

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CREENCIAS, ACTITUDES Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO
POR VIH/SIDA EN MUJERES DE LA ZONA METROPOLITANA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A :

ALICIA SALDÍVAR GARDUÑO

DIRECTOR: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING

COMITÉ DE TESIS:

DRA. V. NELLY SALGADO DE SNYDER

DR. NELSON MINELLO MARTINI

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ



® Facultad
de Psicología

MÉXICO, D. F.

2005



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

Después de muchos años, por fin concluyo este proceso que no por largo ha sido menos gratificante y después de todo no queda sino la satisfacción de haber alcanzado la acariciada meta. Evidentemente, el transcurrir del tiempo hizo que quedara en deuda con una gran cantidad de personas que tal vez sin saberlo contribuyeron a darle forma a una idea que comenzó siendo muy distinta al producto que aquí se presenta, pero a las que siempre agradeceré su comentario, su sugerencia, su crítica y hasta su motivación en los distintos momentos.

En primer lugar, gracias a Carlos y a Mariana, mis dos grandes amores, por su permanente compañía y apoyo, por su cariño incondicional y su disposición a acompañarme en cada nueva aventura, por ser los motores indispensables de mi vida.

A Carlos de nuevo, por ser mi maestro, mi compañero, mi amigo y mi crítico más atinado, la persona que más me ha ayudado a crecer.

A mi familia, a la real y a la elegida, por la generosidad con la que se han mantenido al pendiente de mis logros y mis fracasos.

Al Dr. Rolando Díaz Loving, por su paciente escucha y sus valiosas sugerencias. A la Dra. Nelly Salgado de Snyder por permitirme aprender de ella, por ser una académica ejemplar y una mujer admirable. Al Dr. Nelson Minello por su apoyo, a pesar de mi tardanza.

A la Dra. Gabina Villagrán por ser mi amiga y mi colega, por las experiencias interesantes que me ha dado la oportunidad de compartir, por su crítica siempre certera y honesta.

A la Dra. Patricia Andrade Palos por no haber perdido la fe en que, tarde que temprano, terminaría este trabajo, y también por su lectura cuidadosa y sus atinados comentarios.

A los miembros del seminario de investigación Kurt Lewin de la UAM-I, por las discusiones apasionadas en las que pude aclararme cada vez más el rumbo que tomaría este proyecto, el cual tuve oportunidad de presentar en varias ocasiones en ese espacio. En especial a Carlos, Fredi, Luis, Dulce, Enrico y Christian, compañeros invaluable en la búsqueda del conocimiento.

Al grupo de estudiantes de la UAM-I que participaron en el levantamiento de las encuestas; gracias a su ayuda, el trabajo de campo fue más ágil y rápido de lo que podría haber sido de no haberlas tenido cerca.

Al mis maestras y maestros de la Facultad de Psicología de la UNAM, y a mis compañeras y compañeros de generación, con quienes, a pesar del tiempo y la distancia, me une una entrañable amistad, en especial con Marichu, Juan Carlos, Ricardo, Ana, Dania y Mónica, quienes han tomado distintos caminos en la vida, pero indudablemente quedamos marcados por haber compartido el tiempo en las aulas y fuera de ellas.

A mis queridas amigas y mis preciados amigos: Adriana, Roberto, Magda. Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO SOCIOHISTÓRICO	11
2.1. Las mujeres (y los hombres) en México. Situación actual	12
2.2. Las mujeres y la salud	15
2.3. El VIH/SIDA y las mujeres	31
2.3.1. La epidemia del VIH/SIDA y las mujeres en el mundo	36
2.3.2. Situación actual del VIH/SIDA en la población de mujeres en México	40
2.4. Condiciones de género asociadas con el contagio por VIH/SIDA	46
3. MARCO TEÓRICO	54
3.1. Perspectivas para el estudio del comportamiento en relación con la salud	57
3.1.1. Psicología social de la salud	58
3.1.2. El Modelo de Creencias en Salud	60
3.2. Factores que facilitan la solicitud y el uso del condón con la pareja regular	63
3.3. Aportes de la investigación psicosocial sobre creencias, actitudes y percepción de riesgo sobre el VIH/SIDA en México	73
3.4. Percepción de riesgo	80
3.5. Autoeficacia	90
3.6. Creencias y actitudes. Su importancia para el estudio del comportamiento	94
3.6.1. La Teoría de la Acción Razonada	101
3.6.2. La Teoría de la Conducta Planeada	105
3.7. Satisfacción con la relación con la pareja	113
3.8. Planteamiento del problema, objetivos, variables e hipótesis	117
4. MÉTODO	122
4.1. Participantes	122
4.1.1. Aspectos sociodemográficos de las mujeres y sus parejas	123

4.1.2.	Comunicación con la pareja	126
4.2.	Instrumento	130
4.3.	Procedimiento	131
4.4.	Análisis	132
5.	RESULTADOS	133
5.1.	Conocimientos y percepción de riesgo	133
5.1.1.	Conocimientos sobre los preservativos y sus formas de utilización	133
5.1.2.	Percepción de riesgo ante el contagio por VIH/SIDA	136
5.2.	Intimidad, compromiso y satisfacción con la relación de pareja	139
5.3.	Los componentes del Modelo de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP)	141
5.3.1.	Creencias	141
5.3.1.1.	Creencia sobre la conducta	142
5.3.1.2.	Creencias sobre la norma subjetiva	144
5.3.1.3.	Creencias sobre el control conductual	146
5.3.1.4.	Correlaciones entre los factores de creencias	147
5.3.2.	Las actitudes, la norma subjetiva, el control percibido y la intención	149
5.3.2.1.	Actitudes hacia la petición de uso del condón a la pareja regular	149
5.3.2.2.	La norma subjetiva	150
5.3.2.3.	El control percibido por las mujeres en relación con la solicitud del condón a la pareja regular	151
5.3.2.4.	Intención de pedir a la pareja regular que usara condón	153
5.3.2.5.	Correlaciones entre los factores del Modelo	154
5.4.	Prueba del Modelo de la Conducta Planeada	156
5.4.1.	Modelo de la Conducta Planeada para el grupo de mujeres con baja satisfacción en su relación con la pareja	160
5.4.2.	Modelo de la Conducta Planeada para el grupo de mujeres con alta satisfacción en su relación con la pareja	167
6.	DISCUSIÓN	171
7.	CONCLUSIONES	184
8.	REFERENCIAS	187
9.	ANEXOS	201

RESUMEN

Las estadísticas más recientes en México y el mundo muestran que las infecciones de transmisión sexual están teniendo un incremento; la diseminación del VIH/SIDA en consecuencia, sigue avanzando, y el grupo de las mujeres que dedican la mayor parte de su tiempo al trabajo no remunerado en el hogar y que con frecuencia sólo han tenido un compañero sexual a lo largo de su vida es uno de los más vulnerables. El **objetivo** de este estudio fue probar el funcionamiento del Modelo de la Conducta Planeada con mujeres urbanas que tuvieran como actividad principal la realización de trabajo doméstico en el hogar, integrando un indicador de satisfacción con la relación con la pareja para conocer si este elemento estaba actuando como mediador o influyendo alguno de los elementos del modelo para predecir la conducta de solicitud de utilización del condón a la pareja regular en las relaciones sexuales.

Método: Participantes. 321 mujeres con pareja entre 15 y 53 años, principalmente dedicadas al hogar (amas de casa) de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, elegidas por muestreo no probabilística; **instrumento:** un cuestionario autoaplicable cuyas escalas exploraban las actitudes, norma subjetiva, percepción de control (positivo y negativo) y la intención de solicitar a sus compañeros la utilización del condón en sus relaciones sexuales, así como los antecedentes conductuales respectivos, el grado de satisfacción con la relación de pareja, la comunicación con el compañero y la percepción de riesgo personal y de otros; **análisis:** frecuencias, tablas cruzadas, prueba t de Student, correlaciones producto-momento de *pearson*, análisis factorial y regresión lineal y logística.

Resultados: La intención de estas mujeres de pedir el condón a la pareja en la siguiente relación sexual estuvo determinada por la norma subjetiva ($\beta=.347$), las actitudes ($\beta=.308$), y el control positivo ($\beta=.275$) y negativo ($\beta=.151$); este modelo se ajustó de manera adecuada y permite explicar el 51.7% de la varianza ($F_{(2,17)}= 59.128$; $p<.001$); de acuerdo con una regresión logística, los factores que predicen la conducta de solicitud a la pareja para que use condón, fueron la percepción positiva del control sobre la conducta y la intención con una clasificación adecuada del 74.42% de los casos (-2 LL=233.627; R^2 Nagelkerke=.293); para las mujeres del grupo con baja satisfacción con la relación de pareja, la solicitud de uso del condón estuvo determinada por la intención y el control conductual negativo con una clasificación adecuada del 69.39% (-2LL=49.926) (R^2 Nagelkerke=.350); en el grupo con alto grado de satisfacción dicha solicitud estuvo determinada únicamente por la intención, con una clasificación adecuada del 79.03% (-2LL=54.077) (R^2 Nagelkerke=.492). De acuerdo con lo que se esperaba, la percepción del riesgo personal y en relación con otras personas cercanas o el grupo de pares, así como la comunicación sobre empleo del condón con la pareja influye en el comportamiento del modelo, tanto en la población general, como en los grupos con alta y baja satisfacción con la relación que sostenían con sus compañeros.

Conclusiones: Los resultados obtenidos confirman que el modelo de conducta planeada se comporta como describe la teoría y es útil para el estudio de los comportamientos de las mujeres ante Infecciones Sexualmente Transmisibles como el Virus del Papiloma Humano y el VIH/SIDA, sin embargo, la variable satisfacción con la relación de pareja parece estar actuando como moderadora en las conductas de petición y uso del condón con la pareja regular, y muestra un comportamiento que varía de acuerdo con el tiempo que ha durado la relación; asimismo, la percepción de riesgo y la comunicación pueden estar mediando el efecto de las variables dependientes sobre la intención y la conducta. De estos hallazgos se desprende la propuesta de incorporar en la investigación y la intervención en grupos específicos, factores relacionados con el vínculo emocional de las mujeres con sus compañeros, para enriquecer las explicaciones a los comportamientos preventivos y de riesgo que proveen los modelos cognitivos como la Teoría de la Conducta Planeada.

1. INTRODUCCIÓN.

En las últimas décadas hemos sido testigos del creciente interés social, político y académico por los asuntos “de las mujeres”, y hoy en día incluso los más altos mandatarios de los países –México entre ellos- utilizan un discurso en el que trata de hacerse visible todo el tiempo su preocupación por las problemáticas “de género”, entendidas éstas principalmente, como las cuestiones que afectan a las mujeres. En éstos se hace énfasis, sobre todo, en develar el sinnúmero de situaciones en las que se dota a los varones en las distintas culturas, de condiciones más favorables para el desarrollo personal y social, en detrimento de las condiciones de las mujeres, la población infantil, y las y los ancianos. Así, no es extraño escuchar argumentaciones en las que se destaca la necesidad de alcanzar la equidad de género en ámbitos como la educación, el trabajo, la política y, por supuesto, la salud.

La dinámica demográfica de las últimas cuatro décadas en nuestro país muestra cómo, desde 1990, más del 50% de la población a nivel nacional está constituida por mujeres, cuya presencia en los diversos ámbitos de la vida social es cada vez más notoria. Por supuesto, buena parte del mérito de estos logros, más allá de las exigencias obvias de un mundo en constante transformación, corresponde a la innegable contribución de las luchas feministas libradas durante todo el siglo XX, pero especialmente en los últimos cuarenta años, que poco a poco han permeado en la conciencia colectiva, y que han posibilitado que las mujeres más jóvenes tengan menores dificultades para exigir un trato equitativo y respetuoso de sus derechos tanto en el ámbito privado como en el público.

El descubrimiento a principios de los años ochenta del siglo pasado del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), puso en evidencia la vulnerabilidad de los seres humanos en general, y de las mujeres en particular, ante situaciones que trastocan la salud y la seguridad individual, por el impacto que

tiene sobre las grandes poblaciones en todas las regiones del mundo. Basta ver la devastación que han padecido un número importante de los países africanos tanto por la cantidad de personas que han muerto por SIDA como por el enorme impacto económico y social que implica mantener vivas a las enfermas, muchas de ellas mujeres y niñas y niños.

