicólogos, sexólogos, trabajadores sociales, entre otros profesionales de la salud, muestra de su interés es la diversidad de trabajos de investigación publicados en revistas científicas y de divulgación.

Los objetivos del presente trabajo de investigación fueron: 1) Evaluar los conocimientos de una muestra de personas que vivían con VIH y 2) Evaluar las prácticas sexuales de riesgo y prevención que dichos pacientes llevaban a cabo antes de su diagnóstico como seropositivos.

Con relación al primer objetivo los resultados mostraron que los sujetos de la muestra evaluada tienen buenos conocimientos generales acerca del VIH/SIDA, ya que su porcentaje promedio de aciertos fue de 73.7%. Es importante señalar que las áreas con mayor porcentaje de aciertos fueron la de transmisión, sintomatología y prevención 84.54%, 83.7% y 78.18% de respuestas correctas respectivamente. Las áreas en donde se obtuvo menor porcentaje de aciertos fueron las de epidemiología con un 57.83%, y etiología con un 60.81%. Es probable que estos porcentajes en estas áreas se deban a creencias erróneas como las siguientes: el 39% de los sujetos consideran que la causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento, creencia que es falsa, ya que en realidad la causa de muerte son las enfermedades oportunistas que se presentan a lo largo del padecimiento, asimismo el 37% considera que el periodo de incubación del virus varía de 2 a 8 semanas.

Los datos relacionados con los conocimientos evaluados y la preferencia sexual mostró que los homosexuales tuvieron un porcentaje promedio relativamente más alto en cuatro de las cinco áreas; con relación a los bisexuales y heterosexuales. En términos generales se puede decir que independientemente de la preferencia sexual los sujetos tienen buenos conocimientos, aún cuando se pueden observar ciertas diferencias con relación a cada una de las áreas evaluadas, los sujetos bisexuales obtuvieron porcentajes relativamente más bajos que los homosexuales y heterosexuales.

Estos datos son semejantes con uno de los estudios llevados a cabo en el año de 1989 (a,b,c) por CONASIDA y la Secretaría de Salud, estas instituciones realizaron tres estudios con tres poblaciones distintas, una población fue la de los homosexuales, heterosexuales y bisexuales, y las áreas evaluadas: etiología, transmisión, sintomatología y prevención, los datos demostraron un alto índice de conocimientos sobre las áreas evaluadas en estas poblaciones. En otras poblaciones como lo son el personal de salud y público en general, se encontró que el porcentaje de conocimientos fue bajo, sin embargo, un aspecto que nos hace reflexionar, es que han pasado 13 años de este estudio y parece que no hay

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

un cambio sustancial en cuanto a conocimientos, las poblaciones evaluadas están informadas, aún cuando aparecen creencias erróneas.

Cabe mencionar que los autores atribuyeron estos resultados a que los homosexuales, bisexuales y heterosexuales en esa época eran considerados como grupos de alto riesgo y por lo tanto tenían más información acerca de los temas. En relación a este punto podemos señalar que su condición de seroestatus los pone en una situación de búsqueda de información, por ejemplo el 78% de la muestra evaluada en el presente estudio señaló haber asistido al menos a un taller informativo sobre el VIH/SIDA, condición que probablemente pudo favorecer el haber encontrado puntuaciones arriba del 70%.

Dos de los estudios en la literatura y que consideramos están íntimamente relacionados con el presente trabajo son los realizados por Aloisi, et al. en el año de 1995 y el de Singh, et al. en 1993, aun cuando solamente evaluaron el área de transmisión con personas diagnosticadas como seropositivos, demostraron que esta población tiene un buen nivel de conocimientos. Asimismo estos resultados coinciden con los de Sobogal (1992) en donde utilizando como población objetivo homosexuales, bisexuales y heterosexuales, encontraron niveles altos de conocimientos en las áreas de transmisión y prevención.

También existen coincidencias con el estudio de Kelly, et al. (1995), en donde empleando a una población gay, encontraron que un nivel alto de conocimientos está correlacionado con un nivel alto de estudios, en el presente estudio se encontró que las personas que tenían un nivel de licenciatura o maestría obtuvieron un porcentaje de conocimientos del 80%.

Algo muy importante que es digno de resaltar es el hecho de que varios autores sugieren que la información sobre VIH/SIDA necesariamente no involucra un cambio de actitud y conducta, es decir la información es necesaria pero no suficiente para modificar el comportamiento.

En la literatura se observa que diversos modelos consideran a los conocimientos que una persona posee, como un elemento importante para lograr un cambio en el comportamiento. Por ejemplo en el modelo de Acción Razonada propuesto por Fishbein, Middlestadt y Hitchcock (1994) (específicamente en el caso del VIH/SIDA), los autores señalan la necesidad de ser cuidadoso con la información proporcionada a los individuos, dado que cada conducta es única y tiene sus propios determinantes, así cada conducta requiere de una estrategia de intervención específica. Por ejemplo la información necesaria para incrementar el uso del condón con la esposa o con una pareja estable, puede ser diferente de la información requerida para incrementar el uso del condón con parejas casuales o sexoservidores (as). De manera semejante, la información requerida para incrementar el uso del condón en el sexo oral, es diferente de la información que se requiere para el sexo vaginal o anal. De esta manera según este modelo, las intervenciones efectivas deben influir en las creencias que subyacen la decisión para ejecutar o no una conducta, una manera de lograrlo es proporcionándole a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

los individuos información específica en relación a la conducta que se pretende cambiar o establecer.

También Ribes (1990) en su libro "Psicología y Salud: Un Análisis Conceptual", señala la importancia de los conocimientos, concretamente lo que denomina saber qué, y que en el caso específico del VIH/SIDA, se relaciona con saber qué es el SIDA, cómo se manifiesta, cómo se contagia, cómo se trata y sus posibilidades de curación, y cómo se previene. En pocas palabras, el individuo debe poseer la competencia para reconocer la existencia, circunstancias y efectos de este síndrome. Por lo que es necesario, que un individuo sepa si el SIDA es una enfermedad que se adquiere sólo por contagio directo o no, a través de qué medio, si uno de los síntomas es el cansancio generalizado, si el SIDA es incurable en la actualidad, si se pueden tener relaciones sexuales sin peligro de contraer SIDA, y si una alimentación equilibrada y buenos hábitos generales de salud pueden ayudar a evitar convertirse de portador sano en infectado por el virus.

Es importante señalar que para Ribes (1990) el saber qué es una condición necesaria pero no suficiente para lograr un cambio en el comportamiento, este tipo de conocimiento se relaciona con un conocimiento general, sin embargo, es necesario poseer otros tipos de conocimientos, uno de ellos es el hecho de saber qué conductas de riesgo se realizan al tener relaciones sexuales, además de conocer con qué tipo de persona y en qué condiciones se realizan, así como la frecuencia y si se utiliza alguna protección.

Por otra parte, Ribes (1990) vincula otros tipos de conocimientos que son necesarios pero que no fueron evaluados en este trabajo. En general éstos otros tipos de saber qué son: si se han tomado precauciones, las razones por las que se tiene que evitar el contagio a otras personas, conocer aquellas situaciones que representan riesgos de contagio, asimismo el reconocer la oportunidad de alto riesgo de contagio y el reconocimiento de la probabilidad de que el propio individuo tome medidas preventivas, y por último, conocer la disponibilidad de formar alternativas de comportamiento en aquellas situaciones que implican riesgo de contagio.

De esta forma en un programa de prevención sería necesario que se incluyeran contenidos específicos o dinámicas relacionadas a estos tipos de conocimientos (sintomatología, etiología, hasta las formas de prevención). En el caso de los pacientes seropositivos consideramos que se debe dar una asesoría retomando temas como: qué es el virus de inmunodeficiencia humana, cómo se transmite, los síntomas en las diferentes etapas y sus formas de prevenir.

De manera más específica sugerimos diseñar programas preventivos en cuyas sesiones informativas se revisen los siguientes aspectos:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### Conocimientos generales

- Qué y cómo es el virus del VIH/SIDA.
- Formas de transmisión (sexual, sanguíneo y perinatal)
- Medidas preventivas (por ejemplo, lineamientos para el sexo seguro y el sexo protegido)
- Personas seropositivas o portadores del VIH.

Es importante mencionar que un tema que se debe de tratar con los seropositivos es quizá cómo pueden reducir el riesgo de transmitir el virus a otros y disminuir su riesgo personal de enfermedades de transmisión sexual intercurrentes; asimismo se debe tranquilizar a los pacientes sobre los aspectos que no implican riesgo. Al tratar los lineamientos sexuales, es vital resaltar los siguientes aspectos:

#### En el Área Sexual

- Número de compañeros sexuales.
- Prácticas de riesgo con y sin protección
- Uso de protección en todos los encuentros sexuales.
- Frecuencia del uso del condón
- Lineamientos para el sexo seguro con su compañero actual y los futuros.
- Es necesario conocer el tipo de personas con las que se tienen encuentros sexuales.
- Tipo de circunstancias en las que se tienen relaciones sexuales.

#### En el Área de la Salud

- Donación de sangre.
- Donación de órganos.
- Uso de instrumentos o utensilios de uso personal que tengan contacto con fluidos corporales o sangre contaminada de VIH.
- No deben compartir jeringas hipodérmicas si son toxicómanos.

#### Sintomatología

Es importante indicar a los pacientes la necesidad de buscar atención rápida cuando exista (n).

- Infecciones oportunistas, como gripa, neumonía o tos que no parecen ceder
- Lesiones cutáneas inexplicables que persisten.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Fiebre persistente o repetida
- Diarrea persistente
- Sudaciones nocturnas persistentes

Los mitos son uno de los aspectos que también deben tratarse en las sesiones informativas, se sugiere las siguientes temáticas:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### ¿De qué no deben preocuparse?

- No hay riesgo por el contacto casual, saludar con las manos, besarse en la mejilla o estar simplemente con las personas.
- El inodoro, la vasija para las manos y la tina de baño no implican riesgo para otros.
- El virus no es de origen aéreo
- El virus no puede contraerse por copas, cuchillería o vajilla; no se requieren precauciones especiales.
- No hay peligro en comer en restaurantes, beber en bares y llevar una vida normal. (Green, 1989, citado en Miller y Weber, 1989).

Hasta aquí hemos señalado los aspectos más generales, relacionados con los conocimientos que cualquier paciente o seropositivo debe conocer acerca del VIH/SIDA, y que de cualquier forma en un programa de prevención deben ser considerados como información necesaria más no suficiente, ya que deberán incorporarse aspectos específicos sobre como comportarse de manera preventiva, es decir cómo conducirse de manera no riesgosa.

Otro objetivo de este estudio fue el evaluar las prácticas sexuales que cada sujeto llevó a cabo antes de haber recibido diagnóstico de seropositividad. Sin embargo, antes de pasar a la descripción de estos aspectos, es importante resaltar los hallazgos relacionados con la edad de inicio de las relaciones sexuales y la vía de transmisión

Como se recordará el 98% de la población evaluada reportó haberse iniciado sexualmente a edades tempranas. Por ejemplo un 42.4% de los sujetos iniciaron sus relaciones sexuales antes o hasta los 15 años. Por otro lado, al relacionar la edad de inicio de las relaciones sexuales y la preferencia sexual se encontró que el 42.1% de los homosexuales tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes o hasta los 15 años; el 61.5% de los bisexuales debutaron sexualmente a la misma edad y 40% de los heterosexuales tuvieron relaciones sexuales entre los 16 y los 18 años.

Estos resultados son semejantes al estudio realizado por la Secretaría de Salud y CONASIDA en 1989, ya que encontraron que en el caso de los homosexuales y bisexuales, el 50% de los sujetos tuvieron su debut sexual antes de los 15 años, se observa en ambos estudios que las poblaciones evaluadas debutaron sexualmente alrededor de los 15 años.

El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo dado que puede aumentar, si se inician dichas relaciones a edades más tempranas. Se ha demostrado que el inicio de la actividad sexual esta ligado a un mayor número de parejas sexuales, esta condición puede ser valorada como riesgosa. Por lo que

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

muchos programas preventivos enfatizan la posposición de las relaciones sexuales.

Una alternativa para no iniciarse sexualmente a edades tempranas puede ser lo planteado por Kirby en 1997. Él realizó talleres en donde se logró resultados favorables, encontrando un retraso en el inicio de las relaciones sexuales, una reducción en la cantidad de parejas y un aumento en el uso de anticonceptivos. Los programas eficaces fueron diseñados de acuerdo a la edad y a la experiencia de las personas. Con relación al comportamiento sexual de riesgo se ofrece información básica sobre como evitar el riesgo de tener sexo sin protección, la información y las formas de decir no

Por otra parte, los resultados del presente estudio mostraron que el 90% de los sujetos evaluados eran homosexuales y bisexuales, asimismo el 90% reportó haberse infectado por vía sexual, estos resultados coinciden con los hallazgos de Hernández, et al. en 1994, quienes evaluaron a una muestra seropositiva encontrando que el 90% de los encuestados realizaron prácticas homosexuales y el 90% se infectaron por vía sexual.

Con relación a las prácticas sexuales se encontró que el 30% de los sujetos reportaron haber llevado a cabo las 15 prácticas sexuales evaluadas, además de encontrar que las prácticas en donde un mayor porcentaje de sujetos reportó haberse involucrado fueron las relaciones anales pasivas con un 84.8% y las anales activas un 66%, es importante señalar que estas conductas son consideradas como las más riesgosas. Izazola en 1995 y Kalichman en 1996 llevaron a cabo dos estudios similares, encontrando que un número considerable de personas tuvo sexo anal pasivo y activo además de que en sus encuentros sexuales solo un 20% de la muestra evaluada utilizó protección.