Ahora bien, la exigencia de un acceso digno y justo a los recursos económicos y de la salud, para las mujeres no ha alcanzado aún a todos los grupos sociales, sobre todo a aquellos en condiciones de alta vulnerabilidad. Es por esto que cobra importancia el interés sobre el segmento de población constituido por las mujeres unidas que dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado de los hijos e hijas y la realización del trabajo doméstico familiar, mejor conocidas como *amas de casa*, por ser un sector que está siendo cada vez más afectado por el VIH/SIDA, y que, por lo que se sabe hasta ahora, cuenta con herramientas escasas para afrontar un posible contagio.

Vale la pena mencionar que en este estudio se ha optado por conservar el concepto contagio, a pesar de la controversia y la discusión prevaleciente sobre lo que se considera un empleo incorrecto del mismo, pues si bien es cierto que para casos más generales es más adecuado hablar de transmisión del virus, al involucrar a la pareja como la fuente de infección más probable de las mujeres que se dedican al hogar, no resulta excepcional pensar que dicha transmisión se da por el contacto directo, es decir, las relaciones sexuales. Es decir que se entiende contagio en el sentido de que se requiere del contacto directo para que éste se de, no dando a entender, como podría argumentarse, que el VIH/SIDA es una enfermedad fácilmente transmisible a través del contacto casual.

Resulta paradójico que, en un momento de la historia en que los avances tecnológicos y científicos nos permiten creer que podemos contar con toda la información que se requiera tener sobre cualquier tópico, al mismo tiempo nuestro conocimiento sobre muchos temas es limitado; tal es el caso del comportamiento humano, del que mucho se ha dicho y poco se sabe. Es por

esto que no es posible entender cómo en una época en la que el VIH/SIDA se ha erigido como una de las grandes amenazas sobre la salud y las vidas de la población del mundo, las personas siguen ejecutando acciones que pueden ponerlas en riesgo, o bien no realizan aquéllas que pueden evitarlo. En el caso de las mujeres, la escasa información disponible sobre su comportamiento vinculado con la salud sexual da cuenta de su baja eficacia a la hora de prevenir la adquisición de cierto tipo de infecciones, o bien el desarrollo de padecimientos.

De ahí la necesidad de profundizar en fenómenos tales como la incapacidad aparente de las mujeres para negociar sus necesidades y deseos, que se traduce en su baja eficacia para tomar medidas tales como la realización de ejercicios de autoexploración de los senos para monitorear la probable aparición del cáncer de mama (Fonseca Villarreal, 2003), o la asistencia a un consultorio médico para practicarse la prueba del papanicolauou (Ramírez Sánchez, 2002), o la negociación del uso del condón para prevenir embarazos e Infecciones de Transmisión Sexual (ITSs), sobre todo el SIDA (García y Barragán, 2001; Toledo Benítez, 2003; Monroy Juárez, en proceso). En este mismo sentido, Salgado de Snyder (2002:194) afirma que "... la información disponible en relación con el funcionamiento psicosocial de las mujeres mexicanas es escasa, dispersa, no ha sido sistematizada y por lo general se basa no en datos derivados de investigaciones empíricas, sino anécdotas y observaciones aisladas".

En esta tarea ha sido muy útil la existencia de los llamados modelos integradores, como la Teoría de la Acción Razonada desarrollada por Fishbein y Ajzen en los años setenta del siglo pasado, y la Teoría de la Conducta Planeada, trabajada durante los últimos veinte años por Ajzen. Este tipo de esquemas teórico-conceptuales han permitido acceder a explicaciones de los comportamientos desde una perspectiva cognitiva que ubica a los fenómenos en contextos específicos, lo que las convierte en marcos comprensivos adecuados en circunstancias en las que elementos de tipo subjetivo se combinan con otros de tipo racional, y cuestiones de tipo individual se ven influidos por las situaciones sociales en las que viven los individuos.

Con seguridad, una de las razones por las que los programas de fortalecimiento de las habilidades individuales dirigidos a las mujeres no han mostrado logros significativos es que sólo hasta recientemente se ha pensado en explorar con mayor detenimiento los espacios de su vida privada, donde en muchas ocasiones se configura el riesgo, o bien se crean las condiciones para una adecuada salud en el terreno sexual y reproductivo. Y es allí justamente donde la situación se complica aún más, pues se ha demostrado que aún sigue siendo muy difícil para las mujeres negociar sus necesidades y deseos con aquellas personas con las que comparten esos espacios, las parejas.

Al agregar el elemento relacional en la exploración de esta problemática, ya no resulta insólito el hecho de que muchas de ellas se consideren a sí mismas como incompetentes para plantear a sus compañeros sus necesidades físicas, afectivas y sociales en las distintas áreas de sus vidas, pero complica aún más su abordaje. Es tal vez por esto que la dificultad para incidir en el comportamiento individual de las mujeres, para prevenir y controlar el avance silencioso de la epidemia del SIDA ha sido uno de los grandes retos para las sociedades del mundo en general y para los científicos cercanos a las temáticas de la salud en particular. Los innegables avances de la investigación científica en la búsqueda de una vacuna para prevenir la infección por el VIH, así como la creación de medicamentos para evitar el drástico deterioro físico de las mujeres y los hombres con SIDA, no han logrado el éxito esperado, mientras que la diseminación del contagio es cada vez mayor en la mayoría de los países.

En la última década hemos visto proliferar las investigaciones en ciencias sociales que, desde todos los ángulos posibles, tratan de explicar el comportamiento individual y social de las personas respecto del cuidado de la salud, entre las que destacan los encaminados a comprender los elementos que subyacen a las actitudes y conductas relacionados con la negociación y utilización de mecanismos como el condón –tanto masculino como femenino- para disminuir la probabilidad de un contagio. Esfuerzos como estos han permitido a las y los

científicos sociales el acercamiento paulatino a un fenómeno por demás complejo, que involucra factores tanto culturales y sociales como individuales de tipo afectivo, cognitivo y conductual.

No es de extrañar entonces que una parte importante de los estudios sobre uso del condón se han enfocado fundamentalmente en las actitudes y las conductas de las personas, pero no siempre se han tomado en cuenta las características específicas de la población con la que se trabaja, o bien se han dejado de lado elementos del contexto que pueden estar incidiendo sobre las mismas. Junto con eso, en México los grupos investigados con mayor frecuencia han sido aquellos que brindan la menor dificultad para su acceso, como los de estudiantes universitarios, cuyo valor es innegable, pero que no representan a menudo la diversidad existente en las comunidades humanas, como las de mujeres y hombres de localidades rurales, adolescentes, trabajadoras y trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres, o personas de la tercera edad, entre otros. Así, las mujeres cuya principal ocupación es el trabajo doméstico en el hogar, son una categoría que recientemente se ha considerado para la realización de investigaciones sobre salud en general y sobre VIH/SIDA en particular, entre otras razones, por el rápido incremento observado en el número de casos en este grupo.

Este interés relativamente tardío ha dado lugar a que las ciencias sociales -la psicología social entre ellas- se vean en aprietos para tratar de ofrecer estrategias viables para detener el crecimiento en el número de casos en ese sector de la población. De ahí que investigaciones como la que aquí se presenta, sigan siendo pertinentes pues, al acercarnos a la realidad de los grupos específicos, nos permitirán contar con elementos para diseñar posteriormente las acciones que resulten pertinentes para modificar las cogniciones, emociones y acciones que ponen en riesgo su salud y sus vidas.

2. MARCO SOCIOHISTÓRICO.

La problemática de las amas de casa en relación con el cuidado de la salud y la prevención de padecimientos y enfermedades como el SIDA es una cuestión que hasta hace relativamente poco tiempo no llamaba la atención de las investigadoras e investigadores del tema por no considerarlas como un grupo en riesgo, como sí lo eran los hombres que tienen sexo con otros hombres (mejor conocidos como “homosexuales”), las trabajadoras sexuales, o las personas usuarias de drogas inyectables. Junto con esto, algunos estudios han mostrado que las mismas amas de casa, y las mujeres unidas en general, no se perciben a sí mismas en riesgo de infectarse con el VIH por razones tan variadas como la creencia errónea de que sus parejas son monógamas como la mayoría de ellas, e incluso porque se sienten protegidas por el simple hecho de estar casadas por las leyes civiles y religiosas.

Si a esto agregamos un conjunto de normas de género, impuestas a mujeres y hombres desde la cultura y la sociedad, que disminuyen considerablemente el poder y la capacidad de las primeras para tomar decisiones sobre la mayoría de las cuestiones importantes para ellas, y especialmente sobre su vida sexual y reproductiva, el problema se vuelve aún más complejo que simplemente explorar o buscar conocer sus actitudes y conductas manifiestas en relación con las medidas que deben emplear para prevenir un contagio que puede resultar fatal.

Desafortunadamente, hasta el día de hoy, el uso del condón o preservativo es el medio más eficaz para prevenir un contagio por VIH/SIDA, pero las personas no siempre cuentan con la información suficiente y adecuada sobre su utilización, no están en disposición de emplearlo, o bien lo hacen incorrectamente, y esto parece ser más notorio en el caso de la población femenina. Es en este contexto en el que se define la posibilidad del riesgo y la protección, así como la posición de las mujeres en relación con la salud y la enfermedad, como se verá más adelante.

2.1. LAS MUJERES (Y LOS HOMBRES) EN MÉXICO: SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con los datos del último Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el año 2000 en nuestro país, hoy en día hay una proporción mayor de mujeres que de varones: 51.2% (49.9 millones) y 49.8% (47.6 millones) respectivamente, mientras que treinta años atrás, ambas poblaciones eran iguales (INEGI, 2000; INEGI, 2003a; INEGI, 2004). Las estadísticas estatales también muestran cómo en la mayoría de los casos las mujeres superan en número a los hombres, como en el Distrito Federal, donde por cada 100 personas de sexo masculino, hay 109.3 mujeres, siendo ésta la entidad con el mayor índice de femineidad¹ a nivel nacional. En los primeros años de vida, sin embargo, hay una mayor cantidad de varones como resultado de un número superior de nacimientos de bebés de ese sexo; alrededor de los 15 años, en cambio, la proporción de mujeres es más alta, como consecuencia, principalmente, de una mayor mortalidad y emigración de varones hacia el extranjero. En ese mismo año (2000) la esperanza de vida a nivel nacional era de 75.3 años para la población en general y, de acuerdo con la tendencia observada en los últimos setenta años, el número de años en el caso de las mujeres era ligeramente mayor (77.6) que en los varones (73.1 años)² (Consejo Nacional de Población –CONAPO-, 2000).

En lo que toca a la edad, aunque la mediana a nivel nacional era de 22 años (la misma para los hombres, y 23 en el caso de las mujeres), el 28.5% de la población tenía entre 15 y 29 años, y otro 32.4% entre 30 y 60 años, habiendo una mayor cantidad de mujeres en ambos casos (28.9% vs. 28.1% de varones, y 33% vs. 31.7% de hombres respectivamente). Se consideran los dos rangos mencionados, porque es allí donde se encuentran las proporciones mayores de personas, y porque contienen tanto a aquellas que se encuentran en una etapa de la vida en la que abandonan o terminan la escuela, forman sus parejas e inician su vida familiar

¹ Este índice se obtiene al calcular el número de mujeres que hay por cada 100 hombres.

² Se considera que este aumento en la esperanza de vida ha sido producto, sobre todo, de una considerable disminución de la mortalidad infantil.

(INEGI, 2003a), con el consecuente comienzo de su propia reproducción, y también se incluye a las que están viviendo la plena adultez justo hasta antes de la llegada de la vejez.

Respecto de la educación, el promedio de escolaridad de las mexicanas en el año 2000 era de 7.3 años, contra 7.8 de los varones (INEGI, 2000), lo que equivale a haber finalizado el primer año de secundaria y encontrarse cursando el segundo. Esto significa, de acuerdo con lo observado en otros levantamientos estadísticos, que nuestra población duplicó su nivel escolar en 30 años, pues en 1970 éstos eran de 3.7 y 3.2 años respectivamente, o sea, la mitad de la primaria. Al analizar este dato, considerando los distintos estratos de edad, aunque las estadísticas muestran que en todos ellos la media de los hombres es mayor que la de las mujeres, es en el de los más jóvenes donde dicha diferencia se estrecha hasta casi desaparecer, y tanto los varones como las mujeres entre 15 y 29 años contaban con la secundaria casi finalizada (8.7 y 8.6 años respectivamente). El Distrito Federal es la entidad con un nivel escolar mayor en ambos grupos (9.9 y 9.1 años, en el orden utilizado anteriormente), el cual excede la media nacional, sin embargo, la diferencia entre ambos promedios es también la más pronunciada entre todos los estados, igualado sólo en el caso de Oaxaca (INEGI, 2003a; INEGI, 2004).

Es importante señalar que el nivel educativo no solamente nos habla de la cantidad de conocimientos que las personas tienen, sino que éste frecuentemente está asociado con su capacidad para juzgar los hechos que ocurren a su alrededor. Por ejemplo, en 1999 tres organizaciones de distinta filiación³ exploraron algunos aspectos relativos a la salud y la seguridad social, encontrando que eran las personas con escolaridad de secundaria y más quienes estaban más de acuerdo con que “una jovencita que se embaraza a edad temprana” haga lo que ella decida (51.1%), mientras que casi la misma proporción de aquellas que contaban con la primaria incompleta o no tenían instrucción pensaban que ésta debía casarse

con el padre de su hijo (49.5%), siendo similares las tendencias en hombres y mujeres. De la misma manera, cuando se exploró qué tan de acuerdo se mostraban con la frase “solamente las mujeres deben decidir acerca de su cuerpo”, la opinión fue más favorable conforme era mayor el nivel educativo, aunque ciertamente, las mujeres tuvieron una inclinación mayor a aceptar tal condición. Asimismo, las personas que cursaron secundaria o un nivel educativo mayor se manifestaron menos de acuerdo con la expresión “nunca estaría de acuerdo en que una mujer abortara” (36.9%, contra 66.7% de aquéllas con primaria inconclusa o sin instrucción) (INEGI, 2003b). Este ejemplo muestra cómo la posición de las personas tiende a ser menos conservadora al aumentar su nivel de instrucción, lo cual si bien no es una prueba contundente de que la educación formal permite que las personas evalúen con más objetividad algunos hechos sociales, la información disponible abre vías para establecer hipótesis en ese sentido.

En el mismo Censo, la población femenina en edad reproductiva (15 a 49 años) ascendía a más de 26 millones de personas, que representaban el 53% del número total de mujeres en el país. De éstas, el 58% estaban casadas o vivían en unión libre con sus parejas (46% y 12% respectivamente)⁴, y su tasa de participación económica fue de 38.14%. Dentro de ese grupo, las tasas más altas de fecundidad se observaron en aquéllas que contaban entre 20 y 29 años de edad, quienes reportaron con mayor frecuencia tener uno o dos hijas o hijos (INEGI, 2000; INEGI, 2004).

³ Las organizaciones mencionadas fueron el Grupo Interdisciplinario de Mujer, Trabajo y Pobreza, la Fundación McArthur y la entonces Comisión Nacional de la Mujer (hoy Instituto Nacional de las Mujeres).

⁴ Dentro de los grupos de edad que pueden considerarse dentro de un rango tan amplio como el de la *edad reproductiva* de las mujeres, existen diferencias en las proporciones según la edad, de acuerdo con el denominado estado conyugal, como se muestra a continuación:

Estado conyugal de la población de mujeres entre 15 y 49 años, 2000

Edad	Solteras	Casadas	U. Libre	Separadas	Otra
15-19	82.54	8.25	8.04	0.90	0.27
20-29	36.66	43.29	15.73	4.15	0.17
30-39	12.36	65.13	13.88	8.52	0.11
40-49	8.05	66.67	10.34	14.82	0.12

Fuente: Elaboración propia con datos del XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI, 2000).

Y a propósito de la fecundidad, vale la pena recordar cómo en los últimos veinte años en México se observó una disminución del 50% en la misma, pues mientras en 1970 las mujeres parían un promedio de 7 hijas e hijos en el transcurso de su vida reproductiva, en 1990 tenían sólo 3.4. En la década de 1990 al año 2000 este descenso continuó hasta llegar a sólo 2.4 hijos e hijas por mujer según la estimación del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2000) o 2.6 de acuerdo con el INEGI (2003a). Una de las posibles causas de este fenómeno es que, en los años 70 todavía no se contaba con programas adecuados que regularan el crecimiento poblacional, por lo que el uso de anticonceptivos no estaba aún generalizado, pero hoy en día la situación es distinta, y la población mexicana ha incorporado cada vez más a los anticonceptivos y la planificación familiar como parte de una estrategia de vida que les permite llevar a cabo sus proyectos personales, familiares y profesionales, especialmente en el caso de las mujeres, quienes en muchos casos ya no se conciben a sí mismas solamente como madres y amas de casa.

Este cambio de prácticas y roles en las familias ha alcanzado a todas las regiones del país y a todos los estratos sociales, aunque la fecundidad sigue siendo menor en las regiones urbanas, donde el nivel de instrucción de las mujeres (y también de los varones) es mayor, que en las áreas rurales. De ahí que no sorprende que el Distrito Federal, entidad que tiene a la población con el mayor nivel educativo a nivel nacional, cuenta con el índice de fecundidad más bajo con dos hijos o hijas por mujer (CONAPO, 2000; INEGI, 2003a).

2.2. LAS MUJERES Y LA SALUD

Hablar de la salud de las personas (mujeres u hombres), entendida ésta como “el estado de completo bienestar físico, psicológico y social” (Urbina Soria y Acuña Rivera, 2002: 2), implica tomar en consideración que ésta es una cuestión en la que no solamente se ven involucrados factores biológicos, sino que los enfoques para una aproximación al fenómeno tienden cada vez más a integrar elementos de tipo económico, social, cultural y político para configurar escenarios

para una comprensión lo más integral posible de los procesos asociados con la salud y, en consecuencia, con la enfermedad. En el caso de las mujeres, entonces, es indiscutible que la definición social de los roles (la construcción social del género), la participación desigual de los sexos en las responsabilidades de la reproducción y en los mercados de trabajo, el grado de autonomía femenina y la distribución familiar del poder y los recursos económicos son elementos que pueden favorecer o limitar de manera importante la capacidad de autoatención de las propias mujeres (Instituto Nacional de las Mujeres –Inmujeres-, 2003).

De ahí que autoras como Infante, y Schlaepfer (1998) sostengan que la salud de las mujeres está determinada por su condición de clase y su condición de género y es por este motivo que, dada su falta de control sobre los recursos –dinero y trabajo- no atienden oportunamente a los signos de posibles trastornos de naturaleza diversa que afectan su cuerpo y su mente. Las mujeres pobres por ejemplo cuentan con menos recursos para cuidar y atender su salud: educación, conocimientos, tiempo, dinero, servicios básicos no personales y personales de atención a la salud, elementos todos que rebasan la sola condición de riesgo que cualquier persona podría tener, y que configura un escenario particular en el cual éstas se batan día a día por la supervivencia personal y también la de las hijas e hijos.

Es por esto que hay quienes se preguntan si el hecho mismo de ser mujeres es un riesgo para la salud (Sayavedra Herrerías y Flores Hernández, 1997), y se muestran convencidas de que, para la gran mayoría, la salud es todavía un derecho por conquistar, considerando que existen evidencias de que una buena parte de ellas sufren carencias alimentarias, falta de información y medios para prevenir enfermedades y padecimientos que pueden resultar mortales, como el cáncer cérvico uterino y las ITSs (Sánchez, 1997, entre otros).

Ahora bien, ¿por qué distinguir a las mujeres de los hombres cuando se habla de salud? ¿Acaso los infartos o el cáncer no afectan por igual a unas y otros? ¿Por qué se dice que existen condiciones que afectan de manera desigual a la salud de varones y mujeres? Una primera

advertencia, derivada del análisis de la información disponible sobre las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población mexicana⁵ es que los dos sexos están expuestos a riesgos diferentes como consecuencia de los distintos roles y ocupaciones que desempeñan en el ámbito social, lo cual se refleja en las estadísticas mencionadas. Ahora bien, una vez que los padecimientos han alcanzado a mujeres y hombres, unas y otros enfrentan en forma distinta las consecuencias de las enfermedades, del mismo modo que la búsqueda de los servicios de salud no es igual en los dos casos, y que el acceso a los mismos tampoco lo es (Inmujeres, 2003).

Actualmente, instituciones públicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2000 citado en Inmujeres, 2003:2) reconocen este hecho, y recomiendan no dejar de lado los siguientes aspectos cuando se piensa en estrategias de acción para la atención de este sector:

- Las necesidades especiales de atención que tienen ambos sexos.
- Los riesgos específicos derivados de actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas.
- Las percepciones de la enfermedad (que tienen hombres y mujeres).
- Las conductas de búsqueda de atención.
- El grado de acceso y control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la producción de la salud, tanto en el ámbito intrafamiliar como público (por ejemplo, alimentos, información, trabajo remunerado, atención médica, seguridad social).
- En el nivel macrosocial, las prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud, y a la investigación que afectan diferente o exclusivamente a uno de los sexos.

Este reconocimiento de la existencia de necesidades distintas de acuerdo con el sexo y con las condiciones sociales que rodean los fenómenos de la salud y la enfermedad, constituyen un primer paso en el avance hacia la equidad entre hombres y mujeres. Sin duda esto ha tenido que ver con los lineamientos establecidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) a los gobiernos de los países del mundo y, aunque algunos de esos señalamientos están siendo

⁵ A este respecto se recomienda la revisión de las estadísticas vitales concentradas por el CONAPO, la Secretaría de Salud, y las encuestas levantadas por el INEGI.

integrados poco a poco en las políticas dirigidas a la salud, también es cierto que esto no es todavía una realidad cotidiana en los hospitales y clínicas, donde no son escasas las ocasiones en las que se da una importancia menor a las expresiones de malestar de las mujeres, quienes incluso llegan a ver cuestionada su integridad moral al solicitar una consulta médica por ejemplo, por una Infección de Transmisión Sexual (ITS) o una infección vaginal⁶.

Una vez hechas estas consideraciones, si centramos la atención en los aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, los cuales son explorados por las distintas encuestas realizadas en nuestro país por las entidades responsables tanto de la información estadística, como de aquella centrada en la salud de la población mexicana, podremos tener una visión más precisa de la situación de la población femenina mexicana. Vale la pena aclarar que, en algunos casos, los datos a ese respecto tienen una antigüedad mayor a los cinco años, a pesar de lo cual se considera importante su presentación, por no contar con información más reciente respecto de las temáticas expuestas. Por otra parte, gracias a la misma es posible tener una perspectiva histórica de la evolución que ha tenido el empleo de mecanismos que en principio se emplearon para evitar embarazos no planeados, y que poco a poco se han ido convirtiendo en estrategias que permiten prevenir los contagios por distintas ITS.

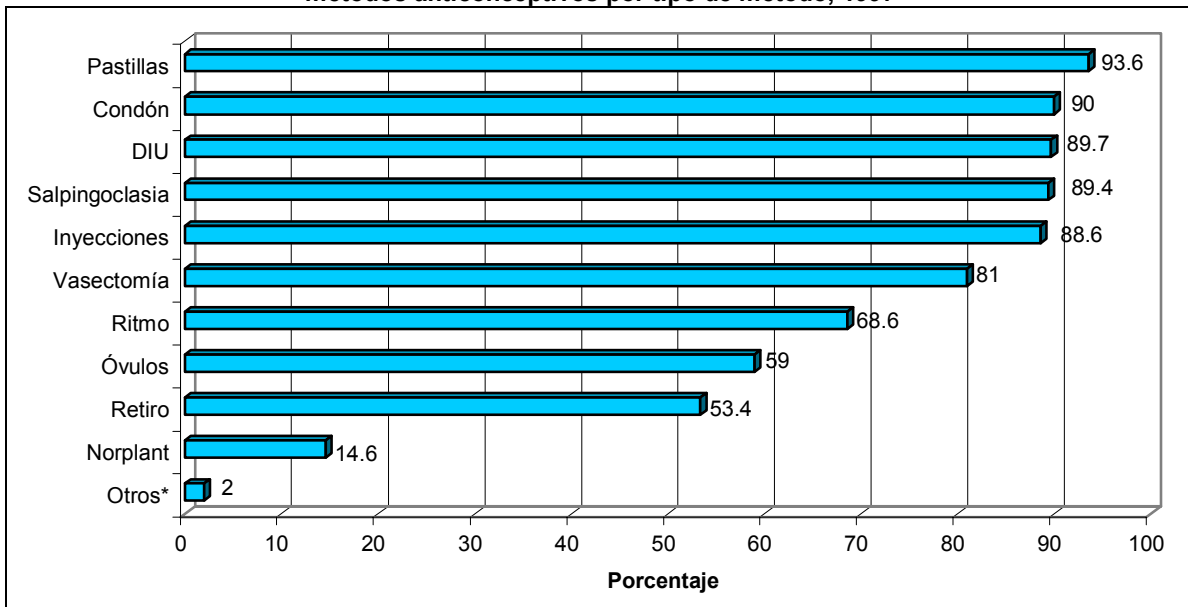
Un primer dato, importante en sí mismo, es que entre 1976 y el año 2000, el porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizaban algún método anticonceptivo pasó de 30.2% a 70.8%, como resultado de las agresivas políticas de control de la natalidad emprendidas a partir de esa década, lo que ha contribuido a que el crecimiento poblacional haya disminuido en forma considerable. Este hecho, consignado en múltiples investigaciones y estudios de la dinámica poblacional, se encuentra fuertemente asociado a la educación de las mujeres, siendo aquéllas

⁶ Algunas de ellas refieren, por ejemplo, que los médicos las tratan con una actitud burlona cuando se presentan con tales padecimientos en los hospitales y, en ocasiones, les reprochan abiertamente su "libertinaje sexual" (lo que sea que esto signifique para ellos), al cual atribuyen la causa del padecimiento en cuestión.

con un nivel mayor, las que con mayor probabilidad los emplean (CONAPO, 2000; ver también INEGI, 2004).