En algunos estudios se han hecho comparaciones entre diferentes poblaciones. Hein, Futterman, Rotheram y Shaffer (1993) evaluaron a adolescentes seropositivos y seronegativos con relación a sus prácticas sexuales, los autores encontraron que el 100% de las mujeres seropositivas tenían sexo vaginal, el 70% sexo oral receptivo, y el 50% los hombres seropositivos tuvieron sexo oral receptivo. Otra práctica evaluada fue la del sexo anal receptivo, encontrando que el 15% de las mujeres seropositivas y el 50% de los hombres reportaron haberlo tenido. En el presente estudio cerca del 85% de los seropositivos reportaron dicha práctica, con respecto al sexo anal insertivo se observaron porcentajes semejantes. Las diferencias del presente estudio con el de Hein, et al. (1993) pueden deberse precisamente a que en la muestra del presente estudio predominaron los sujetos homosexuales y bisexuales.

Erróneamente se piensa que las personas no pueden infectarse de VIH a través del sexo anal, pero este es un comportamiento extremadamente peligroso, responsable de un número creciente de casos de SIDA en mujeres jóvenes. Esto se debe a que el virus tiene la posibilidad de entrar al cuerpo directamente a través de las células de la pared rectal. Además, las paredes del recto son muy delgadas y se pueden rasgar fácilmente como consecuencia del movimiento que

ESTA TESIS CONSISTE  
EN UNA FALTA DE ORIGEN

se produce durante el sexo anal, y causar sangrados. El VIH también puede entrar al pene de quien realiza la penetración durante el sexo anal, ya sea a través de heridas de la piel o a través de la uretra.

El uso adecuado y consistente del condón es una de las estrategias recomendadas para la prevención del VIH/SIDA por la Organización Mundial de la Salud. En 1990 se publicó un estudio titulado "la efectividad del condón en la prevención de la transmisión del VIH" de los Doctores Steven y Pinkerton y el Dr Ambrason, donde analizaron 89 estudios científicos sobre la efectividad del condón y concluyeron que el uso correcto y consistente del condón protege en un 95% la transmisión de la infección por el VIH, siendo las principales fallas secundarias el uso incorrecto o inconsistente por parte del usuario. La protección en cada uno de los encuentros sexuales, es indispensable para que las personas no estén en riesgo de contraer el VIH, por esta razón en el presente estudio se evaluó si los sujetos utilizaban o no-protección (antes de su diagnóstico), encontrando que el 70% de los individuos no utilizaron protección en sus encuentros sexuales, si comparamos el presente estudio con otros en donde se evaluó el uso del condón en personas homosexuales y bisexuales (Guereña Benenson Bucardo y Curiel, 1992 y Stephen, et al. 1991), se observa que el 50% de los individuos no utilizaron. La pregunta que salta a la vista es, ¿porqué en el presente estudio existe un 20% más de individuos que reportaron no haber utilizado protección?, si para 1997 que fue cuando se llevó a cabo el presente estudio ya existía más difusión acerca de las medidas preventivas y las prácticas más riesgosas. La respuesta también puede ser evidente, hacer campañas preventivas en donde se le informe a la gente de cómo prevenir el contagio del VIH no es suficiente, los programas preventivos deberán ir más allá de proporcionar información relativa al VIH/SIDA. Es necesario garantizar que las personas sean seropositivas o no, homosexuales, heterosexuales o bisexuales, usen de manera consistente protección, es decir los programas preventivos deberán garantizar que las personas usen protección en cada uno de sus encuentros sexuales. Otra interrogante puede ser ¿cómo garantizarlo? Misma que trataremos de responder más adelante.

En la actualidad se considera que de acuerdo con el criterio auténticamente educativo, la posición más adecuada es la de informar con objetividad acerca de las ventajas y desventajas que tiene el uso del condón para prevenir el SIDA, y motivar más hacia la reflexión y decisión personal; así como, por otra parte, crear conciencia de la necesidad de una educación sexual adecuada.

No obstante, es un hecho el que siempre han existido y existirán personas que no pueden, no saben o no quieren cambiar su comportamiento y continúan practicando actividades sexuales de alto riesgo. En tal caso es evidente la necesidad de orientarlos con claridad (Cárdenas y Ballesteros, 1995).

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los seropositivos no utilizaron protección en las prácticas consideradas como riesgosas, asimismo el 50% reportó haber utilizado protección con parejas riesgosas en las prácticas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

también consideradas de riesgo. De esta manera la orientación sugerida por Cárdenas y Ballesteros (1995) deberá estar encaminada precisamente al cambio de comportamientos de no uso a uso de protección. Sin perder de vista los riesgos que conllevan el tipo de pareja con quién, se relacionan y el porqué se debe usar protección (razones).

Por eso es importante diseñar programas de prevención en donde además de proporcionar la información necesaria acerca de los beneficios y consecuencias que trae el hecho de utilizar protección en los encuentros sexuales, las razones específicas por las cuales se debe utilizar protección, y sobre todo el uso correcto y consistente del mismo.

Un hecho es innegable: el SIDA es una realidad que nos amenaza a todos y la posibilidad de eliminarlo es muy remota; querámoslo o no, debemos aceptar el vivir con ese riesgo y aprender a protegernos. La adquisición, modificación de hábitos y comportamientos no es fácil. La pregunta de cómo garantizar el cambio de comportamiento sigue siendo la más importante y la más difícil de responder.

El nivel de participación en prácticas sexuales de riesgo es alto, lo cual revela una diferencia entre nivel de conocimientos y las prácticas que se realizan, y pese a un alto nivel de conocimientos existe una alta incidencia en este tipo de prácticas.

Creemos que los esfuerzos deberán estar dirigidos a programas preventivos en donde el énfasis está en la promoción de cambios conductuales (sin perder de vista los aspectos de información o conocimientos) en este sentido es necesario que se incluyan en los programas preventivos aspectos como los siguientes:

- Información sobre el uso de condón
  - ¿Qué es un condón?
  - ¿Para que sirve?
  - ¿Cómo se utiliza?
  - ¿Con qué tipo de persona se debe utilizar?
  - ¿En qué situaciones se utiliza?
  - Negociación con la pareja.

Para garantizar el cambio conductual se puede hacer uso de diversas técnicas una de ellas es el Juego de Roles (Ross y Kelly, 2000), en donde se pueden hacer simulaciones sobre la negociación con la pareja para usar protección, en este caso la retroalimentación es importante dado que el terapeuta o psicólogo después de la actuación deberá de señalarle a la pareja cuáles fueron sus aciertos y errores durante la simulación

Por otra parte Ross y Kelly (2000) sugieren la técnica de psicodrama, la cual consiste en actuar situaciones previamente diseñadas, en las cuáles se podrían ver involucrados los participantes, dichas situaciones podrían ser de riesgo, al utilizar un condón, al conocer a personas en ciertos lugares (bares,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



antros y restaurantes) y cómo poder negociar para tener sexo seguro, así como analizar y conocer la propia historia de las actividades de riesgo

Por otra parte tenemos aquellas técnicas que se trabajan con grupos de individuos y las cuales son denominadas actividades grupales (Espada y Quiles 2002), y aún cuando algunas de éstas no están dirigidas explícitamente al cambio conductual pueden ser herramientas útiles en los programas preventivos, éstas actividades pueden incluir los siguientes aspectos.

- Practicar la negociación de conductas preventivas con la pareja
- Dialogar en grupo sobre el riesgo en las relaciones sexuales
- Aumentar la percepción de riesgo ante este tipo de situaciones
- Conocer habilidades y practicar la conversación sobre prácticas sexuales y uso de protección
- Aprender y/o mejorar la habilidad para comunicarse con la pareja sobre el SIDA, prácticas sexuales y uso de protección consistente
- Identificar el mejor momento y la manera más adecuada de plantear el tema
- Promover conductas específicas de prevención en las relaciones sexuales.
- Aprender a usar mensajes positivos mediante el diálogo interno
- Reforzar los comportamientos de preventivos

Con respecto a la negociación, Espada y Quiles (2002), sugieren que cada miembro de la pareja debe buscar el momento más adecuado para tratar el tema, dado que puede ser difícil hablar sobre el sexo, pero es mucho más difícil vivir con las consecuencias de no hablar sobre él. La mejor manera de sacar el tema del sexo seguro con alguien o con quien se ha estado durante algún tiempo, es simplemente comenzar a hablar sobre el SIDA y qué se siente al respecto. Con esto se sacará el tema del sexo seguro. Es importante mencionar que las personas deben dar a conocer a la pareja desde el principio de la relación que quieren y deben practicar el sexo seguro, así mismo se debe mencionar cuando se conoce a alguien y se piensa en tener relaciones sexuales. Si la persona reacciona negativamente hay que tener cuidado porque es probable que no acceda a utilizar protección y es cuando se está en riesgo de contraer VIH-SIDA.

Por otra parte tenemos lo que Espada y Quiles (2002) llaman talleres en donde el objetivo de éstos es garantizar el cambio conductual y obtener un producto tangible por la participación, en el caso concreto del VIH/SIDA el cambio conductual se puede lograr si se tienen planeados una diversidad de situaciones y ejercicios, incluidas las simulaciones en vivo. Asimismo para lograr la adquisición de habilidades para el uso del condón y la negociación, las actividades deberán estar claramente planeadas, desde los objetivos a alcanzar, actividades, evaluación, materiales etc.

Otra parte importante de cualquier programa de intervención a nivel prevención es justamente la fase de seguimiento. Ross y Kelly, (2000), proponen que el investigador realice los talleres sobre la prevención de VIH/SIDA con grupos pequeños y lleve a cabo un seguimiento por medio de llamadas telefónicas, al

mes, después a los tres meses y la última a los seis meses, el objetivo principal de este seguimiento es para conocer si las conductas adquiridas se han mantenido y se ha logrado prevenir el VIH/SIDA. Finalmente solo nos resta decir después de este análisis sobre los elementos de un programa preventivo que las funciones que puede desempeñar un psicólogo en este problema de salud, es principalmente la de educador, cuya función esta dirigida a la intervención para lograr cambios conductuales, no importa cual sea la aproximación teórica o modelo de salud con el que simpatice. El problema del SIDA reclama un enfoque multidisciplinario global que abarque no sólo el ámbito de la prevención primaria (evitar el contagio de la enfermedad), sino también los de la secundaria (diagnostico precoz y control de las infecciones) y terciaria (favorecer la readaptación funcional y social en los periodos intercurrentes y apoyo en la fase terminal.)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**BIBLIOGRAFIA**