Como consecuencia de este proceso, en 1997 según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, más del 95% de las mujeres en edad reproductiva conocían al menos un método anticonceptivo, siendo las pastillas y el condón o preservativo los dos más mencionados (INEGI, 1997 en INEGI, 2003a). La siguiente gráfica muestra las proporciones para cada método de acuerdo con lo mencionado por las mujeres en la encuesta referida:

Gráfica 1
Porcentaje de mujeres en edad fértil (15-49 años) que conocen métodos anticonceptivos por tipo de método, 1997



* Incluye tés, lavados vaginales y lactancia.

FUENTE: INEGI. (1999). **Encuesta de la Dinámica Demográfica, 1997**. México: INEGI. En: INEGI, 2003a.

Como puede verse, el condón es uno de los métodos más mencionado por este grupo de la población, lo que sin embargo, no significa necesariamente que sea el más utilizado, o bien que cuando se lo emplea, se hace correctamente. Una encuesta aplicada a 250 personas (125 mujeres y 125 hombres entre 18 y 40 años de edad) en diversos puntos de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) en 2003 (publicada por la Secretaría de Salud,

2004⁷) muestra cómo 48% de las mujeres y 50% de los varones dijeron usarlo siempre o casi siempre, y el resto dijo haberlo hecho sólo a veces o casi nunca. A la pregunta “¿En qué momento se ponen el condón?”, 83% de ellas eligió la opción “antes de la penetración” como respuesta, 11% seleccionó “no sé” y un 6% más, “antes de la eyaculación”; a diferencia de éstas, los hombres dijeron que se coloca antes de la penetración en un 88%, y el restante 12%, antes de la eyaculación. El hecho de que una proporción importante de las mujeres haya aceptado no tener conocimiento o bien tener información errónea sobre el momento en que debe colocarse un condón en el pene masculino (17%), de alguna manera podría estar mostrando el impacto diferenciado de la información sobre ellas en relación con sus contrapartes masculinas, lo cual puede tener relación con aspectos de la socialización de género que se abordará más adelante, y que en términos prácticos implica riesgos de un embarazo o una ITS.

En ese mismo estudio, se preguntó a las y los participantes “¿Se lo quitan inmediatamente después de la eyaculación”, a lo que 77% de las mujeres contestaron que “sí” (78% de los hombres también eligieron esa opción), 10% que “no” (aquí la proporción de varones fue 22%), y un 13% dijo que no sabía. La interpretación que se da a estas respuestas es que el hecho de que se le reste importancia a no quitarse el condón inmediatamente después de que ocurre la eyaculación constituye un factor de riesgo de un embarazo o para contraer ITSs. Otro dato que llama la atención es el alto porcentaje de personas que aceptaron que se les había roto o zafado el condón durante la relación sexual (29% de las mujeres y 44% de los hombres), pues está indicando con seguridad un uso incorrecto del preservativo (Secretaría de Salud, 2004).

Volviendo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, en ésta se encontró también que la proporción de mujeres que se encuentran unidas y utilizan alguno de los métodos, es significativamente menor que el correspondiente a quienes dijeron conocerlos: 68.4% (entre las que no tenían pareja en ese momento, ésta era aún más baja: 44.4%),

⁷ Disponible en el sitio de internet del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA,

destacando las de mayor instrucción (secundaria y más, 75.1%) y económicamente activas (71.6%), siendo más frecuente entre las edades de 30 a 40 años. En lo que respecta al estado civil, la misma encuesta reportó que el 70% de las mujeres casadas utilizaba algún método, seguidas de las que mantenían una unión libre (62.2%) y las divorciadas (44.9%) (INEGI, 1997 en INEGI, 2003a), aunque no se especifican las razones de su uso, las cuales pueden ir desde evitar un embarazo no planeado hasta prevenir el contagio de IITSS; de nueva cuenta, el Distrito Federal fue la entidad con el porcentaje mayor de utilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas (78.2%).

Desafortunadamente, este conocimiento expresado en las respuestas dadas a las encuestas sobre el uso de anticonceptivos no necesariamente se traduce en una postura activa cuando de protección de ITSs se trata, pues aún hoy en día la función de los mismos está sobre todo circunscrita a la prevención de embarazos no planeados. La encuesta sobre el uso del condón mencionada en párrafos anteriores (Secretaría de Salud, 2004) indagó sobre las razones por las que se usaba el preservativo (la pregunta expresa fue “¿por qué lo usas?”), entre las que destacaron: “para evitar el embarazo” (así respondió el 47% de las mujeres y el 37% de los hombres), y “para evitar contagiarme de SIDA (46% de las mujeres y 61% de los varones); es obvio, y en las conclusiones del estudio se menciona cómo las prioridades de protección de mujeres y hombres son distintas, pues mientras ellas veían al condón como anticonceptivo y como un mecanismo para prevenir la más peligrosa de las ITSs prácticamente en la misma medida, los hombres parecían tener más claro que este método es el más adecuado para evitar el VIH/SIDA. Ahora bien, el conocimiento que, se ha mencionado, muchas personas dicen o demuestran tener sobre los preservativos y su utilización a menudo no se corresponden con su uso en el momento de sus relaciones sexuales, por razones que aún no han sido suficientemente dilucidadas y que dan lugar a la realización de investigaciones como la que aquí se plantea.

A este respecto, Flores, Tschann y VanOss (2002) describen cómo un importante número de investigaciones muestran que entre los distintos grupos étnicos asentados en los Estados Unidos, son precisamente las mujeres de origen latino, y en particular las mexicoamericanas, las que utilizan con menos frecuencia los métodos anticonceptivos, siendo también las que discuten en menor medida cuestiones relativas al sexo con otras personas, razones por las que las autoras llegan a la conclusión de que las relaciones sexuales son un factor más de riesgo respecto de los embarazos premaritales en ese grupo.

Volviendo a la población mexicana, cuando sólo se considera a las mujeres unidas, los reportes derivados de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud levantada en 1997 (referida en INEGI, 2003b) muestra que son aquellas que contaban entre 30 y 44 años, con escolaridad mayor a secundaria, de áreas urbanas, las que con mayor probabilidad (más de 70% en todos los casos) empleaban los métodos anticonceptivos. Lo más interesante es que, cuando se exploraron los tipos de métodos que preferían las mujeres mexicanas que en el momento en que se levantó la encuesta vivían con la pareja, en primer lugar optaban por uno definitivo, la obstrucción tubaria bilateral (28.1%), seguida del dispositivo intrauterino (26.7%), los métodos tradicionales (17.1%) y las pastillas (13.6%), mientras que el preservativo y los espermicidas eran elegidos solamente por el 7.2% de éstas.

Evidentemente, la salud sexual y reproductiva no es el único ámbito en el que se puede observar el comportamiento de los fenómenos vinculados a la salud y la enfermedad de las mujeres, y por supuesto, de los hombres. Es por esto que a continuación se ofrece una panorámica sobre la morbilidad y la mortalidad en el momento actual en nuestro país.

Las estadísticas de los últimos años muestran cómo en México se viene viviendo una transición epidemiológica, principalmente caracterizada por un cambio en el perfil de las enfermedades, el cual va asemejándose cada vez más al de los países desarrollados. Así, las enfermedades infecto-contagiosas (también llamadas transmisibles) tienden a disminuir su peso

relativo en la mortalidad general, mientras que las crónico-degenerativas aumentan en forma paulatina y sostenida. De este modo, según datos de la Secretaría de Salud citados por el CONAPO (2000), en 1997 el 35.1 por ciento de las defunciones de las mujeres fueron ocasionadas por enfermedades propias del segundo grupo mencionado, mientras que el primero obtuvo un 6.4%; en tercer lugar, los accidentes fueron la causa del 2.4% del total de las muertes femeninas⁸.

Ahora bien, al hablar de salud, enfermedad y muerte, es importante no perder de vista el impacto de una amplia variedad de factores que inciden en el mantenimiento o no de una adecuada condición de salud, la cual, si se atiende a las definiciones planteadas en los últimos años, considera no solamente a la ausencia de enfermedad o padecimientos, sino que prioritariamente es considerada como un estado de bienestar físico, psicológico y social. Esto daría amplia cabida a una reflexión sobre las condiciones particulares en las que viven las mujeres y el impacto que sobre su salud tienen las relaciones que éstas establecen y mantienen con las personas que las rodean, así como la situación social en la que se insertan.

A este respecto, diversos puntos de vista coinciden al señalar que la salud de las mujeres no es un estado natural, sino el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que tiene lugar su existencia⁹ (Lagarde, 1997; Inmujeres, 2003). Esto, a su vez, tiene relación con la manera como las mujeres –y las personas en general- se perciben a sí mismas y con la forma

⁸ En el caso de los varones, en ese mismo año (1997), el 37.6% murió por causa de enfermedades crónico-degenerativas, el 8.3 por infecto-contagiosas, y el 10.3% por accidentes (CONAPO, 2000). Nótese cómo este último rubro la proporción es más de cuatro veces mayor que en la población femenina debido, muy probablemente a la violencia de género ejercida de los hombres hacia los mismos hombres, la cual forma parte de las múltiples (y a menudo riesgosas) expresiones de la masculinidad.

⁹ En un reporte del Banco Mundial sobre la salud de las mujeres en América Latina y el Caribe se afirma que, de acuerdo con los datos disponibles, alrededor de un 63% de las mujeres de la región ha tenido alguna vez en su vida manchas de virus de papiloma humano. Al comparar los países sin embargo, se puede apreciar que las condiciones económicas y sociales hacen una diferencia en la incidencia pues mientras en Nicaragua esa proporción es menor (35%), en Costa Rica alcanza al 70% de la población femenina. Las evidencias muestran asimismo que las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos tienen una menor probabilidad que sus contrapartes de grupos con mejores condiciones sociales y económicas de saber lo que es un papanicolaou o de practicárselo (Levine, Glassman y Schneidman, 2001).

como son percibidas por los demás, pues es probable que la idea de que los estados anímicos y físicos de las mujeres están determinados por sus ciclos biológicos ha generado una impresión, errónea la mayoría de las veces, de que los comportamientos femeninos están relacionados inevitablemente con las distintas fases de su funcionamiento reproductivo: la menstruación, el embarazo, el parto y puerperio y la menopausia, procesos por los que los varones no pasan.

De acuerdo con esa teoría popular, las conductas de las mujeres sufren modificaciones evidentes durante tales etapas, lo que las hace inestables y “poco tratables”, debido a los cambios repentinos en el humor, pasando por ejemplo del enojo al llanto o a la euforia casi con cualquier motivo, razón por la que algunos hombres ven a las mujeres como de naturaleza débil, vulnerables y con carencias (Lara, 2002). Esta situación con frecuencia pone en duda su capacidad para comportarse como seres racionales antes que como simples marionetas de sus ciclos biológicos. Es por esto que, con frecuencia, sus malestares se minimizan, o bien se ven reducidos a enfermedades de origen físico, susceptibles de ser tratadas con medicamentos, restando importancia a los factores socioculturales que las originan. De ahí que haya en nuestro país un nivel de automedicación alto, especialmente entre las mujeres.

Este tipo de imágenes sobre las mujeres, aún a pesar del significativo cambio del papel de las mismas en nuestro país, especialmente en las últimas décadas del siglo pasado, persiste hasta hoy, y a decir de Salgado de Snyder (2002), éstas han sido idealizadas en la bibliografía tanto popular como académica, y se les han atribuido características de debilidad, sometimiento y dependencia, atribuciones que reflejan la autoridad incuestionable del hombre sobre la mujer y que promueven la presencia y la permanencia de una significativa discriminación en las acciones hacia las mujeres, entre las que deberemos incluir las relativas al cuidado y mantenimiento de su salud física y mental, las cuales de manera tácita o explícita no han sido consideradas un asunto prioritario por los encargados de diseñar las políticas públicas y los programas de intervención específicos a nivel federal y estatal.

Desde este punto de vista, no es de extrañar que sólo hasta los últimos años del siglo que acaba de terminar, el cada vez mayor número de muertes por cáncer cérvico uterino o mamario hayan llamado la atención de las y los expertos en salud, convirtiéndose en poco tiempo en un asunto que requiere de atención urgente a nivel nacional por el rápido crecimiento de las estadísticas sobre tales enfermedades, las cuales fueron convirtiéndose en una epidemia silenciosa de la que las autoridades no se percataron hasta que ésta se tornó en un problema de salud pública de dimensiones importantes. El resultado de esta situación está a la vista, y hoy día somos testigos de la gran cantidad de campañas de todo tipo para concientizar a las mujeres sobre la importancia que tiene la realización de exámenes periódicos que permitan detectar a tiempo y controlar el avance de estos padecimientos.

De manera similar, el incremento de casos de SIDA en mujeres de todos los estratos sociales ha sido un tema que, de tiempo en tiempo, preocupa al sistema de salud de nuestro país, pero al que no se han destinado ni la atención ni los recursos suficientes para: 1) prevenir que más personas se contagien (cuestión que resulta especialmente delicada cuando se habla de mujeres), y 2) dar tratamientos oportunos y eficaces a quienes ya se han contagiado con el VIH. La pregunta es, ¿por qué cada día hay más mujeres mexicanas que adquieren el VIH? Más aún, ¿cuál es la razón por la que el número de contagios entre amas de casa se está incrementando?

Existen estudios que muestran cómo, debido al hecho de que la salud se ha convertido en un ámbito de poder y dominación de género, como sostiene Lagarde (1997), es difícil para las mujeres tomar la decisión de practicarse una autoexploración de senos para detectar con oportunidad la aparición de nódulos que pueden devenir en cáncer mamario (Fonseca Villarreal, 2003), o bien acudir a un consultorio médico para que le sea realizada una colposcopia para

detectar cambios en el tejido que podrían ser indicadores de cáncer cérvico uterino¹⁰ (Ramírez Sánchez, 2002), y menos aún de pedirle a su pareja que utilice un condón en sus relaciones sexuales (Salgado de Snyder, Acevedo, Díaz-Pérez y Saldívar-Garduño, 2000; Toledo Benítez, 2003; Monroy Juárez, en proceso).

De acuerdo con la encuesta sobre uso del condón a la que se ha aludido ya en este trabajo (Secretaría de Salud, 2004), 48% de las mujeres (y 55% de los varones) que participaron, no utilizaban condón cuando estaban con su pareja formal y un 21% más dijeron no emplearlo cuando consideraban que no había riesgo de embarazo (13% de los hombres también lo hicieron), lo cual apunta hacia la confirmación de que 1) las personas no usan preservativos en las relaciones sexuales con sus parejas “formales” o “regulares”¹¹ en buena cantidad de las ocasiones, y 2) la utilidad que se confiere a este método es, sobre todo, la prevención de embarazos. Esto, evidentemente limita la manera como las personas procesan por ejemplo los mensajes que asocian el condón con la prevención de ITSs, pues éste sigue siendo considerado, sobre todo, un método anticonceptivo.

La negociación con las parejas en torno a estas cuestiones se torna siempre complicada, pero es más difícil para aquellas mujeres cuyo nivel de instrucción es menor y/o que no desarrollan actividades remuneradas fuera del hogar (ver Sánchez Bringas, 2003) y que viven, en muchos de los casos, en condiciones de grandes carencias tanto materiales como sociales. Los datos muestran que cuando las mujeres y sus hijos e hijas viven en condiciones de pobreza extrema, los problemas de salud son, en su mayor parte, prevenibles. No obstante esta situación, “la desigualdad de clase y el hecho de ser mujer interactúan afectando la salud de las mujeres pobres a través de las altas demandas del ambiente que las circunda y del mermado acceso a

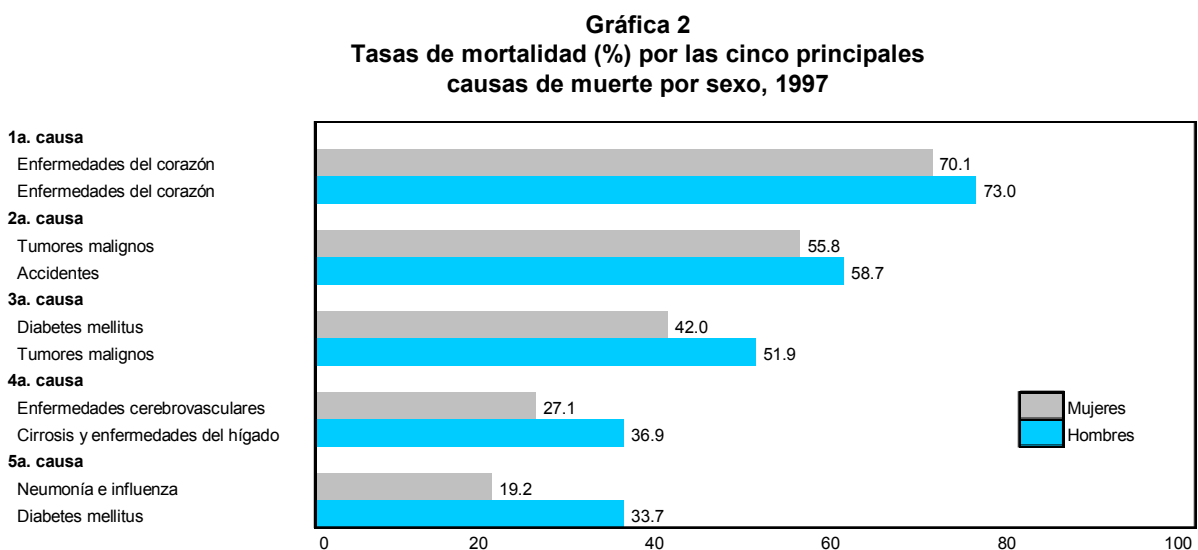
¹⁰ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1994 de la Secretaría de Salud (citada en INEGI, 2003b), en ese año la proporción de mujeres entre 25 y 44 años que se practicaron un papanicolaou no alcanzó el 40%; asimismo, menos del 50% de las mujeres en ese mismo rango de edad se practicaban la autoexploración de los senos.

¹¹ Con las que se infiere que se tiene un compromiso para mantenerlas por un plazo largo.

los satisfactores básicos que definen la calidad de vida.” (Infante, y Schlaepfer, 1998: 37; véase también Inmujeres, 2003).

No es despreciable el impacto que afecciones como las mencionadas tienen en la salud de las mujeres pues, si observamos cuáles eran, en 1997, las cinco primeras causas de muerte por sexo, encontramos que, en la población femenina había, 70.1 defunciones por enfermedades del corazón por cada cien mil mujeres, 55.8 por tumores malignos, 42 por diabetes mellitus, 27.4 por enfermedades cerebrovasculares, y 19.2 por neumonía e influenza. En el caso de los varones, las cinco primeras causas de muerte eran: enfermedades del corazón (73 por cada cien mil hombres), accidentes (58.7), tumores malignos (51.9), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (36.9) y diabetes mellitus (33.7) (Estadísticas de mortalidad de la Secretaría de Salud, 1997 en CONAPO, 2000).

Para una mejor apreciación de la mortalidad en 1997, a continuación se reproduce la gráfica contenida en el informe del CONAPO (2000) sobre la situación actual de la mujer en México:



Fuente: estimación del Consejo Nacional de Población con base en SSA/DGEI. Mortalidad 1997. En: CONAPO, 2000.

Al observar con detenimiento el gráfico anterior es posible apreciar diferencias interesantes en lo que respecta a las causas de muerte por sexo registradas. Por ejemplo, en 1997 las

mujeres se veían afectadas principalmente por enfermedades crónico-degenerativas y sólo en el quinto lugar aparecieron las infecto-contagiosas. Los hombres en cambio, si bien acusaban un padecimiento crónico-degenerativo como causa de muerte en primero, tercero y quinto lugar, también mostraron padecer los estragos de la socialización de género, pues los accidentes estaban en segundo lugar como consecuencia de un mandato cultural que dicta que los hombres han de ser valientes, temerarios y arriesgados; además de esto, la cirrosis y otras enfermedades del hígado ocuparon el cuarto lugar, las cuales es bien sabido tienen una estrecha relación con el consumo frecuente de bebidas alcohólicas, otra práctica todavía principalmente masculina, según los resultados arrojados por las últimas encuestas de adicciones a nivel nacional (Secretaría de Salud e Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999).

El levantamiento de información llevado a cabo tres años después muestra que la configuración mostrada en la gráfica 2 no se había modificado en lo sustancial, lo que puede llevarnos a pensar que la situación social tampoco había sufrido cambios radicales para las mujeres ni para los hombres, como puede verse en la siguiente tabla, elaborada con datos del INEGI (2003a):

Tabla 1
Causas seleccionadas de mortalidad por sexo, 2000

Causas	Total	Porcentaje
Mujeres	193 253	100
Enfermedades del corazón	34 222	17.7
Tumores malignos	28 542	14.8
Diabetes mellitus	25 750	13.3
Enfermedades cerebrovasculares	13 413	6.9
Afecciones originadas en el periodo perinatal	8 109	4.2
Accidentes	7 991	4.1
Enfermedades del hígado	6 702	3.5
Las demás causas	68 524	35.5
Hombres	244 302	100
Enfermedades del corazón	34 490	14.1
Accidentes	27 319	11.2
Tumores malignos	26 451	10.8
Diabetes mellitus	20 864	8.5
Enfermedades del hígado	20 723	8.5
Enfermedades cerebrovasculares	12 018	4.9
Afecciones originadas en el periodo perinatal	11 269	4.6
Las demás causas	91 168	37.4

FUENTE: INEGI. (2003a). **Estadísticas vitales, 2000**. Base de datos. México: INEGI. En: INEGI, 2003a.

La información relativa a las causas de muerte en 2001 para la población adulta entre los 30 y 59 años de edad sin embargo, se puede observar un cambio en la configuración anterior, en la que resulta clara la influencia de los distintos roles de género asignados a mujeres y hombres incluso en lo que toca a situaciones que afectan su salud y que pueden llevarles a la muerte (ver tabla 2):

Tabla 2
Causas seleccionadas de mortalidad por sexo, 2001

Causas	Total	Porcentaje
Mujeres	39 160	100
Tumores malignos	10 415	26.6
Diabetes mellitus	6 374	16.3
Enfermedades del corazón	4 314	11.0
Enfermedades del hígado	2 620	6.7
Accidentes	1 960	5.0
Enfermedades cerebrovasculares	1 924	4.9
Insuficiencia renal	1 047	2.7
Las demás causas	10 506	26.8
Hombres	68 269	100
Enfermedades del hígado	12 044	17.6
Accidentes	10 504	15.4
Enfermedades del corazón	7 405	10.8
Diabetes mellitus	6 611	9.7
Tumores malignos	6 212	9.1
Agresiones	4 238	6.2
Enfermedades por Virus de Inmunodeficiencia Humana	2 515	3.7
Las demás causas	18 740	27.5

FUENTE: INEGI. (2004). **Estadísticas vitales, 2001**. Base de datos. México: INEGI. En: INEGI, 2004.