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood: Prentice Hall.
- Alfaro, L., Rivera, S. y Díaz, R. (1991). Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 4 (2), 151-165.
- Alaisi, M., Girardi, E. & Ippolito, G. (1995). AIDS-related knowledge and sex behavior: a review of Italian studies of young people, *Ann Ig*, 7 (5), 349.
- Alvarez, B., López, C., García, L. & Fernández, E. (1996). Knowledge, attitude and practice in relation with HIV/AIDS infection in high-school and vocational training in Mieres. *Aten Primaria*, 18 (7), 362-367.
- Ashebir, D.Z. (1996). HIV/AIDS awareness, knowledge and practice in patients with sexually transmitted diseases. *Ethiopian Medical Journal*, 34 (1), 25-32.
- Bandura, A. (1977). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. Primary prevention of AIDS: Psychological approaches, 84, 128-141.
- Barré-Sinoussi, F., Cherman, J. & Rosenbaum, W. (1992). Isolation of Tymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). N. Y: Science.
- Bastani, R., Erickson, A., Marcus, C., Maxwell, E., Capell, J., Freeman, H. & Yan X. (1996). AIDS-related attitudes and risk behaviors. A survey of a random sample of California heterosexuales, *Prevention Medical*, 25 (2), 105-117.
- Cárdenas, L., y Ballesteros, B. (1995). SIDA, Lo que todos debemos saber; México, Editorial Trillas; Pag. 105.
- Coates, T., Morin, L., y Mckusic, M. (1992). "Prevención del SIDA: logros y prioridades". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1 y 2), 2-33.
- Cochran, S., De Leeuw, J. & Mays, V. (1995). Optimal scaling of HIV-related sexual risk behaviors in ethnically diverse homosexually active men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 270-279.
- Christ, G., Siegel, K. & Monyhan, R. (1990). En SIDA, Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. En V., Devita, S., Hellman, y S., Rosenberg. México, Salvat Eds. S. A.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Crisp, B., Barber, J., Ross, M., Wodak, A., Gold, J. & Miller, M. (1993). Injecting drug users and HIV/AIDS: behaviors and risk perception. *Drug Alcohol Dependence*, 33 (1), 73-80.
- Crofts, N., Marcus, L., Meade, J., Sattler, G., Wallace, J. & Sharp, R. (1995). Determinante of HIV risk among men who have homosexual sex and inject drugs *AIDS Care*, 7 (5), 647-655.
- Datta, C. & Bandyopadhyay, D. (1997). Knowledge and attitude in relation to HIV/AIDS among in-service nurses of Calcutta. *Journal Indian Medical Associations* March, 95 (3), 75-77.
- De Graaf, R., Vanwesenbeeck, I., Van Zessen, G., Straver, J. & Visser, JH. (1995). Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behavior. *AIDS Care*, 20 (1), 35-47.
- Epstein, R. (1991). Patient attitudes and knowledge about HIV infection and AIDS. *Journal Family. Practice*, 32 (4) , 373-377.
- Espada, J. y Quiles, M. (2002). *Prevenir el SIDA, Guía Para Padres y Educadores*, Madrid España: Editorial Pirámide, Pag. 238.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior an introduction to theory and research*. Reading MA. Addison-Wesley.
- Futterman, D., Rotheram-Borus, M. & Shaffer, N. (1995). HIV+ Adolescents: factors linked to transmission and prevention. IX International Conference on AIDS, Berlin.
- Guereña, F., Benenson, A., Bucardo, C. y Curiel, J. (1992). Comportamiento sexual y abuso de drogas en hombres homosexuales, prostitutas y prisioneros en Tijuana, México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 85-96.
- Hein, K. & Digeronimo, T. (1993). *El SIDA, Verdades en lugar de miedo: Una guía para jóvenes*. Madrid España. Consumer Reports Books, Pag 258.
- Hein, K., Dell, R., Futterman, D., Rotheram, M. & Shaffer, N. (1993). Comparison of HIV+ and HIV- Adolescents: Risk Factors and Psychosocial Determinants. *Pediatrics*, 95 (1), 96-104.
- Hernández, A., Camacho, M. y Moreno, S. (1994). Atribuciones del VIH en Seropositivos y Personas con SIDA\*. *Revista Psicológica Social y Conducta Sexual*, 4 (2), 35-42.
- Hernández, R., Fernández C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: MC Graw Hill. 5 (2), Pag-207-237.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Hochbaum, M., (1958). **Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study** PHS Publication, No 572 Washington, D.C. U.S. Government Printing Office.
- Izazola, J., Avila-Figueroa, C., Gotmaker, S. y Del Rio C. (1995). **Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México.** *Salud Pública México*, 37(6), 602-614.
- Kalichman, D. (1996). **Perception of AIDS susceptibility among minority and nonminority women at risk for HIV infection.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5), 725-732.
- Kelly, J., Lawrence, J. & Brasfield, T., (1995). **AIDS risk behavior patterns among gay men in small Southern cities.** *American Journal of Public Health*, 80 (2), 416-418.
- Kelly, J., Sikkema, K., Solomon, L., Winett, R., Roffman, R., Heckman, T., Stevenson, y., Perry, M., Norman, A., & Desiderato, L. (1995). **Factors predicting continued high-risk behavior among gay men in small cities: psychological, behavioral, and demographic characteristics related to unsafe sex.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1), 101-107.
- Kipke, D., O'Connor, S., Palmer, R. & MacKenzie, G. (1995). **Street youth in Los Angeles. Profile of a group at high risk for human immunodeficiency virus infection.** *Archives, Pediatric Adolescent Medical*, 149 (5), 513-519.
- Kirby, D., (1997). **The effects of school sex education programs: A review of the literature.** *Journal of School Health*, 50 (5), 559-563.
- Kraft, P. & Rise J. (1986). **AIDS- public knowledge in Norwan.** *NIPH Ann* 11 (1): 19-28.
- Kusseling, F., Shapiro, M., Greenberg, J. & Wenger, N. (1996). **Understanding why heterosexual adults do not practice safer sex: a comparison of two samples.** *AIDS Education Prevention*, 8 (3), 247-257.
- Latkin, C., Mandell, W. & Vlaho, D., (1996). **The relationship between risk networks patterns of crack cocaine and alcohol consumption and HIV-related sexual behaviors among adult injection drug users: a prospective study.** *Drug Alcohol Depen*, 42 (3), 175-181.
- LeBlanc, J. (1993). **Examining HIV-related knowledge among adults in the U.S.** *Journal Health Social Behavior*, 34 (1), 23-36.
- Luna, G. y Nieto, L. (1995). **SIDA Diagnostico y Tratamiento. México: Galo Editores.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Mann, J., (1989). Epidemiología internacional del SIDA. Investigación y Ciencia, 147, 72-80.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (1991). El protocolo de investigación: lineamientos para su elaboración y análisis. México. Editorial trillas.
- Miller, D. y Weber, J. (1989). El preocupado sano. Atención a Pacientes con SIDA; México: Editorial Manual Moderno. Pag. 203-239.
- Pesce, A., Francois, J. & Patrice J. (1987). SIDA. Argentina. Ed. Paidós: P.141.
- Ribes, E. (1990). Psicología y salud: Un análisis Conceptual. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y Bayés, R. (1990). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. Papeles del psicólogo, 122-125.
- Rise, J. & Jacobsen, R. (1993). HIV-related knowledge examining among the adults in the U.S Department AIDS the data of the 1987 Study of Interview of National Health indicates that the adults in the USA. Journal Social Behavior, 5 (3), 45-59.
- Roberts, C., Blakey, V. & Smith, C., (1994). Changes in public knowledge and attitudes to HIV/AIDS in Wales, 1987 to 1992. AIDS care, 6 (4), 413-421.
- Rosentock, I.M. (1960). Wath Research in Motivation Suggests for Public Health. American Journal of Publi, 50, 295-30.
- Rosentock I.M. (1966). Why People Use Health Services. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, 94-124.
- Rosentock I.M. (1974). Historial Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2,328-335.
- Ross, M. W. and Kelly, J. A. (2000). Interventions to reduce HIV transmission in homosexual men. En: J. L. Peterson and R. J. DiClemente. Habdbook of HIV prevention. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Secretaría de Salud, CONASIDA: (1989a). Encuesta sobre sexualidad y SIDA en hombres homosexuales y bisexuales, Informe técnico, evaluación del impacto del la estrategia educativa para la prevención del SIDA en México

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Secretaría de Salud, CONASIDA; (1989b). Encuesta sobre sexualidad y SIDA en personal de salud, Informe técnico, evaluación del impacto del la estrategia educativa para la prevención del SIDA en México.
- Secretaría de Salud, CONASIDA; (1989c). Encuesta sobre sexualidad y SIDA en público en general, Informe técnico, evaluación del impacto del la estrategia educativa para la prevención del SIDA en México.
- Sepúlveda, J. (1989). SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Ed. Fondo de cultura económica.
- Singh, K., Koman, J., Catan, V., Souply, K., Birkel, R. & Golaszewski, T. (1993). Sexual Risk Behavior Among Injection Drug-Using Human Immunodeficiency Virus Positive Clients. *The International Journal of the Addictions*, 28 (8), 735-747.
- Sobogal, F., Sandlin, G., Reyes. R., Aguirre, V., Bregman, G. & Lemp, G., (1992). Hombres Latinos Gay y Bisexuales, una comunidad de alto riesgo del VIH/SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2 (1 y 2), 57-69.
- Stephen, B., Thomas, D., Bonnie, C. & Hodge, S. (1991). Assessing AIDS knowledge, attitudes, and Risk Behaviors Among Black and Hispanic Homosexual and Bisexual Men: Results of a Feasibility Study. *Journal of sex education & therapy*, 17(2), 116-124.
- Swet, MD., Levin, J. (1995). HIV knowledge among the U.S. population. *AIDS Education Preventive*, 7 (4), 355-372.
- Thomas, M. (1995). ¿Qué onda con el SIDA? Información básica para vivir libre y seguro; México: Selector Actualidad Editorial. Pag. 200.
- Tveit, KS., Nyfors, A., Nilsen, A., Jacobsen, R., (1995). Knowledge of HIV infection and the fear of mixing socially with HIV infected and AIDS-sick patients among STD patients in Bergen, Norway. *Scand Journal Social Medical*, 23 (4), 242-250.
- Voltersvik, P., Rise, J. & Lærum, E. (1993). HIV infection and Norwegian general practitioners: does fear affect knowledge?, *AIDS, Education and Prevention*, 10 (1), 1-7.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación entre áreas

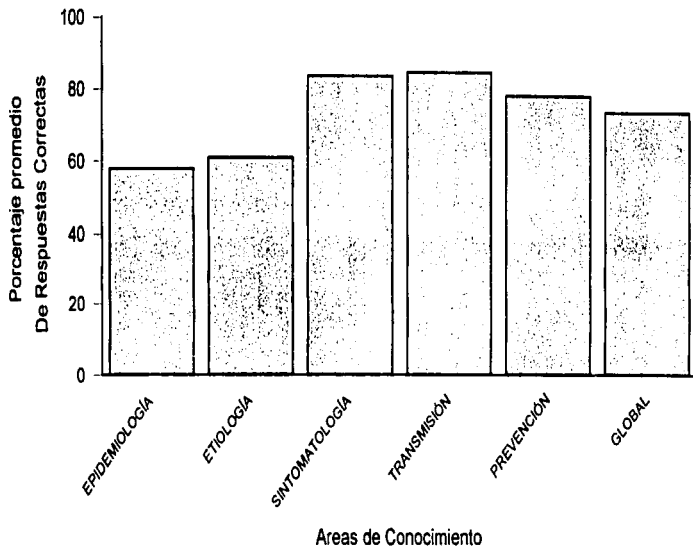


Figura 1. Porcentaje promedio de respuestas correctas obtenido por todos los seropositivos evaluados

# CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por preferencia sexual

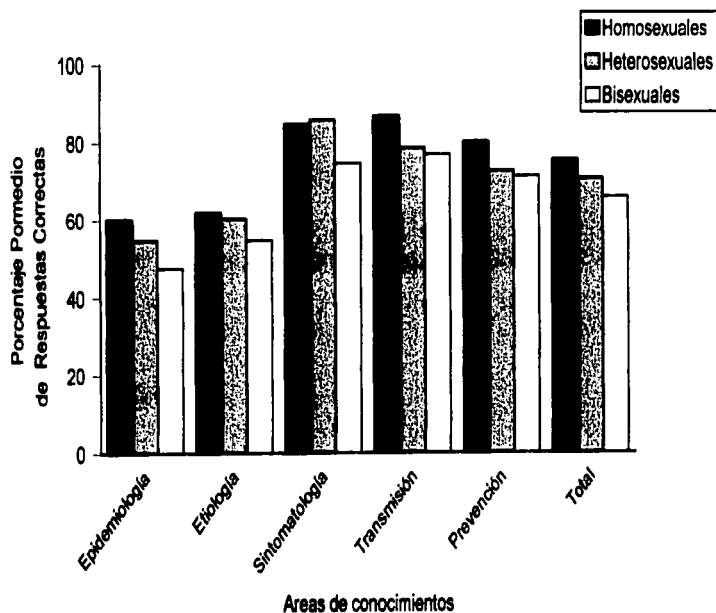
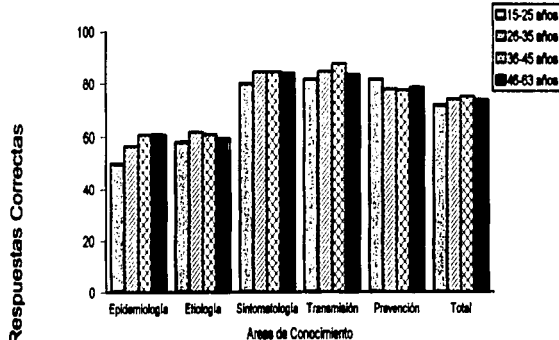


Figura 2. Porcentaje promedio de respuestas correctas en cada una de las áreas evaluadas según la preferencia sexual.

# CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

## Comparación por rangos de edad



## Comparación por fecha de diagnóstico

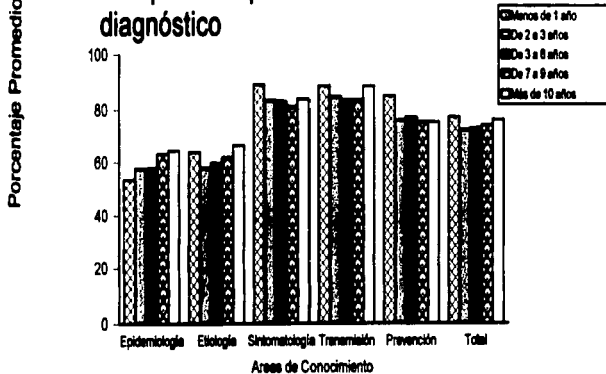


Figura 3. Porcentaje de respuestas correctas en cada una de las areas de conocimientos por rangos de edad y fecha de diagnóstico..

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

# CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por nivel de escolaridad

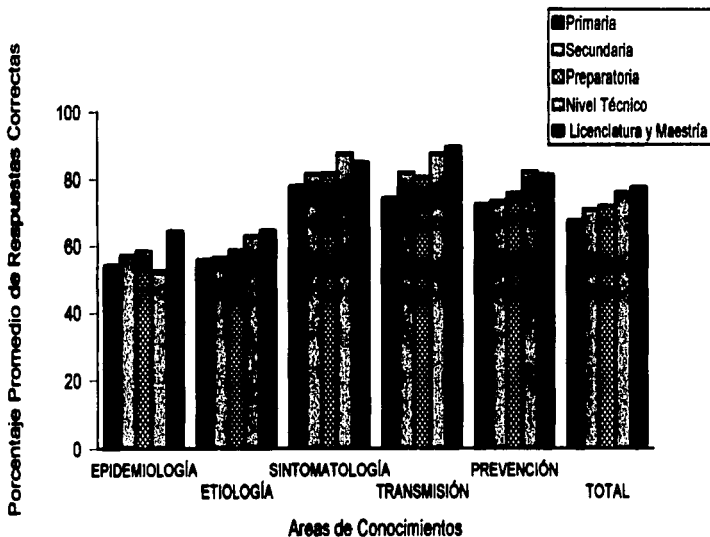


Figura 4. Porcentaje promedio de respuestas correctas obtenido por los seropositivos según su nivel de escolaridad.

## ASISTENCIA A CURSOS SOBRE VIH/SIDA

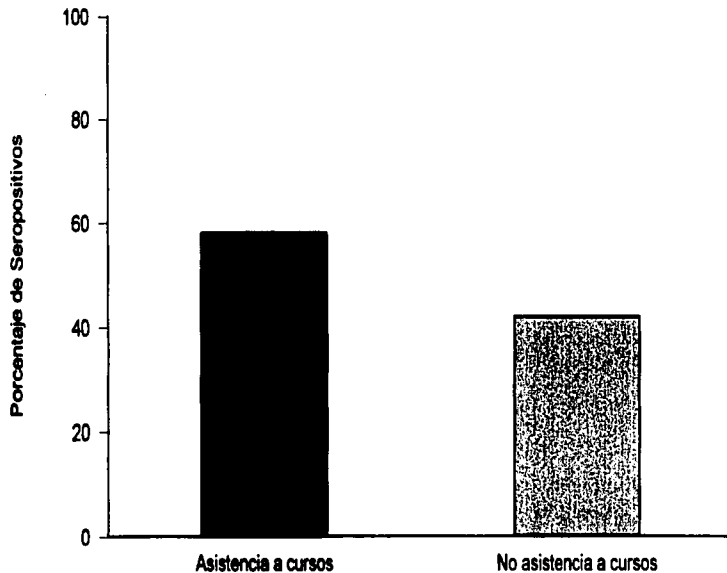


Figura 5. Porcentaje de seropositivos que han asistido y no han asistido a cursos sobre VIH/SIDA.

# RELACIONES SEXUALES

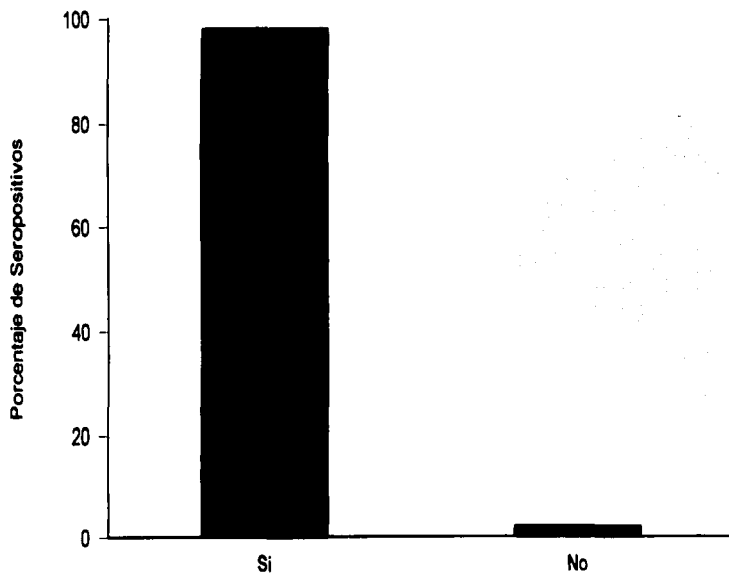


Figura 6. Porcentaje de personas seropositivas que han tenido o no relaciones sexuales antes de su diagnóstico.

# DEBUT SEXUAL DE LOS SEROPOSITIVOS

Edad de inicio



Figura 7. Edad de inicio del debut sexual.

# DEBUT SEXUAL DE LOS SEROPOSITIVOS

Comparación por preferencia sexual

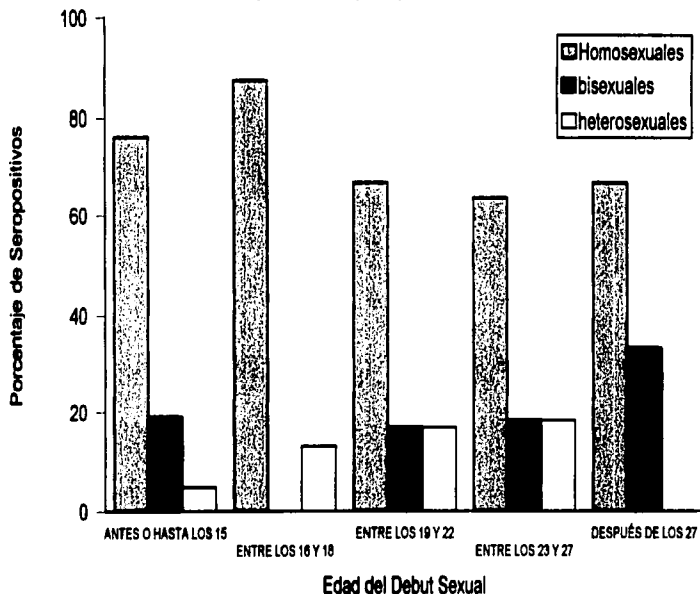


Figura 8. Edad de inicio de las relaciones sexuales en homosexuales, heterosexuales y bisexuales seropositivos.



## FRECUENCIA DE LAS RELACIONES ANTES DEL DIAGNOSTICO

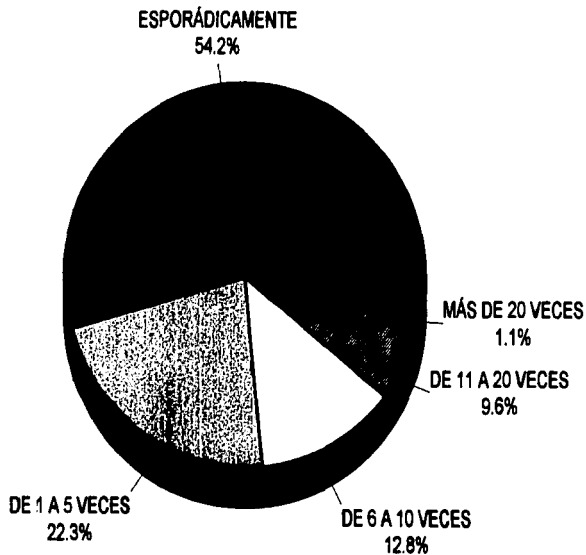


Figura 9. Frecuencia por mes de las relaciones sexuales en los seropositivos evaluados.

# TIPO DE PAREJA CON LA QUE SE TENÍAN RELACIONES SEXUALES



Figura 10. Tipo de pareja con la que tuvieron relaciones sexuales los seropositivos

# USO DE CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES

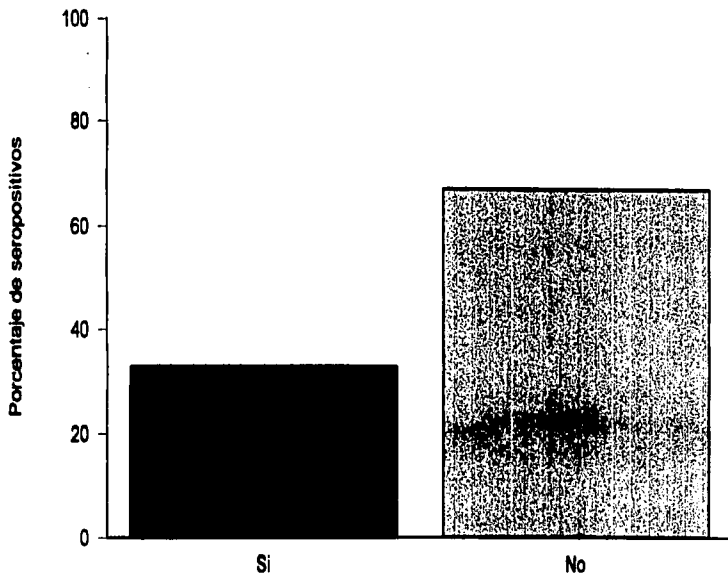


Figura 11. Porcentaje de personas seropositivas que reportaron haber utilizado protección en sus relaciones sexuales.

# FRECUENCIA DE USO DE PROTECCIÓN

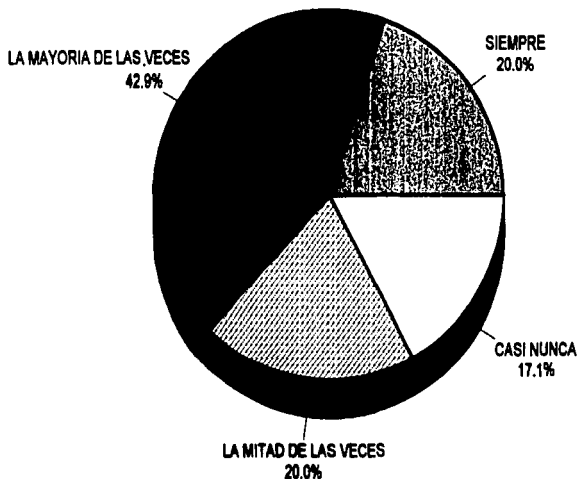


Figura 12. Frecuencia del uso de protección en los seropositivos que han tenido relaciones sexuales.

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

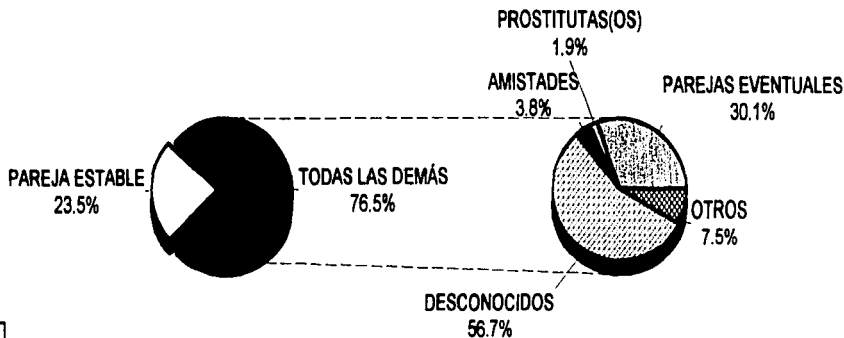


Figura 13. Tipo de pareja con la que usaban protección los seropositivos

# CUÁNDO SE USABA PROTECCIÓN AL TENER RELACIONES SEXUALES

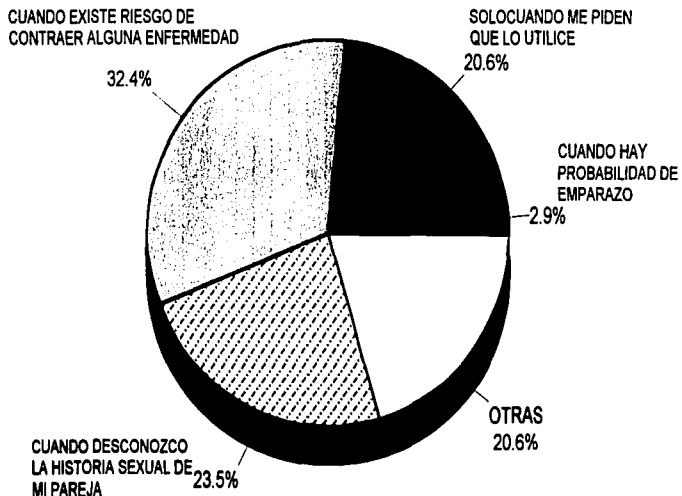
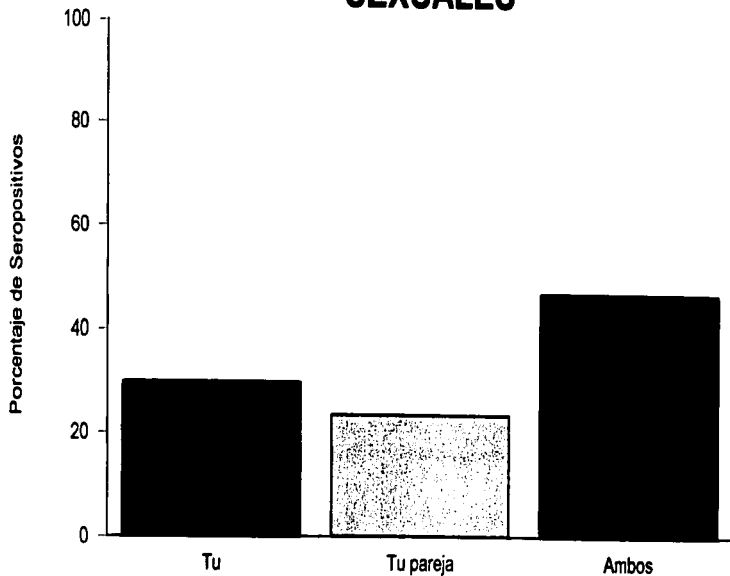


Figura14. Razones por las que usaban protección los seropositivos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# QUIÉN TOMABA LA INICIATIVA PARA USAR CONDÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 15. Quién tomaba la iniciativa de utilizar protección en las relaciones sexuales.

## USO DE PROTECCIÓN POR PREFERENCIA SEXUAL

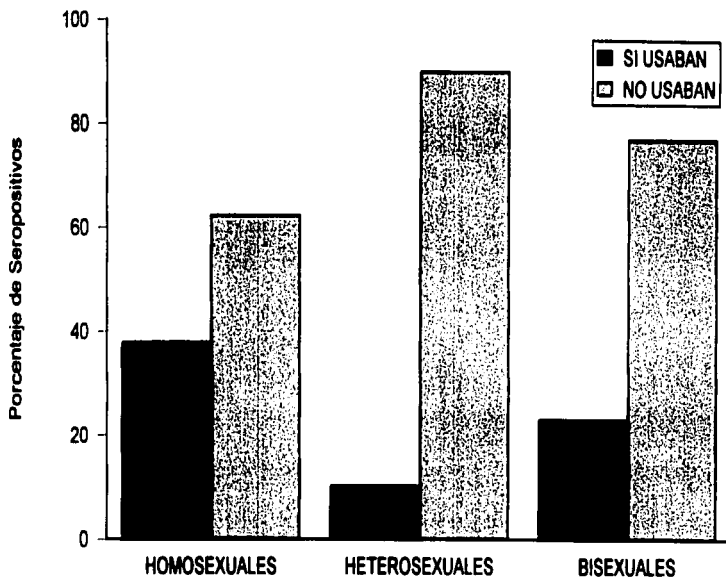


Figura 16. Porcentaje de seropositivo que usaban y no usaban protección en sus relaciones sexuales, comparación por preferencia sexual.