Como puede verse, en sólo un año los llamados *tumores malignos*¹² pasaron a ser la primera causa de muerte para las mujeres adultas. En este rubro se incluyen los registros de los casos de cáncer mamario¹³ y cérvico uterino¹⁴, los cuales ocupaban hace dos años los lugares 11 y 12 en la tabla general de causas de muerte entre la población en edad productiva de México (Secretaría de Salud, 2002a). Incluso en la publicidad para promover la práctica de la

¹² El cáncer, en general, ha sido una enfermedad que desde los años sesenta, se encuentra de manera constante entre las diez principales causas de muerte en nuestro país, y en la década de los noventa se colocó como la segunda en importancia, sólo superada por las enfermedades del corazón, y con el paso del tiempo fue adquiriendo un matiz distinto en las poblaciones de mujeres y hombres en lo que a mortalidad se refiere (CONAPO, 2000), como ya ha venido exponiendo.

¹³ De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, se estima que alrededor de 14 de cada 100 000 mujeres morían en el año 2001 debido a esta enfermedad (Secretaría de Salud, 2002b).

¹⁴ 19 de cada 100 000 mujeres de 25 años y más mueren en México por esa causa, y se considera que esta es una de las tasas más altas en el mundo (Secretaría de Salud, 2002b). El informe citado también menciona que América Latina es la región que presenta los índices de mortalidad más altos por cáncer cérvico-uterino en todo el planeta.

autoexploración de los senos de las instituciones de salud pública en nuestro país ya se menciona que 12 mujeres mueren diariamente por esa causa, para tratar de hacer conciencia en las personas acerca de la importancia del monitoreo para detectar su aparición, y se sabe que éste es el segundo tipo más común de cáncer a nivel mundial, aunque en México el cáncer cérvico-uterino es el tumor más frecuente entre las mujeres en edad reproductiva (Secretaría de Salud, 2002b).

Es importante tomar en cuenta también que estas dos enfermedades están asociadas con los estilos de vida de las personas y el entorno en el que se desenvuelven pues mientras en entidades con un mayor nivel de desarrollo como el Distrito Federal, Coahuila, Nuevo León, Sonora y Chihuahua presentan el mayor número de casos de cáncer mamario, la incidencia del cáncer cérvico-uterino es mayor entre las mujeres de menores ingresos como sucede en los estados de Yucatán, Nayarit, Morelos, Chiapas, Campeche, Veracruz y Oaxaca (Secretaría de Salud, 2002b).

En lo que respecta al SIDA, aunque México está considerado oficialmente entre los países con baja incidencia de la enfermedad (Partida y García, 2002), su impacto no ha sido menor, y se estima que, entre 1985 y 2000, la esperanza de vida de las mujeres se vió disminuida por esa causa en 0.04 años, y la de los hombres en 0.19, y si bien estos no parecen ser números importantes, muestran los efectos reales de la enfermedad en la vida de la población. Volviendo a los datos de la tabla 2, llama la atención la inclusión de las enfermedades asociadas con el SIDA como la séptima causa de muerte para los hombres en edad adulta en nuestro país, pues no debemos olvidar que hoy en día la principal vía de contagio del VIH son las relaciones sexuales sin protección, lo que pone al descubierto la vulnerabilidad de las mujeres, quienes con frecuencia son infectadas por sus parejas (Gómez y VanOss Marín, 1996).

2.3. EL VIH/SIDA Y LAS MUJERES

El SIDA es, efectivamente, una amenaza permanente para las mujeres en tanto éstas no tomen medidas para evitar el contagio, lo cual implicaría, en primer lugar, que tuvieran una percepción real del riesgo en el que se encuentran. En segundo lugar, evidentemente lo que se requiere es que las mujeres tengan la capacidad y las habilidades para negociar el empleo de preservativos en sus relaciones sexuales con sus parejas; por ejemplo, la encuesta sobre uso del condón referida anteriormente (Secretaría de Salud, 2004) recogió también el siguiente dato: 3% de los varones aceptaron no usarlo cuando no se lo exigían¹⁵ y, aparentemente, ninguna de las 125 mujeres que participaron en el estudio respondió en ese mismo sentido. Pero hablar de un cambio hacia conductas de sexo seguro no es algo que concierne sólo a las mujeres, implica sobre todo una responsabilidad compartida por ambos miembros de la pareja. Entonces, cabría preguntarse ¿qué sucede con las mujeres, que siguen subordinando su voluntad a la de los varones?

Las hipótesis iniciales ubican el origen del SIDA en el continente africano, con la evidencia de su temprana aparición en esa área geográfica (eso sucedió más o menos al mismo tiempo que en E.U. y Haití), concretamente en el África Central, a finales de los años setenta y principios de los ochenta (Lamptey y Weir, 1992 en Sepúlveda, Fineberg y Mann, 1992). Esa es una de las razones por la que varios estudios se enfocan en esas poblaciones.

La diseminación de la epidemia en estas regiones se dio, como en muchos otras (en Latinoamérica, por ejemplo), de las áreas urbanas hacia las rurales como consecuencia de la constante migración de los hombres en busca de empleo, así como de los contactos sexuales múltiples que llegaron a mantener con mujeres y, al adquirir el virus infectaron, a su vez, a sus esposas (Ulin, 1992). Como se puede observar, el incipiente desarrollo económico y los efectos

¹⁵ Un 6% más de ellos dijo no utilizarlo “cuando la persona se ve sana”, lo que confirma que aún existe uno de los grandes mitos en torno a quiénes son considerados o consideradas como potenciales portadores del VIH.

de la urbanización han traído consecuencias negativas que se sumaron a las desigualdades tradicionales existentes -por ejemplo las de tipo sexual-, y eso aumenta el riesgo de contagio en las mujeres (Liguori, 1993).

Cabe hacer notar que en esos países la diseminación heterosexual se dio de manera relativamente más rápida que en otros, ya que en el continente africano la homosexualidad no constituía un “problema” tan notable (Lampsey y Weir, 1992 en Sepúlveda, Fineberg y Mann, 1992), y la proporción de infectados era casi igual entre mujeres y varones. Por esto, y en virtud de las altas tasas de seropositividad en la población de adultos en general, la transmisión perinatal ha llegado a ser el segundo medio de transmisión del VIH después de la vía sexual, y en tercer lugar por las transfusiones sanguíneas.

En ese estado de cosas, una gran cantidad de mujeres han sido contagiadas por el virus. La creciente ruralización de la epidemia ha develado que muchos de los factores prevalecientes en ese medio, tales como la pobreza, la desnutrición, así como la natalidad no controlada y las complicaciones en el embarazo y el parto, que predisponen a las mujeres a las enfermedades, incrementan su vulnerabilidad hacia el SIDA (Ulin, 1992, entre otros).

Muchas de estas mujeres no tienen conciencia de estar en riesgo y, como sostiene Liguori (1993), aunque llegaran a tener el temor de contraer el SIDA o quisieran modificar sus conductas de riesgo, no tienen el poder para hacerlo. Agreguémosle a esto la innegable realidad de que para las mujeres pobres, muchas veces el temor de contagiarse de SIDA es una más de sus preocupaciones, pero no la prioritaria (como sí lo son el conseguir alimentos o buscar donde pasar la noche) en contextos en los que aún las necesidades básicas para la sobrevivencia no están cubiertas.

Hoy en día es común escuchar que el SIDA es uno de los problemas de salud más graves a nivel mundial, tanto por el rápido crecimiento de los casos como por las consecuencias que

éste tiene para los países, entre las que podemos citar las psicosociales, las éticas, las económicas y las políticas que incluso rebasan el ámbito estricto de la salud (Magis-Rodríguez, Bravo-García y Rivera Reyes, 2000; Inmujeres, 2003), siendo uno de los efectos más palpables, el hecho de que esta enfermedad, en combinación con otras crisis, está sumiendo en la miseria a sectores cada vez más amplios de la población (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA –ONUSIDA- y OMS, 2002), como ya ha sucedido en varios países africanos y como podría pasar en el futuro en los Estados bálticos, la Federación de Rusia y varias repúblicas de Asia Central.

A esto habría que agregar que, cada vez más, se ha ido abandonando la idea que imperó durante algún tiempo sobre la existencia de “grupos de riesgo”, para centrar la atención en las prácticas que ponen a las personas en riesgo de adquirir el virus¹⁶, y se ha puesto al descubierto la alta vulnerabilidad de las mujeres en general, y especialmente de aquellas en condiciones de escasos recursos económicos. Este proceso ha permitido modificar la idea que dominó en la sociedad en relación con las conductas “pecaminosas” y “libertinas” con las que se solía asociar a las personas que desarrollaron SIDA a principios de los años 80 del siglo pasado. De este modo, los esfuerzos para separar a los implicados de los inmunes –o dicho de otro modo a los culpables de los inocentes- continúan vigentes hoy en día (Weeks, 1998), pues las creencias siguen incriminando de algún modo a quienes han tenido la mala fortuna de contagiarse.

Por todo esto, no es posible menospreciar el impacto que tendrá en las distintas sociedades la tendencia¹⁷ a la ruralización de la epidemia, así como el cada vez mayor número

¹⁶ Weeks (1998: 225) considera que “Hasta ahora, varios factores poco comprendidos (estilo de vida, salud en general, incidencia de pobreza y de otras enfermedades) pueden facilitar el contagio, pero en gran medida es el azar lo que determina quiénes contraen el VIH, y entre estos, quién sucumbe a la enfermedad. La marca de la crisis del SIDA es la “contingencia”. En suma, la verdad del SIDA no está –en opinión de este autor- determinada, sino que es azarosa, por lo que no hay relación entre el estilo de vida y la infección del VIH.

¹⁷ En el documento *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA* el ONUSIDA y la OMS advierten que “La medida más habitual de la epidemia por VIH/SIDA es la *prevalencia* de infecciones por el VIH en la población adulta de un país; dicho de otro modo, el porcentaje de la población adulta que vive con el virus.” (2002: 7). Esta forma de estimación no permite, sin embargo, distinguir a las personas que lo contrajeron hace poco tiempo de aquellas que se infectaron hace una década o más. Por tal motivo, el organismo sugiere tomar en consideración también la

de mujeres infectadas a lo largo y ancho del mundo, particularmente afectadas por las condiciones de precariedad de los países pobres y aquellos considerados “en desarrollo”, como es el caso de México. Además, no debemos olvidar que existen un conjunto de riesgos biológicos, epidemiológicos y sociales a los que las mujeres se encuentran expuestas, mismos que favorecen el contagio o bien que incrementan su probabilidad de adquirir el VIH/SIDA, por lo que el riesgo de éstas ante el VIH/SIDA está creciendo en todo el mundo.

En el plano biológico, las diferencias fisiológicas en el tracto genital contribuyen directamente a que las mujeres corran un riesgo más elevado de contraer el VIH y las ITSs que sus contrapartes masculinas (ONUSIDA, 2000a); desde hace ya varios años algunas investigaciones médicas llegaron a la conclusión de que los factores biológicos marcan una diferencia importante en la mayor probabilidad que tienen las mujeres al contagio, lo que, según datos de la OMS y el ONUSIDA, las hace de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH que a los varones, y son también más vulnerables a la adquisición de ITSs (ONUSIDA, 1997; Del Río, Liguori y Magis, 1995; Del Río, Liguori, Magis, Valdespino, García y Sepúlveda, 1994).

La razón para esto es que, comparadas con los varones, las mujeres tienen un área mayor de mucosa expuesta a las secreciones sexuales de sus compañeros durante una relación sexual¹⁸. Además, el semen infectado con el VIH contiene una concentración más alta del virus que las secreciones sexuales de una mujer. Esto hace que la infección hombre-mujer sea más efectiva que la mujer-hombre. El mayor riesgo biológico lo corren las mujeres más jóvenes, pues su cervix está biológicamente inmaduro y las escasas secreciones vaginales no constituyen una barrera para el VIH; además, también existen evidencias que prueban cómo las mujeres vuelven a ser muy vulnerables después de la menopausia (ONUSIDA, 1997). Es importante mencionar

incidencia, es decir, el número de nuevas infecciones observadas en el periodo de un año en personas que no estuvieron previamente infectadas, para ayudar a completar la perspectiva de las tendencias actuales, a pesar de todo útiles.

aquí que, la alta prevalencia de ITSs, sobre todo entre las poblaciones de jóvenes de muchos países del mundo, también es un factor que favorece la diseminación del VIH/SIDA, y es un indicador de la falta de utilización de medios para prevenirlas, en particular el condón. Una ITS sin tratar aumenta considerablemente, tanto en los hombres como en las mujeres, el riesgo de transmitir y contraer el VIH a través de las relaciones sexuales no protegidas (ONUSIDA, 1997 y 2000a); esto sucede por ejemplo en casos como el de la sífilis y la gonorrea, ambas caracterizadas como infecciones “silenciosas”, por no presentar síntomas muy evidentes en las mujeres.