## USO DE PROTECCIÓN EN LOS DISTINTOS RANGOS DE EDAD

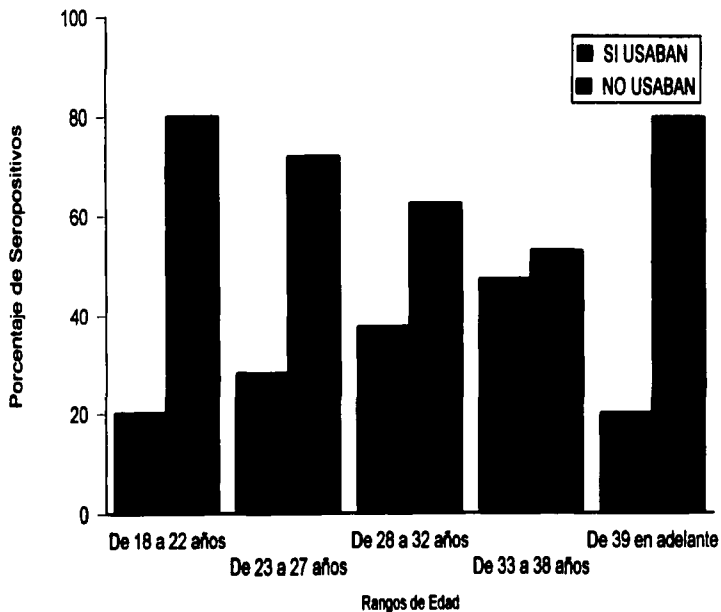


Figura 17. Porcentaje de seropositivos que usaban y no usaban protección en los distintos rangos de edad.

# PRÁCTICAS SEXUALES

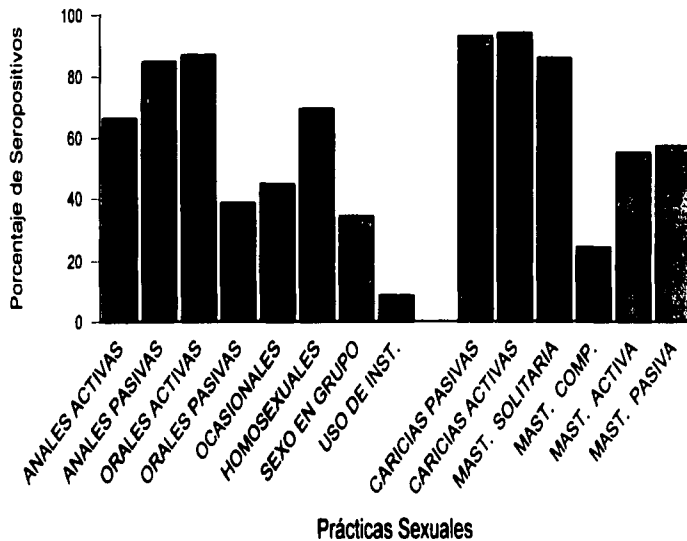


Figura 18. Porcentaje de seropositivos que han tenido cada una de las prácticas sexuales evaluadas.

# PRÁCTICAS SEXUALES

Comparación con preferencia sexual

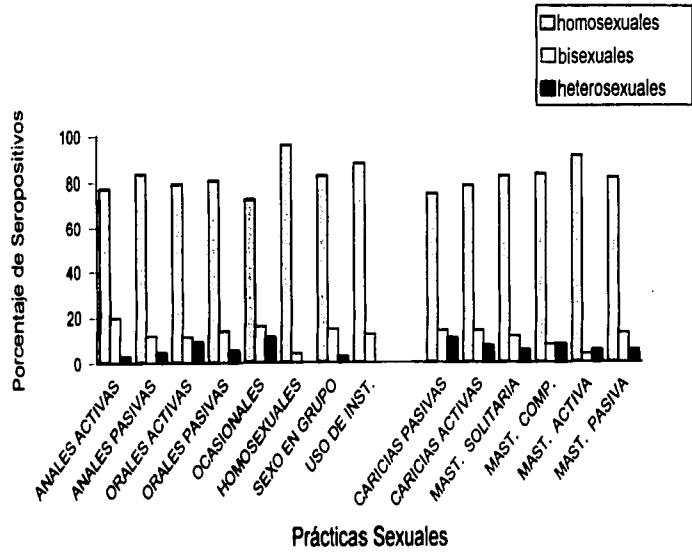


Figura19. Porcentaje de seropositivos que reportaron haber llevado a cabo cada una de las prácticas sexuales evaluadas relacionadas con la preferencia sexual.

# PRÁCTICAS SEXUALES

## Comparación con el uso y no uso de protección

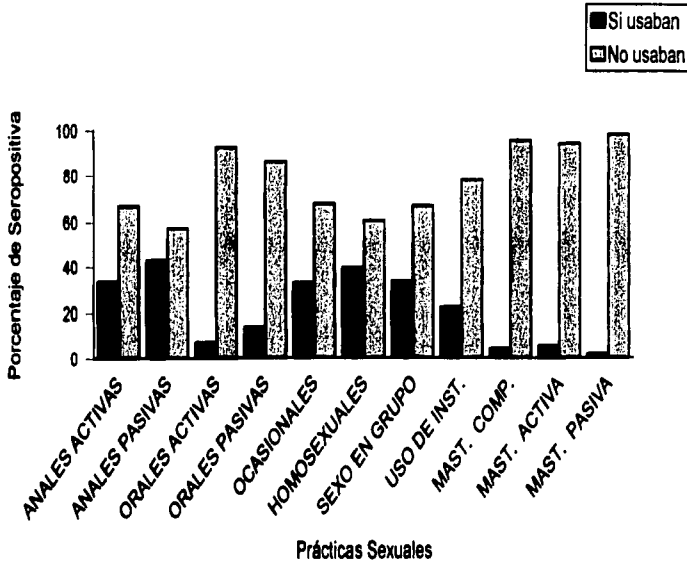


Figura 20. Porcentaje de seropositivos que reportaron haber usado o no protección en cada una de las prácticas.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

# PRÁCTICAS SEXUALES

## Frecuencia del uso del condón

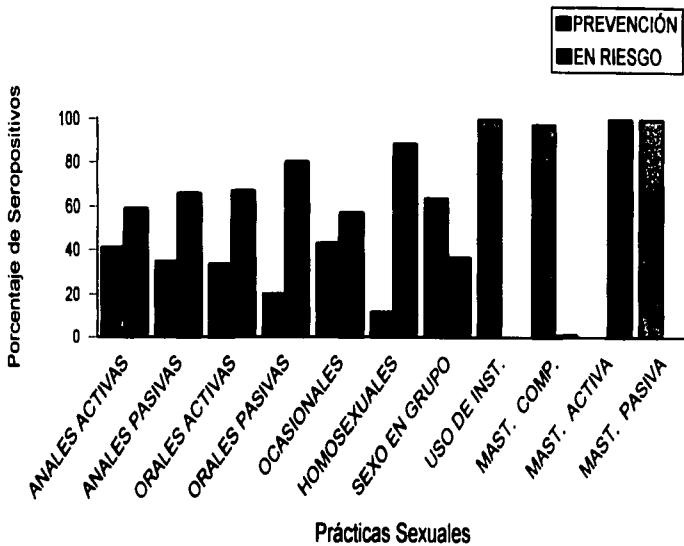


Figura 21. Porcentaje de seropositivos que se encuentran en riesgo o prevención por la frecuencia del uso del condón en cada una de las prácticas.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

# PRÁCTICAS SEXUALES

Tipo de pareja con que se usaba condón

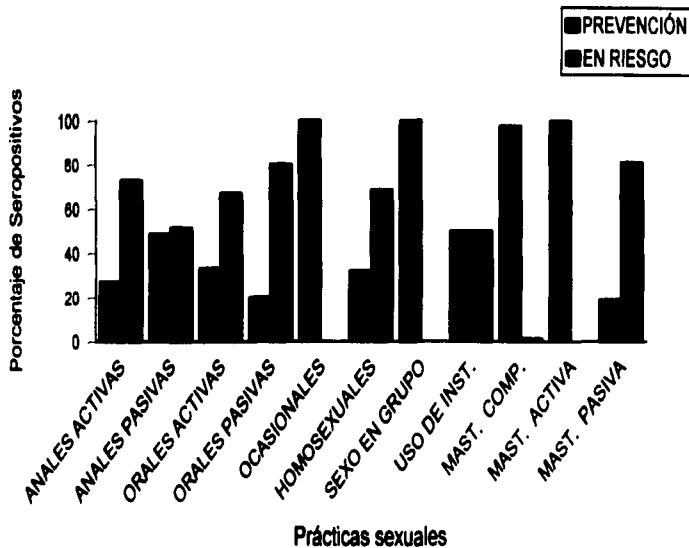


Figura 22. Porcentaje de seropositivos que se encuentran en riesgo o prevención por el tipo de pareja con la que usaba protección en cada una de las prácticas.

# PRÁCTICAS SEXUALES

Tipo de pareja con la que no se usaba condón

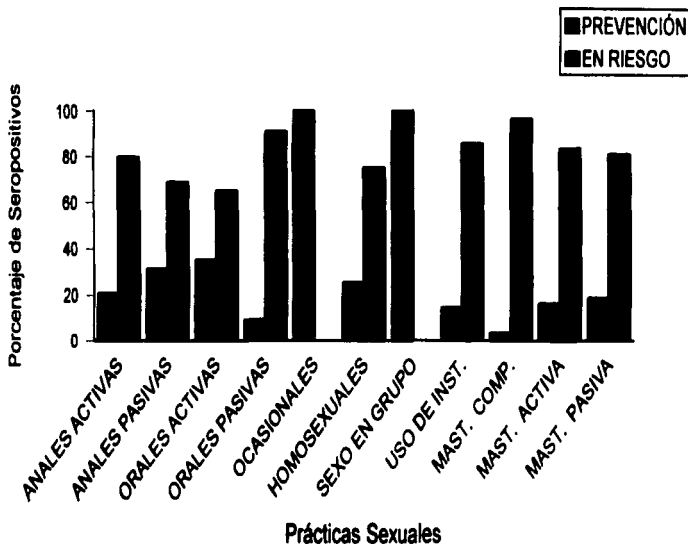


Figura 23. Porcentaje de seropositivos que se encuentran en riesgo o en prevención por el tipo de pareja con la que no se usaba protección en cada una de las prácticas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# PRÁCTICAS SEXUALES

Razones por las que se usaba el condón

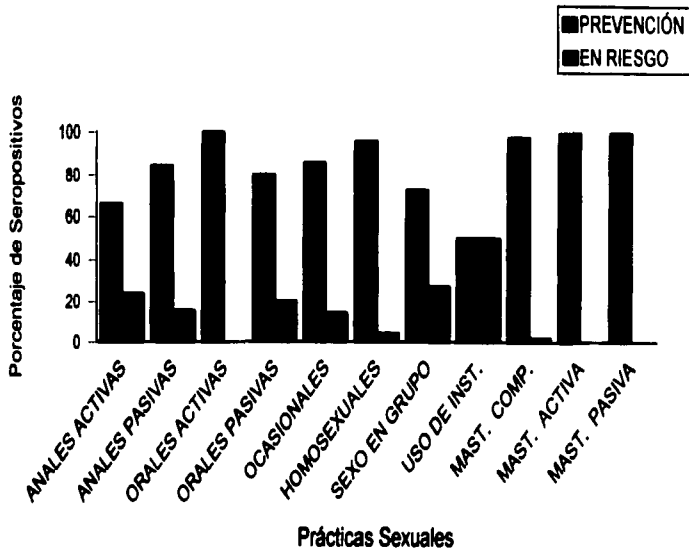


Figura 24. Porcentaje de seropositivos que se encuentran en riesgo o en prevención según las razones que dieron para usar protección en cada una de las prácticas.



# PRÁCTICAS SEXUALES

## Razones por las que no se usaba condón

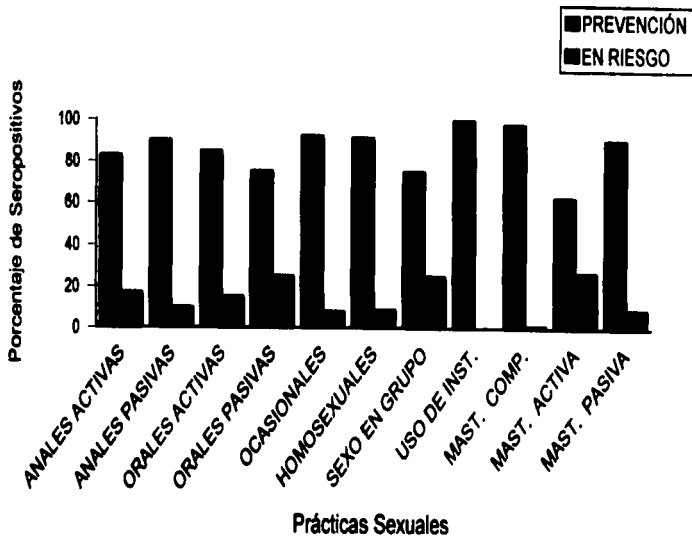


Figura 25. Porcentaje de seropositivos que se encuentran en riesgo o en prevención por las razones que dieron para no usar condón en cada una de las prácticas.

# PRÁCTICAS SEXUALES

## Iniciativa para el uso del condón

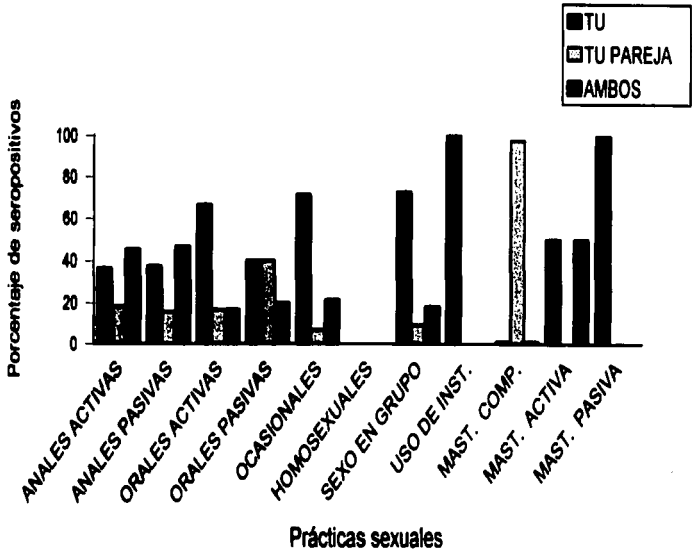


Figura 26. Muestra quién tomó la iniciativa para usar protección en cada una de las prácticas.

# FACTORES BIOLÓGICOS

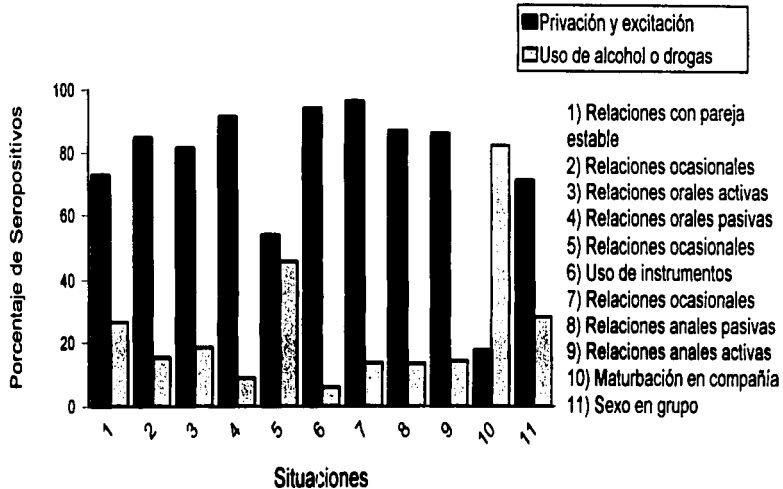


Figura 27. Porcentaje de seropositivos que reportaron haber usado alcohol, drogas o estar bajo estados de privación o excitación al tener relaciones sexuales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA**

**CUESTIONARIO**

***"CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA Y PRACTICAS  
SEXUALES CON PERSONAS SEROPOSITIVAS"***

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN A CARGO DE:  
MTRA. DIANA MORENO RODRIGUEZ  
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**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

El presente cuestionario se desarrolló como parte de una investigación que se está realizando en la Universidad Nacional Autónoma de México-Campus Iztacala. La información que nos proporcionas será absolutamente confidencial, por lo que te pedimos que respondas de la manera más sincera posible. Tu colaboración contribuirá con el desarrollo de la investigación orientada hacia programas de prevención del VIH/SIDA, un problema de salud de particular importancia a nivel nacional e internacional. El cuestionario consta de tres partes; en cada una de ellas encontrarás las instrucciones específicas para responder. Tus respuestas no debes anotarlas en el cuestionario, sino en las hojas de respuesta correspondientes que te entregará la persona responsable de la aplicación del cuestionario. Si tienes dudas sobre las preguntas puedes aclararlas con el responsable de la aplicación.

### PARTE I: CONOCIMIENTOS GENERALES ACERCA DEL VIH/SIDA\*

\*Versión modificada de Alfaro, Rivera y Díaz (1991)

**INSTRUCCIONES:** A continuación se te presentan una serie de preguntas relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Te pedimos que en tu "Hoja de Respuestas Parte I" marques con una "X" la opción que consideres correcta; sólo podrás marcar una sola opción.

- 1.- Los primeros casos reportados de SIDA datan de:
  - a) 1971
  - b) 1985
  - c) 1981
  - d) 1975
- 2.- El agente causal del SIDA es:
  - a) ADN Virus
  - b) VIH
  - c) Retrovirus (HTLV-1)
  - d) Retrovirus (VIH)
- 3.- El virus de la inmunodeficiencia humana tiene especial predilección para invadir:
  - a) Glóbulos rojos
  - b) Glóbulos blancos
  - c) Macrófagos
  - d) Células del Sistema Nervioso Central
- 4.- Cuando el VIH se introduce en las células de los linfocitos T-4 ayuda a cumplir su función alertadora e inductora de todo el sistema de defensa.
  - a) Cierto
  - b) Falso
- 5.- El VIH tiene un método singular de reproducción denominado:
  - a) Inversión
  - b) Linfadenopatía
  - c) Seroconversión
  - d) Replicación
- 6.- El SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH.
  - a) Cierto
  - b) Falso
- 7.- A medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva.
  - a) Cierto
  - b) Falso
- 8.- Al estado que precede al SIDA donde el individuo presenta anticuerpos contra el VIH, se le conoce como Complejo Relacionado al SIDA.
  - a) Cierto
  - b) Falso
- 9.- El SIDA constituye sólo la etapa final de la infección con el VIH.
  - a) Cierto
  - b) Falso

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





## PARTE II: PRACTICAS SEXUALES

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas con lo que HAS HECHO (Y NO LO QUE HARÍAS O LO QUE PIENSAS QUE PODRÍA SER CONVENIENTE) con respecto a tu comportamiento sexual. En estas preguntas existen varias opciones; en tu "Hoja de Respuestas Parte II" marca con una "x" sólo una de las opciones, aquella que más se asemeje a lo que hacías antes de ser diagnosticado como seropositivo, no a lo que actualmente haces. Te reiteramos que tus respuestas sólo serán utilizadas con fines estadísticos, por lo que te pedimos que contestes con la mayor seriedad y sinceridad posible. Si tienes dudas sobre el significado de algunas palabras, al final del cuestionario encontrarás un glosario que te servirá de ayuda. Gracias por tu amable cooperación.

- 1.- ¿Has tenido relaciones sexuales?  
( )SI ( )NO
- 2.- En caso de que tu respuesta anterior haya sido NO, pasa a la pregunta 93, de lo contrario, ¿a qué edad tuviste tus primeras relaciones sexuales?  
A) Antes o hasta los 15 años. B) De los 16 a los 18 años.  
C) De los 19 a los 22 años. D) De los 23 a los 27 años.  
E) Después de los 27 años.
- 3.- ¿Antes de ser portador del VIH tenías relaciones sexuales?  
( )SI ( )NO
- 4.- En caso de que tu respuesta haya sido afirmativa, ¿cuántas veces tenías relaciones sexuales en promedio por mes?  
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.
- 5.- En general, ¿con qué personas tenías relaciones sexuales?  
A) Sólo con mi pareja estable.  
B) Con parejas eventuales.  
C) Con trabajadoras (es) del sexo.  
D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
E) Con personas desconocidas.  
F) Otras. Cuáles:
- 6.- Cuando tenías relaciones sexuales, ¿utilizabas el condón o barrera latex?  
( )SI ( )NO
- 7.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 11, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usabas el condón?  
A) Siempre que tenía relaciones sexuales.  
B) La mayoría de las veces.  
C) La mitad de las veces.  
D) Casi nunca.
- 8.- ¿Con qué personas utilizabas el condón o barrera latex cuando tenías relaciones sexuales?  
A) Sólo con mi pareja estable.  
B) Con parejas eventuales.  
C) Con prostitutas (os).  
D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
E) Con personas desconocidas.  
F) Otras. Cuáles:
- 9.- ¿En qué situaciones utilizabas el condón cuando tenías relaciones sexuales?  
A) Cuando había probabilidad de embarazo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



- B) Sólo cuando me pedían que lo utilizara.  
 C) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 D) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
 E) Otras. Cuáles:
- 10.- ¿Quién tomaba la iniciativa para usarlo?  
 TU                       TU PAREJA                       AMBOS
- 11.- ¿Con qué personas no utilizabas el condón cuando tenías relaciones sexuales?  
 A) Sólo con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (as).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 12.- ¿En qué situaciones no utilizabas el condón cuando tenías relaciones sexuales?  
 A) Cuando no había probabilidad de embarazo.  
 B) Sólo cuando me pedían que no lo utilizara.  
 C) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 D) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 E) Otras. Cuáles:
- 13.- ¿Tenías relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?  
 SI                                       NO
- 14.- Si tu respuesta fue NO, pasa a la pregunta 23, de lo contrario, ¿cuántas veces participabas en este tipo de relaciones en promedio por mes?  
 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.
- 15.- ¿Con qué personas tenías este tipo de relaciones sexuales?  
 A) Sólo con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con trabajadoras (as) del sexo.  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 16.- Cuando tenías relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo, ¿utilizabas el condón?  
 SI                                       NO
- 17.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 21; de lo contrario, ¿con qué frecuencia usabas el condón?  
 A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
 B) La mayoría de las veces.  
 C) La mitad de las veces.  
 D) Casi nunca.
- 18.- Cuando tenías relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo, ¿con qué personas utilizabas el condón?  
 A) Sólo con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con trabajadores (as) del sexo.

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**



- B) Sólo cuando tenía relaciones con prostitutas (os).  
 C) Cuando participaban personas que conocía.  
 D) Otras. Cuáles:
- 29.- ¿En qué situaciones utilizabas el condón cuando tenías relaciones sexuales en grupo?  
 A) Cuando había probabilidad de embarazo.  
 B) Sólo cuando me pedían que lo utilizara.  
 C) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 D) Cuando desconocía la historia sexual de los participantes.  
 E) Otras. Cuáles:
- 30.- Por lo general, ¿quién tomaba la iniciativa para usar el condón?  
 TU  TU PAREJA  LOS DEMAS
- 31.- ¿Con qué personas no utilizabas el condón cuando tenías relaciones sexuales en grupo?  
 A) Sólo cuando tenía relaciones sexuales con parejas desconocidas.  
 B) Sólo cuando tenía relaciones con prostitutas (os).  
 C) Cuando participaban personas que conocía.  
 D) Otras. Cuáles:
- 32.- ¿En qué situaciones no utilizabas el condón cuando tenías relaciones sexuales en grupo?  
 A) Cuando no había probabilidad de embarazo.  
 B) Sólo cuando me pedían que no lo utilizara.  
 C) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 D) Cuando conocía la historia sexual de los participantes.  
 E) Otras. Cuáles:
- 33.- ¿Tenías relaciones sexuales con parejas ocasionales teniendo una pareja estable?  
 SI  NO
- 34.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 43, de lo contrario, ¿cuántas veces participabas en este tipo de relaciones en promedio por mes?  
 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.
- 35.- ¿Con qué personas tenías relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable?  
 A) Con trabajadoras (es) del sexo.  
 B) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 C) Con personas desconocidas.  
 D) Otras. Cuáles:
- 36.- Cuando tenías relaciones sexuales con parejas ocasionales ¿utilizabas el condón?  
 SI  NO

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- 37.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 41, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usabas protección?
- A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
 B) La mayoría de las veces.  
 C) La mitad de las veces.  
 D) Casi nunca.
- 38.- ¿Con qué personas utilizabas protección cuando tenías relaciones ocasionales teniendo una pareja estable?
- A) Con trabajadoras (es) del sexo.  
 B) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 C) Con personas desconocidas.  
 D) Otras. Cuáles.
- 39.- ¿En qué situaciones utilizabas protección cuando tenías relaciones ocasionales?
- A) Cuando había probabilidad de embarazo.  
 B) Sólo cuando me pedían que la utilizara.  
 C) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 D) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
 E) Otras. Cuáles.
- 40.- ¿Quién tomaba la iniciativa para usar protección en tus relaciones ocasionales?
- ( ) TU ( ) TU PAREJA ( ) AMBOS
- 41.- ¿Con qué pareja ocasional no utilizabas protección?
- A) Con prostitutas (os).  
 B) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 C) Con personas desconocidas.  
 D) Otra. Cuál.
- 42.- ¿En qué situaciones no utilizabas protección cuando tenías relaciones ocasionales?
- A) Cuando no había probabilidad de embarazo.  
 B) Sólo cuando me pedían que no la utilizara.  
 C) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 D) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 E) Otras. Cuáles.
- 43.- ¿Tenías relaciones sexuales anales en las que fueras penetrado o penetrada?
- ( ) SI ( ) NO
- 44.- Si tu respuesta fue NO, pasa a la pregunta 53, en caso contrario, ¿cuántas veces participabas en este tipo de relaciones en promedio por mes?
- 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 personas realizabas 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 tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles.
- 46.- ¿Utilizaba tu pareja sexual algún tipo de protección cuando practicaba en ti relaciones anales?
- ( ) SI ( ) NO
- 47.- En caso de que tu respuesta anterior haya sido NO, pasa a la pregunta 51, de lo contrario, ¿con qué frecuencia usabas protección cuando tenías relaciones sexuales en las que te penetraban analmente?