Entre los riesgos de tipo social, cobran particular importancia los relacionados con el género, como los patrones culturales, los estereotipos y creencias que determinan la manera de ser y comportarse de las mujeres, sumados a un menor acceso a la información y los servicios, las peores condiciones económicas para subsistir, y la baja participación en la toma de decisiones de todo tipo (Inmujeres, 2003). Por ejemplo, las normas que indican que las mujeres no deberían tener una buena información acerca de la sexualidad o que no aprueban que éstas propongan el empleo del preservativo incrementan la adopción de riesgos y su vulnerabilidad a la infección¹⁹ (ONUSIDA, 2000a).

Además, el hecho de que muchas mujeres no cuenten aún con recursos económicos propios, y el temor ante la violencia de parte de sus parejas masculinas, hacen que ellas tengan poco o ningún control sobre cómo y cuándo tienen relaciones sexuales y en consecuencia tampoco sobre el riesgo que tienen y que podría dar como resultado el contagio por VIH. En lo que toca a las mujeres con compañeros sexuales estables y que son económicamente dependientes de sus parejas, no pueden arriesgarse a perder el apoyo de éstos, aún cuando

¹⁸ En las mujeres, la mucosa genital es la delgada cubierta de la vagina y el cervix (ONUSIDA, 1997).

¹⁹ El riesgo y vulnerabilidad de los hombres aumentan por las normas que le dificultan el reconocimiento de deficiencias en sus conocimientos sobre la sexualidad (ellos deben parecer siempre expertos), la relación entre la socialización y el consumo de alcohol, la frecuencia del consumo de drogas, y las ocupaciones eminentemente

sospecharan que tienen VIH. Por tanto, si ellas se rehúsan a tener relaciones sexuales o les pidieran usar condón, estarían rompiendo la regla de silencio que rodea a las actividades extramaritales de éstos, o aún peor, a los ojos de ellos estarían admitiendo su propia infidelidad. Así, aunque algunos hombres se muestran de acuerdo en utilizar condón, una proporción importante de ellos reaccionan con enojo, violencia o con el abandono (ONUSIDA, 1997).

Todas estas situaciones reflejan cómo a pesar de la innegable globalización mundial, en muchas sociedades el ideal femenino se caracteriza por la pasividad y la ignorancia de las mujeres, así como por la colocación en segundo plano de las expectativas en provecho de las necesidades sexuales de los hombres, mientras que la masculinidad se define por la conquista sexual, la búsqueda de múltiples parejas y el control de las interacciones sexuales. Es por esto que, en culturas donde los preservativos se asocian con las relaciones sexuales ilícitas y las ITSs, las mujeres que prueban introducirlos en una relación se encuentra con que su pareja cuestiona su fidelidad o la considera “demasiado preparada” en cuestiones sexuales (ONUSIDA, 2000a), hecho que, mientras no se modifiquen los significados sociales asociados, implica una valoración negativa hacia éstas.

2.3.1. LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA Y LAS MUJERES EN EL MUNDO

Resulta obvio ahora cómo las normas sociales influyen en la propagación del VIH, el cual, de no cambiar la tendencia actual, entre los años 2002 y 2010, afectará a 45 millones de personas en 126 países de países de ingresos bajos o medianos, sobre todo en Asia y el Pacífico (ONUSIDA/OMS, 2002). A finales del año 2000, las estimaciones del ONUSIDA mostraban que 36.1 millones de personas en el mundo tenían VIH, de las que el 45.4% eran mujeres (16.4 millones²⁰) (ONUSIDA, 2000b); Los datos posteriores muestran sin embargo, un

masculinas que entrañan movilidad y en muchas ocasiones también desintegración de la familia (como la conducción de camiones, formar parte de cuerpos policíacos y el ejército entre otros) (ONUSIDA, 2000a).

²⁰ En 1996, había poco más de 10 millones de mujeres infectadas con el VIH alrededor del mundo, de un total de 25 millones de adultos infectados, según el mismo organismo (ONUSIDA, 1997).

incremento en la proporción de mujeres de casi 5% en tan sólo dos años. De acuerdo con esto, el organismo citado estimó que a finales del año 2002, vivían con VIH/SIDA un total de 42 millones de personas en el planeta, de los cuales, el 50% del total de adultos (38.6 millones) eran mujeres (19.2 millones). Las nuevas infecciones en ese mismo año, alcanzaron los 5 millones de personas, 4.2 millones de adultos, 2 millones de mujeres. Igual que con el total de casos y con las nuevas infecciones, las mujeres constituyen casi la mitad de la población en edad adulta que muere por esta causa (ONUSIDA/OMS, 2002).

Las cifras de los últimos años, permiten constatar que la región más afectada del mundo es África, donde se localizan el 70% del total de los casos, situación que se ha sostenido al menos desde el año 2000. América Latina en ese año contaba con 1.4 millones de personas infectadas, cifra que aumentó a 1.5 millones en diciembre del 2002 (ONUSIDA, 2000b; ONUSIDA/OMS, 2002). En la tabla 2 se presentan las estadísticas regionales del VIH/SIDA a finales del 2002:

Tabla 3
Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, diciembre de 2002.

Región	Inicio de la epidemia	Personas adultas y niñas/os que viven con VIH/SIDA	Personas adultas y niñas/os infectados por el VIH/SIDA	Prevalencia entre adultos*	Porcentaje de adultos VIH+ que son mujeres	Principales modalidades de transmisión**
África Subsahariana	Finales de los 70 principios de los 80	29.4 millones	3.5 millones	8.8%	58%	Hetero
África del Norte y Oriente Medio	Finales de los 80	550 000	83 000	0.3%	55%	Hetero, CDI
Asia Meridional y Sudoriental	Finales de los 80	6.0 millones	700 000	0.6%	36%	Hetero, CDI
Asia Oriental y Pacífico	Finales de los 80	1.2 millones	270 000	0.1%	24%	CDI, hetero, VSV
América Latina	Finales de los 70 principios de los 80	1.5 millones	150 000	0.6%	30%	VSV, CDI, hetero
Caribe	Finales de los 70 principios de los 80	440 000	60 000	2.4%	50%	Hetero, VSV
Europa Oriental y Asia Central	Principios de los 90	1.2 millones	250 000	0.6%	27%	CDI
Europa Occidental	Finales de los 70 principios de los 80	570 000	30 000	0.3%	25%	VSV, CDI
América del Norte	Finales de los 70 principios de los 80	980 000	45 000	0.6%	20%	VSV, CDI, hetero
Australia y Nueva Zelanda	Finales de los 70 principios de los 80	15 000	500	0.1%	7%	VSV
Total		42 millones	5 millones	1.2%	50%	

* La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que vivían con el VIH/SIDA en el 2002, basándose en las cifras demográficas de ese año.

**VSV: varones que tienen relaciones sexuales con otros varones; CDI: a través del consumo de drogas intravenosas; Hetero: heterosexual.

Como es posible apreciar en la tabla 3, África dividida en dos regiones, seguida del Caribe son precisamente las zonas del mundo que tienen la mayor proporción de casos de mujeres infectadas con VIH, mientras que Australia y Nueva Zelandia cuentan con las más bajas; la situación de las dos primeras y la última son diametralmente opuestas, pues mientras en las distintas regiones de África lo que impera es la pobreza y en muchos de los países hay guerras civiles, Australia goza de condiciones económicas y sociales que favorecen una mejor calidad de vida de las personas. A este respecto, de acuerdo con datos del Banco Mundial, los países que integran las regiones de África y el Caribe, en 1995 tenían índices de desarrollo humano²¹ (IDH) muy bajos²²; en cambio Australia y Nueva Zelandia se encontraban entre los veinte países con mejores IDH en el mundo, al poseer los sitios 15 y 9 respectivamente²³ (Soubbotina y Sheram, 2000).

En lo que toca a las formas de transmisión del VIH, en las regiones que ocupan los tres primeros lugares, África Sub-Sahariana, África del Norte y Este Medio, y Asia Sur y Sudoriental, la principal modalidad es la heterosexual, del mismo modo que en el Caribe. En América Latina, en cambio, los varones que tienen relaciones sexuales con otros hombres, siguen siendo el primer medio de contagio, seguido del consumo de drogas intravenosas, y en tercer lugar las relaciones sexuales heterosexuales (ONUSIDA/OMS, 2002). Este dato es importante porque, a pesar de la diseminación generalizada del SIDA, muchas personas siguen pensando que la prevención y el contagio son cuestiones que atañen sobre todo, a las poblaciones de varones

²¹ Este es un Índice que permite medir el desarrollo de un país, y es obtenido mediante la estimación de un promedio simple de tres indicadores que refleja los resultados de un país en materia de salud y longevidad (medidos por la esperanza de vida al nacer), educación (medida según la alfabetización de adultos y la matriculación total en los niveles primario, secundario y terciario) y nivel de vida (medido por el PIB per cápita, en función de la paridad del poder adquisitivo). El IDH resulta útil para establecer comparaciones generales entre países, y clasificarlos en orden descendente (Soubbotina y Sheram, 2000).

²² En 1995, Angola ocupaba el lugar número 156 en la clasificación según su IDH, la República Democrática del Congo el 143, Mauritania el 149, Nigeria el 142 y Zimbabwe el 130; en la región del Caribe, Honduras ocupaba el sitio 119, Nicaragua el 126, y Haití el 159, por mencionar sólo los más notorios.

²³ En el reporte citado, México estaba clasificado en 1995 como un país del grupo alto entre los de ingresos medios y su IDH era relativamente elevado, al ocupar el número 49 entre los países del mundo. Otros países de la región que se encontraban en una situación similar eran Venezuela (46) y Argentina (36).

que tienen relaciones sexuales con otros varones, lo que pone en una situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres y hombres heterosexuales, grupos en los que las cifras están aumentando en forma considerable.

Uno de los factores que favorecen la propagación del VIH por la región es una combinación del desarrollo económico desigual y la alta movilidad de la población (ONUSIDA y OMS, 2002). Tal es el caso de América Central, donde el SIDA afecta sobre todo, a sectores de la población socialmente marginados, y donde existe una alta migración hacia otros países, en particular a los Estados Unidos, en busca de trabajo y dinero.

En la década pasada, la relación entre varones y mujeres infectadas con el VIH en América Latina se estrechó hasta llegar a ser de 3 a 1, y se piensa que los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones (VSV) juegan un papel importante en la creciente “feminización” de la epidemia, pues muchos de ellos tienen relaciones sexuales también con mujeres, desplegando comportamientos bisexuales “aparentemente generalizados, pero ocultos” (ONUSIDA y OMS, 2002: 20). A esto debe agregarse la evidencia de que, en muchos de nuestros países, los VSV mantienen prácticas sexuales que resultan altamente peligrosas –como por ejemplo, tener un gran número de parejas sexuales y bajas tasas de uso de preservativos- al mismo tiempo que tienen una baja percepción del riesgo²⁴ (ONUSIDA y OMS, 2002; también se recomienda revisar Villagrán Vázquez, Saldívar-Garduño y Contreras Ibáñez, 2003).