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
 B) La mayoría de las veces.  
 C) La mitad de las veces.  
 D) Casi nunca.
- 48 - ¿Con qué personas tenías este tipo de relaciones usando protección?  
 A) Con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os)  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 49 - ¿En qué situaciones utilizabas protección cuando te penetraban analmente?  
 A) Sólo cuando me pedían que la utilizara.  
 B) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 50 - Por lo regular, quién tomaba la iniciativa entre tu pareja y tú en torno a esta actividad sexual para usar protección?  
 )TU  )TU PAREJA  )AMBOS
- 51 - ¿Con qué personas tenías este tipo de relaciones anales sin usar protección?  
 A) Con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con trabajadores (as) del sexo.  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles
- 52 - ¿En qué situaciones no utilizabas protección cuando te penetraban analmente?  
 A) Sólo cuando me pedían que no la utilizara.  
 B) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 53 - ¿Tenías relaciones sexuales anales en las que tu penetraras a tu pareja sexual?  
 )SI  )NO
- 54 - Si tu respuesta fue NO, pasa a la pregunta 63, en caso contrario, cuántas veces participabas en este tipo de relaciones en promedio por mes?  
 A) Esporadicamente  
 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) Mas de 20 veces por mes
- 55 - ¿Con qué personas realizabas este tipo de actividad sexual?  
 A) Solo con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles
- 56 - ¿Utilizabas algún tipo de protección cuando penetrabas analmente a una persona?  
 )SI  )NO
- 57 - Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 61, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usabas protección en este tipo de relaciones?

- A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
 B) La mayoría de las veces.  
 C) La mitad de las veces.  
 D) Casi nunca.
- 58.- ¿Con qué personas utilizabas protección cuando penetrabas analmente a tu pareja?  
 A) Con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 59.- ¿En qué situaciones utilizabas el condón cuando penetrabas analmente a una persona?  
 A) Sólo cuando me pedían que lo utilizara.  
 B) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 60.- Por lo regular, ¿quién tomaba la iniciativa para usar el condón cuando penetrabas analmente a tu pareja?  
 ( ) TU ( ) TU PAREJA ( ) AMBOS
- 61.- ¿Con qué tipo de personas no usabas el condón cuando penetrabas analmente a tu pareja?  
 A) Con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 62.- ¿En qué situaciones no utilizabas protección cuando penetrabas analmente a tu pareja?  
 A) Sólo cuando me pedían que no la utilizara.  
 B) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles: Con trabajadoras (es) del sexo.
- 63.- ¿Practicabas relaciones orales (buce-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 participabas en este tipo de relaciones en promedio por mes?  
 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 pareja realizabas esta práctica sexual?  
 A) Sólo con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otra. Cuál:

<p>TESIS CON          FALLA DE ORIGEN</p>
---

- 66.- ¿Utilizabas condones o barrera látex cuando practicabas 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 usabas protección cuando tenías relaciones orales?  
A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
B) La mayoría de las veces.  
C) La mitad de las veces.  
D) Casi nunca.
- 68.- ¿Con qué personas usabas protección cuando practicabas 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 tenía relaciones de amistad.  
E) Con personas desconocidas.  
F) Otras. Cuáles:
- 69.- ¿En qué situaciones utilizabas algún tipo de protección cuando practicabas relaciones orales en otra persona?  
A) Sólo cuando me pedían que la utilizara.  
B) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
C) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
D) Otras. Cuáles:
- 70.- ¿Quién tomaba la iniciativa para usar protección cuando practicabas relaciones orales en otra persona?  
( ) TU ( ) TU PAREJA ( ) AMBOS
- 71.- ¿Con qué personas no usabas protección cuando practicabas relaciones orales en otra persona?  
A) Con mi pareja estable.  
B) Con parejas eventuales.  
C) Con prostitutas (os).  
D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
E) Con personas desconocidas.  
F) Otras. Cuáles:
- 72.- ¿En qué situaciones no utilizabas protección cuando practicabas relaciones orales en tu pareja?  
A) Sólo cuando me pedían que no la utilizara.  
B) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
C) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
D) Otras. Cuáles:
- 73.- ¿Practicaba en ti 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 participabas en este tipo de relaciones en promedio por mes?  
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 pareja realizabas esta actividad sexual?  
A) Sólo con mi pareja estable.  
B) Con parejas eventuales.  
C) Con prostitutas (os).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otra. Cuál:
- 76.- ¿Utilizaba tu pareja sexual condones o barrera látex cuando practicaba en ti relaciones orales (bucogenitales)?  
 ( ) SI ( ) NO
- 77.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 81. en caso contrario, ¿con qué frecuencia usabas protección en esta práctica sexual?  
 A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
 B) La mayoría de las veces.  
 C) La mitad de las veces.  
 D) Casi nunca.
- 78.- ¿Con qué parejas utilizabas protección en este tipo de relaciones sexuales?  
 A) Con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (as).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 79.- ¿En qué situaciones utilizabas protección cuando tu pareja practicaba en ti relaciones orales?  
 A) Sólo cuando me pedían que la utilizara.  
 B) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 80.- Por lo regular, quién tomaba la iniciativa para usar protección cuando practicaban en ti relaciones orales?  
 ( ) TU ( ) TU PAREJA ( ) JAMBOS
- 81.- ¿Con qué personas no usabas protección cuando tu pareja practicaba en ti relaciones orales?  
 A) Sólo con mi pareja estable  
 B) Con parejas eventuales  
 C) Con trabajadores (as) del sexo.  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles.
- 82.- ¿En que situaciones no utilizabas protección cuando practicaban en ti relaciones orales?  
 A) Sólo cuando me pedían que no la utilizara.  
 B) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 83.- ¿Utilizabas 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 participabas en este tipo de relaciones en promedio por mes?  
 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.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



- E) Más de 20 veces por mes.
- 85.- ¿Con qué personas tenías 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 tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Estando solo(a) sin ninguna pareja.  
 G) Otras. Cuáles:
- 86.- ¿Usabas protección cuando tenías 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 utilizabas el condón cuando usabas instrumentos de estimulación sexual?  
 A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
 B) La mayoría de las veces.  
 C) La mitad de las veces.  
 D) Casi nunca.
- 88.- ¿Con qué pareja utilizabas protección cuando usabas instrumentos de estimulación sexual?  
 A) Sólo con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Con ninguna. Uso el protección cuando estoy solo(a).  
 G) Otra. Cuál:
- 89.- ¿En qué situaciones utilizabas protección cuando usabas instrumentos de estimulación sexual?  
 A) Cuando era compartido.  
 B) Sólo cuando me pedían que la utilizara.  
 C) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 D) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
 E) Cuando estaba solo(a).  
 F) Otras. Cuáles:
- 90.- Por lo regular, ¿quién tomaba la iniciativa para usar protección en este tipo de relaciones sexuales?  
 ( )TU ( )TU PAREJA ( )AMBOS
- 91.- ¿Con qué pareja no utilizabas 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 tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Con ninguna.  
 G) Otra. Cuál:
- 92.- ¿En qué situaciones no utilizabas protección cuando usabas instrumentos de estimulación sexual?  
 A) Cuando los instrumentos no eran compartidos.  
 B) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Cuando estaba solo(a).  
 E) Otras. Cuáles:

- 93.- ¿Te Masturbabas tu solo o sola?  
( ) SI ( ) NO
- 94.- Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 95, en caso contrario, ¿cuántas veces te masturbabas por mes ?  
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 masturbabas en compañía de alguien?  
( ) SI ( ) NO
- 96.- Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 105, en caso contrario, ¿cuántas veces te masturbabas en compañía de alguien en promedio por mes?  
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 pareja realizabas esta actividad sexual?  
A) Con mi pareja estable.  
B) Con parejas eventuales.  
C) Con trabajadores (as) del sexo.  
D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
E) Con personas desconocidas.  
F) Otra. Cuál.
- 98.- Cuando te masturbabas en compañía de alguien ¿utilizabas 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 usabas el condón en esta actividad sexual?  
A) Siempre que tenía este tipo de actividad sexual.  
B) La mayoría de las veces.  
C) La mitad de las veces.  
D) Casi nunca.
- 100.- ¿Con qué personas acostumbrabas masturbarte usando protección?  
A) Con mi pareja estable.  
B) Con parejas eventuales.  
C) Con prostitutas (os).  
D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
E) Con personas desconocidas.  
F) Otra. Cuál.
- 101.- ¿En qué situaciones utilizabas el condón cuando te masturbabas en compañía de alguien?  
A) Sólo cuando me pedían que lo utilizara.  
B) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
C) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
D) Otras. Cuáles
- 102.- ¿Quién decidía usar protección cuando te masturbabas en compañía de alguien?  
( ) TU ( ) TU PAREJA ( ) AMBOS
- 103.- ¿Con qué persona acostumbrabas masturbarte sin usar protección?  
A) Con mi pareja estable

- B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otra. Cuál:
- 104.- ¿En qué situaciones no utilizabas el condón cuando te masturbabas en compañía de alguien?  
 A) Sólo cuando me pedían que no lo utilizara.  
 B) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 105.- ¿Permitías que otra persona te masturbara?  
 ( ) SI ( ) NO
- 106.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 115. en caso contrario, ¿con qué frecuencia permitías que te masturbara otra persona en promedio por mes?  
 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 pareja acostumbrabas realizar esta actividad sexual?  
 A) Sólo con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otra. Cuál
- 108.- Cuando te masturbaba otra persona, ¿utilizabas protección?  
 ( ) SI ( ) NO
- 109.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 113. en caso contrario, ¿con qué frecuencia usabas protección?  
 A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
 B) La mayoría de las veces.  
 C) La mitad de las veces.  
 D) Casi nunca
- 110.- ¿Qué persona permitías que te masturbara?  
 A) Mi pareja estable.  
 B) Parejas eventuales.  
 C) Prostitutas (os).  
 D) Personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 111.- ¿En qué situaciones utilizabas protección cuando otra persona te masturbaba?  
 A) Sólo cuando me pedían que lo utilizara.  
 B) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 112.- ¿Quién decidía usar protección en esta actividad sexual?  
 ( ) TU ( ) TU PAREJA ( ) AMBOS
- 113.- ¿Qué persona permitías que te masturbara sin usar protección?  
 A) Mi pareja estable.  
 B) Parejas eventuales

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- C) Prostitutas (as).  
 D) Personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 114.- ¿En qué situaciones no utilizabas protección cuando te masturbaba otra persona?  
 A) Sólo cuando me pedían que no la utilizara.  
 B) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 115.- ¿Masturbabas 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 masturbabas a otra persona en promedio por mes?  
 A) Es 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 pareja acostumbrabas masturbar?  
 A) A mi pareja estable.  
 B) A parejas eventuales.  
 C) A trabajadoras (as) del sexo.  
 D) A personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) A personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 118.- Cuando masturbabas a otra persona, ¿utilizabas protección?  
 SI  NO
- 119.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 123, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usabas protección cuando masturbabas a otra persona?  
 A) Siempre que tenía este tipo de relaciones sexuales.  
 B) La mayoría de las veces.  
 C) La mitad de las veces.  
 D) Casi nunca.
- 120.- ¿Con qué persona utilizabas protección cuando la masturbabas?  
 A) Sólo con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (as).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otra. Cuál:
- 121.- ¿En qué situaciones utilizabas protección cuando masturbabas a otra persona?  
 A) Sólo cuando me pedían que la utilizara.  
 B) Cuando existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando desconocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 122.- ¿Quién decidía usar protección en esta actividad sexual?  
 TU  TU PAREJA  AMBOS

- 123.- ¿Con qué personas no usabas protección cuando la masturbabas?  
 A) Con mi pareja estable.  
 B) Con parejas eventuales.  
 C) Con prostitutas (os).  
 D) Con personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Con personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 124.- ¿En qué situaciones no utilizabas protección cuando masturbabas a otra persona?  
 A) Sólo cuando me pedían que no la utilizara.  
 B) Cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.  
 C) Cuando conocía la historia sexual de mi pareja.  
 D) Otras. Cuáles:
- 125.- ¿En alguna ocasión acariciaste 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 realizabas esta actividad en promedio por mes?  
 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 acostumbrabas acariciar, especialmente en sus zonas sexuales?  
 A) A mi pareja estable  
 B) A parejas eventuales.  
 C) A prostitutas (os).  
 D) A personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) A personas desconocidas.  
 F) Otras. Cuáles:
- 128.- ¿Permitías que otra persona te acariciara 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 permitías que otra persona te acariciara en tus zonas sexuales en promedio por mes?  
 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 persona permitías que te acariciara en tus zonas sexuales?  
 A) Mi pareja estable.  
 B) Parejas eventuales.  
 C) Prostitutas (os).  
 D) Personas con las que tenía relaciones de amistad.  
 E) Personas desconocidas  
 F) Otras. Cuáles:
- 131.- De la lista siguiente que aparece en tu hoja de respuestas señala con una X, en el cuadro correspondiente, aquellas prácticas sexuales que hayas llevado a cabo en los últimos tres meses, en cuáles has utilizado condón o barrera latex, y escribe la frecuencia con la que las llevas a cabo y usas condón o barrera

latex. Finalmente, señala aquellas en las cuales has consumido alcohol o algún tipo de droga; cuando termines de responder, pasa a la Parte III del cuestionario (competencias funcionales). Si tienes dudas sobre el significado de algunas prácticas sexuales, consulta el glosario que se encuentra al final del cuestionario.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**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 viviste un momento semejante con alguna persona antes de ser diagnosticado como seropositivo; 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 MAS SE ASEMEJE A LO QUE HICISTE EN TU VIDA PASADA.** Tu elección no deberá responder a lo que tú crees que está bien o harías en el futuro, sino a lo que 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.

**SITUACION 1**

**CAMBIASTE DE PAREJA RECIENTEMENTE Y TOMARON LA DECISION DE TENER RELACIONES SEXUALES; TU TUVISTE RELACIONES SEXUALES CON TU ANTERIOR PAREJA, LA CUAL CREES QUE NO TENIA NINGUN TIPO DE INFECCION O ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE. ENTONCES, ¿QUE FUE LO QUE HICISTE?**

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

**SITUACION 2**

**TU FUISTE CON TUS AMIGOS(S) DE VACACIONES A UNA PLAYA CONOCIDA; HABIA VARIAS MUCHACHAS Y MUCHACHOS DE TU EDAD QUE TU NO CONOCIAS. CUANDO INICIASTE UNA RELACION CERCANA CON ALGUIEN, SURGIO LA OPORTUNIDAD DE TENER RELACIONES SEXUALES. EN ESTE CASO, ¿QUE FUE LO QUE TU HICISTE?**

- No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- Sólo pensé que esto podía ser una situación de riesgo.
- Pensé que el no conocer la historia sexual de esta persona era riesgoso.
- Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar el condón.
- Sólo nos acariamos porque no teníamos ningún tipo de protección.
- Decidimos que mejor en otra oportunidad porque no teníamos protección.
- Tuvimos este tipo de relación sexual usando protección.
- Pensé que si no usaba protección podría contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- Como hace tiempo que no tenía relaciones decidí que era una buena oportunidad y tuve las relaciones.
- No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no tuve relaciones.
- Me sentía muy excitado así que tuve las relaciones.
- Como había bebido alcohol tuve las relaciones sin pensar en usar protección.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- m) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve las relaciones sin pensar en usar protección.  
 n) Otros. Cuál.

### SITUACION 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 ACARIARIARSE Y EN UN MOMENTO TU AMIGO(A) TE PIDIO QUE LE ESTIMULARAS SU ZONA GENITAL CON TU BOCA. ENTONCES, ¿QUE 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 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.

### SITUACION 4

TU Y TU PAREJA SALIERON A DAR UNA VUELTA EN AUTOMOVIL. EN UN MOMENTO DADO TU PAREJA SENTIO DESIROS DE PROPORCIONARTE ESTIMULACION ORAL EN TUS ZONAS GENITALES. BAJO ESTAS CIRCUNSTANCIAS, ¿QUE FUE LO QUE TU 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 usar protección.  
 n) Otros. Cuál.

### SITUACION 5

ESTABAS EN UN VIDEO-BAR SIN COMPAÑIA. DESPUES DE UN PAR DE HORAS SURGIO LA CONVERSACION CON OTRA PERSONA Y AL CALOR DE LAS COPAS, LA CONVERSACION SE TORNO MUY AMENA Y EL AMBIENTE ROMANTICO, Y SURGIO LA OCASION DE TENER RELACIONES SEXUALES. ENTONCES, ¿QUE FUE LO QUE TU HICISTE??

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

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



- e) Pensé que el no conocer la historia sexual de esta persona era riesgoso.
- f) Como no conocía la historia sexual de mi pareja lo mejor era usar el condón.
- g) Sólo nos acariciamos porque no teníamos 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 tuve las relaciones.
- l) No me sentía lo suficientemente atraído por mi pareja y no tuve relaciones.
- m) Me sentía muy excitado así que tuve las relaciones.
- n) Como había bebido alcohol tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- o) Como estaba bajo los efectos de una droga tuve las relaciones sin pensar en usar protección.
- p) Otros. Cuál.

#### SITUACION 6

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

- 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

#### SITUACION 7

TENIAS UNA PAREJA CON LA CUAL MANTENIAS RELACIONES SEXUALES Y OTRA PERSONA, LA CUAL TE PARECE MUY ATRACTIVA. TE INSINUO QUE TUVIERAN RELACIONES SEXUALES. ¿QUE FUE LO QUE TU DICISTE?

- 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.

#### SITUACION 8

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

#### SITUACION 9

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

**SITUACION 10**

TE ENCONFRASTE A UNA PERSONA QUE NO VEIAS DESDE HACE MUCHO TIEMPO Y TE PARECIA MUY ATRACTIVA; ESTA PERSONA TE INVITO A SU APARTAMENTO A VER ALGUNAS FOTOGRAFIAS Y PLATICAR UN RATO; PASADO EL TIEMPO COMENZARON A BESARSE Y A ACARIICIARSE, ESTA PERSONA TE DIJO QUE NO QUERIA TENER RELACIONES SEXUALES PERO QUE, SI TU QUIERIAS, SE PODIAN MASTURBAR JUNTOS. EN ESTE CASO, ¿QUE FUE LO QUE TU HICISTE?

- a) No he tenido ninguna experiencia semejante a ésta.
- b) Acepté acariiciarla sin tener protección alguna cuando la toqué en sus órganos sexuales.
- 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 acariicamos 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.

**SITUACION 11**

TE ENCONTRABAS PLATICANDO CON TU PAREJA Y EN UN MOMENTO DADO SE PUSO SERIO(A) Y TE PIDIO QUE LE HABLARAN SOBRE SU VIDA SEXUAL. CUANDO ESTABAN A LA MITAD DE LA PLATICA, TE SUGIRIO QUE UNA PERSONA SE INCORPORARA A SUS PRACTICAS SEXUALES. EN ESTE CASO, ¿QUE FUE LO QUE TU 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 protegería.
- 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

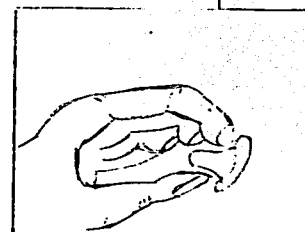
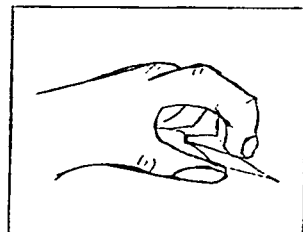
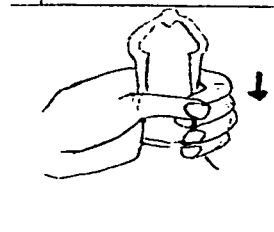
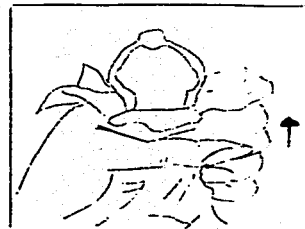
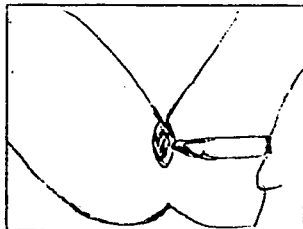
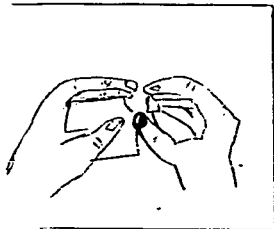
Continúa en tu Hoja de Respuestas Parte III, y responde en forma breve a las siguientes preguntas:

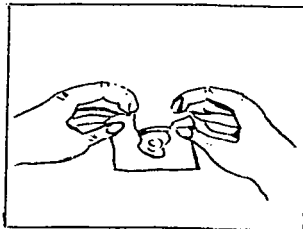
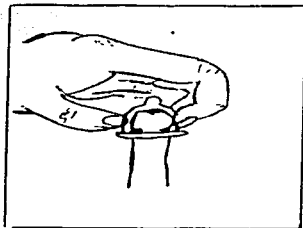
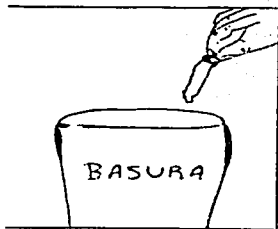
- 1.- ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último mes?

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 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.





TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## GLOSARIO

- BARRERA DE LATEX.** 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 (heterogenitales).
- 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.
- CONDON 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.
- ESTIMULACION 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 ESTIMULACION SEXUAL.** Aparatos que producen estimulación en las zonas genitales a través de vibraciones eléctricas.
- MASTURBACION 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.
- MASTURBACION PASIVA.** Práctica en donde un individuo es estimulado, por otra persona, en sus zonas sexuales hasta llegar al orgasmo.
- MASTURBACION SOLITARIA.** Práctica en donde un individuo se produce a sí mismo excitación estimulando sus órganos sexuales hasta llegar al orgasmo.
- MASTURBACION EN COMPANIA.** 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.
- PROTECCION.** 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.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**AGRADECEMOS MUCHO TU PACIENCIA Y GRAN DISPOSICION PARA RESOLVER ESTE CUESTIONARIO. TU COLABORACION CONTRIBUIRA CON EL DESARROLLO DE UNA INVESTIGACION ORIENTADA HACIA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCION DEL SIDA. UN PROBLEMA DE SALUD DE PRIORIDAD NACIONAL.**

**¡GRACIAS POR TU PARTICIPACION!**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

***"CONOCIMIENTOS, PRACTICAS SEXUALES Y COMPETENCIAS  
FUNCIONALES RELACIONADOS CON EL SIDA"***

**HOJAS DE RESPUESTAS**

**PARTES I, II Y III**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## HOJA DE RESPUESTAS PARTE I: CONOCIMIENTOS

FECHA DE APLICACION \_\_\_\_\_ APLICADOR \_\_\_\_\_

## DATOS GENERALES:

SEXO: (M) (F)

EDAD \_\_\_\_\_

ME CONSIDERO UNA PERSONA CON PREFERENCIA SEXUAL:

HETEROSEXUAL ( ) HOMOSEXUAL ( ) BISEXUAL ( )

FECHA APROXIMADA DE DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

COMO CREES QUE TE INFECTASTE \_\_\_\_\_

MAXIMO GRADO DE ESTUDIOS:

PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) LICENCIATURA ( )

MAESTRIA ( ) DOCTORADO ( )

OCUPACION ACTUAL: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERO ( ) CASADO ( ) VIUDO ( ) DIVORCIADO ( ) UNION

LIBRE ( )

NUMERO DE HIJOS: \_\_\_\_\_

INGRESO MENSUAL:

MENOS DE \$1,000.00 ( ) ENTRE \$1,500.00 Y \$2,500.00 ( )

ENTRE \$2,500.00 Y \$3,500.00 ( ) ENTRE \$3,500.00 Y \$4,500.00 ( ) MAS DE \$4,500.00 ( )

¿LLEVAS A CABO ALGUNA PRACTICA RELIGIOSA, O ASISTES A ALGUNA ASOCIACION RELIGIOSA? (SI) (NO)

¿CUANTAS 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)	(f)		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)		

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

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)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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.- ( )TU ( )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.- ( )TU( )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.- ( )TU ( )TU PAREJA  
( )LOS DEMAS  
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.- ( )TU( )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)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

48- (A) (B) (C) (D) (E)  
(F) Otras.

Cuáles: \_\_\_\_\_

49- (A) (B) (C) (D) Otras.

Cuáles: \_\_\_\_\_

50- ( ) TU ( ) 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- ( ) TU ( ) 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- ( ) TU ( ) 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- ( ) TU ( ) 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:

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- ( ) TU ( ) TU PAREJA  
( ) AMBOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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.- ( ) TU ( ) 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.- ( ) TU ( ) 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.- ( ) TU ( ) 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: \_\_\_\_\_

(Pasa a la siguiente página)

131 - De la lista siguiente señala con una X, en el cuadro correspondiente, aquellas practicas sexuales que hayas llevado a cabo en los últimos tres meses, en cuáles has utilizado condón y la frecuencia con la que las has practicado. En la siguiente columna señala en cuáles has consumido alcohol o algún tipo de droga. Si tienes dudas sobre el significado de algunas practicas sexuales consulta el glosario que se encuentra al final del cuestionario.

	PRACTICAS SEXUALES	SI LA HE PRACTICADO (MARCA CON UNA "X")	FRECUENCIA (CUANTAS VECES EN PROMEDIO POR MES)	HE UTILIZADO CONDÓN (MARCA CON UNA "X")	FRECUENCIA (CUANTAS VECES EN PROMEDIO POR MES)	HE USADO ALCOHOL O DROGAS (MARCA CON UNA "X")
1-	Relaciones sexuales	( )	( )	( )	( )	( )
2-	Relaciones cotales	( )	( )	( )	( )	( )
3-	Relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo	( )	( )	( )	( )	( )
4-	Relaciones sexuales en grupo	( )	( )	( )	( )	( )
5-	Relaciones sexuales ocasionales	( )	( )	( )	( )	( )
6-	Relaciones anales pasivas	( )	( )	( )	( )	( )
7-	Relaciones anales activas	( )	( )	( )	( )	( )
8-	Relaciones orales activas	( )	( )	( )	( )	( )
9-	Relaciones orales pasivas	( )	( )	( )	( )	( )
10-	Estimulación con aparatos en zonas sexuales	( )	( )	( )	( )	( )
11-	Masturbación solitana	( )	( )	( )	( )	( )
12-	Masturbación en compañía	( )	( )	( )	( )	( )
13-	Masturbación pasiva	( )	( )	( )	( )	( )
14-	Masturbación activa	( )	( )	( )	( )	( )
15-	Cancias sexuales activas	( )	( )	( )	( )	( )
16-	Cancias sexuales pasivas	( )	( )	( )	( )	( )

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**