Ante tales circunstancias, la mayor parte de los países de la región ya han puesto en marcha programas de prevención orientados a ese grupo de la población, y en el caso concreto de Brasil éstos se encuentran acompañados por un esfuerzo que busca disminuir la

²⁴ En un estudio realizado por Villagrán Vázquez y cols. (2003) en la Ciudad de México con el objetivo de estudiar la relación entre las relaciones sexuales que pueden llevar a las y los jóvenes a contraer VIH/SIDA con el consumo de alcohol, se encontró que los participantes, especialmente los VSV, tenían una baja percepción de riesgo, y argumentaban que los condones disminuyen la sensibilidad en las relaciones sexuales, a lo que agregaban su alto costo, como razones para no utilizarlos. Incluso varios de ellos mencionaron que no sólo alguna vez habían tenido la idea de tener sexo sin condón, la cual les resultaba excitante, sino que realmente lo habían hecho varias veces. Una

vulnerabilidad, el estigma y la discriminación que sufren los VSV, como una respuesta a la necesidad de considerar el contexto social de cada nación. Asimismo, cada vez más, los gobiernos intentan crear las condiciones que les permitan proporcionar medicamentos antirretrovirales a las personas con enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA; por ejemplo, actualmente Argentina, Costa Rica, Cuba y Uruguay aseguran el acceso gratuito y universal a dichos fármacos a través de sus sistemas de salud públicos, y otros como Honduras y Panamá han conseguido reducciones sustanciales en los costos de los mismos (ONUSIDA/OMS, 2002).

2.3.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES EN MÉXICO

Como ya se ha expuesto, del mismo modo que en el resto del mundo, el SIDA se ha convertido en un padecimiento que ocupa uno de los primeros lugares entre las causas de muerte en México en la población adulta, y particularmente preocupante es el avance que ha tenido la epidemia entre la población femenina, así como la tendencia a la ruralización que el contagio tiene tanto por la diseminación desde las grandes ciudades hacia los lugares menos poblados, como por el retorno de los trabajadores emigrados infectados al campo; este hecho (el incremento de los casos en comunidades de menor población) muestra la vulnerabilidad de la sociedad en su conjunto ante la propagación de la epidemia, derribando el mito acerca de los lugares donde se daba (las grandes ciudades) y los sectores en los que se observaban conductas de riesgo durante los primeros años a partir de su aparición (VSV, trabajadoras sexuales, vendedores de sangre y los usuarios de drogas intravenosas).

De la misma manera que en el mundo, dentro de la población heterosexual, son las mujeres las que corren un riesgo mayor en nuestro país, en especial aquellas que se encuentran en edad reproductiva (sobre todo cuando se encuentran entre los 20 y los 34 años), entre otras razones porque aún cuando muchas de ellas son monógamas o sólo han tenido una pareja a lo

diferencia importante de este grupo con el de heterosexuales fue que entre los VHS estaba más presente la idea de protegerse de las ITSs (aunque no siempre consideraron al SIDA entre las mismas), que en el otro grupo de jóvenes.

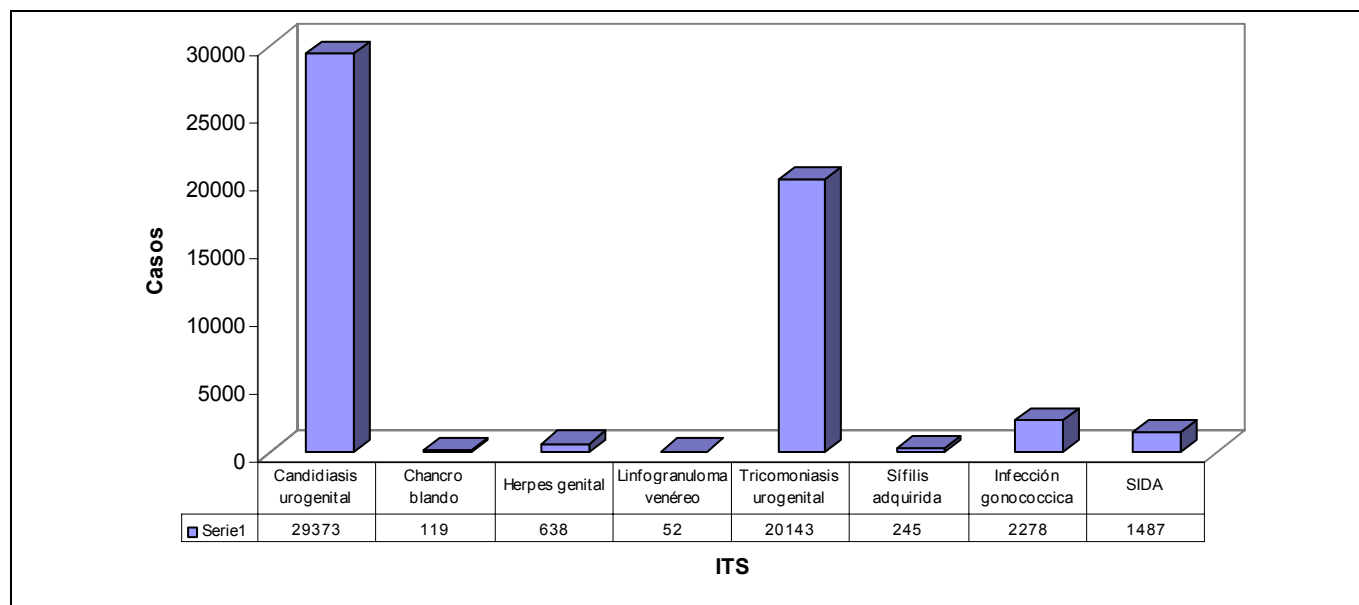
largo de toda su vida, existe la probabilidad de que sus compañeros sean portadores del virus por haberlo adquirido antes de relacionarse con ellas, o bien por tener parejas sexuales ocasionales con las que no utilizan preservativo. Así, no es de extrañar que el número de contagios esté aumentando entre las amas de casa, contra la disminución y/o estabilización de la cantidad de infectados registrados entre VSV y trabajadoras sexuales, quienes han adoptado ya prácticas de sexo seguro, disminuyendo en buena medida su riesgo y la incidencia en esos grupos.

Para abordar la problemática que acompaña a la aparición y la rápida diseminación del VIH y el posterior desarrollo del SIDA, es necesario explorar la situación que hoy en día guarda el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en su conjunto, por estar todas ellas, asociadas con el comportamiento sexual de las personas. De hecho, el SIDA es considerado la más peligrosa de las ITS.

En México como en muchos otros países, el registro de los casos por ITS tiene grandes dificultades, por tratarse de una cuestión vinculada con la vida privada y la sexualidad de las personas (y también por la gran cantidad de significados que se hallan asociados con prácticas inadecuadas que derivan en contagios), lo que dificulta o impide que las mujeres soliciten un condón o que se practiquen la autoexploración de los senos o un papanicolaou, lo que no solamente las pone en una situación riesgosa respecto del VIH/SIDA sino también las hace incapaces de detectar a tiempo posibles síntomas de padecimientos tales como el cáncer de mama, o las expone a virus como el del papiloma humano, que pueden desencadenar el desarrollo del cáncer cérvico uterino. En consecuencia, es prácticamente imposible saber cuántas personas adquieren una ITS y entre las estadísticas disponibles, se identifica sobre todo a los hombres que tienen sexo con otros hombres y a las mujeres que practican la prostitución (INEGI, 2003b). A pesar de esto, la incidencia de las antes llamadas enfermedades que se

transmiten por vía sexual (también denominadas infecciones de transmisión sexual), de acuerdo con el tipo de padecimiento en 1998, fue como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica 3
Incidencia de ITS por padecimiento, 1998



FUENTE: Secretaría de Salud. (1999). **Estadísticas** Inéditas. Documento interno. En: INEGI. (2003b).

Considerando que la información y el conocimiento sobre el tema no garantizan que las personas lleguen a adoptar medidas de protección eficaces²⁵, el SIDA se ha colocado, en los últimos años, en el lugar número siete entre las causas de muerte a nivel nacional, como ya se ha visto. Las estadísticas disponibles registran un número creciente de casos: 7 por cada 100 mil habitantes en la población en edad productiva en el año 2000, número que aumentó a 17 por cada 100 mil personas entre los 25 y los 44 años de edad en 2002 (Secretaría de Salud, 2002a y 2002b).

Así, en el año 2002 el número total personas infectadas de SIDA era de 68, 145 (Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA –CENSIDA–, 2002; INEGI, 2004). En lo que

²⁵ En el estudio de Villagrán Vázquez y cols. (2003) esto queda ampliamente demostrado, pues entre los VSV participantes (no olvidemos que este es uno de los grupos que se considera cuentan con la mayor información sobre el VIH/SIDA y su prevención) en el estudio había un conocimiento amplio sobre los riesgos, las distintas ITS, así como de los mecanismos para prevenirlas, en particular el uso del condón, a pesar de lo cual, no siempre los empleaban.

respecta a la relación de casos hombre-mujer, en 1983 se registraron 61 casos de varones por 1 de mujeres, en 1985 la distancia entre los grupos se redujo y había 12 hombres por cada mujer, a partir de 1987 sin embargo la razón de masculinidad era 6:1, y de 1996 a 2002 5:1 según datos del CENSIDA (2002; INEGI, 2004). Ahora bien, a pesar de que este dato muestra aún una afectación mayor en los hombres, es posible ver también que el número de mujeres ha aumentado considerablemente en la última década, aunque la proporción puede ser de 9 hombres por cada mujer cuando se considera únicamente al contagio por vía sexual (Magis-Rodríguez, Bravo-García y Rivera Reyes, 2000), y desde el año 2000, se estima que la proporción de mujeres con SIDA en México alcanza el 17% (CENSIDA, 2003; INEGI, 2004).

La principal forma de transmisión es la sexual (98.7% de los contagios en 1999, y 95.5% en el 2002 se daban por esa vía); a continuación, 20.2% por práctica homosexual, 55.1% por práctica heterosexual y 20.2% por práctica bisexual, siendo la población de hombres la más afectada (CENSIDA, 2003; INEGI, 2003a) aunque con un rápido aumento en las mujeres, entre quienes el grupo de edad más perjudicado es el de aquellas con 20 a 39 años (67.2% del total de casos en la población femenina en 2002) (CENSIDA, 2003; INEGI, 2004).

En lo que toca a las entidades federativas, el Distrito Federal registraba una de las tasas más altas de incidencia de casos acumulados en la población general entre 1983 y el año 2002, 151.8 casos por cada 100 000 habitantes, sólo superada por Baja California, con 212.2 casos por cada 100 000 habitantes. En la población femenina, sin embargo, el número de casos acumulados en el lapso referido con las tasas más altas de incidencia correspondieron a los estados de Baja California Sur (50.8), Baja California (45.6), Campeche (38.5), Jalisco (36.3), Puebla (34.1) y el Distrito Federal (30). En este último estado, la causa identificada en el 89.59% de las ocasiones fue la transmisión sexual (46.1% en VSV, 21.15% en bisexuales y 22.34% en heterosexuales); entre los grupos de edad, los más afectados se ubican entre los 15 y 44 años de edad —81.4%— (CENSIDA, 2003; INEGI, 2004).

De acuerdo con un reporte de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, el SIDA ocupó en el año 2002 la décimo tercera causa de muerte en la entidad con 549 defunciones, 6.2 por cada 100, 000 habitantes; asimismo, se da cuenta de las casi 23, 000 pruebas para detectar hechas por el Programa de VIH-SIDA de la Ciudad de México 2003, de las cuales 4.7% resultaron positivas. Destaca en el informe el objetivo del Programa para prevenir la transmisión materno-infantil, practicando la prueba a las mujeres embarazadas que reciben el servicio médico, y dando atención con medicamentos retrovirales a aquellas que resultan positivas, con lo que habían evitado el contagio a los bebés en 21 casos (Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, 2004).

Como se ve, la tendencia apunta hacia una cada vez mayor heterosexualización del contagio (Magis-Rodríguez y cols., 2002), lo que coloca a las mujeres en una situación de desventaja respecto de sus compañeros, tanto por sus condiciones sociales, particularmente las de género, como por sus características biológicas. Esta situación de desigualdad afecta al conjunto de las mujeres, pero sus efectos son más dramáticos en algunos sectores, como el de las amas de casa: en diciembre de 1998, el 65.4% (2, 986) del total de casos acumulados de mujeres a nivel nacional (5, 009), eran personas dedicadas al hogar, que realizaban trabajos domésticos o que efectuaban trabajos agropecuarios (CONASIDA, 1999).

Ahora bien, a lo largo de los 20 años que van desde los inicios de la década de los ochenta hasta el tiempo que ha transcurrido hasta ahora de la primera década del siglo XXI, la experiencia mundial ha demostrado que, como sucede con otros fenómenos que ponen en riesgo a las sociedades, las clases marginales son las que resienten en mayor medida el impacto de este tipo de fenómenos que afectan su salud, su economía, sus formas de convivencia y por supuesto su calidad de vida, y ante los cuales se encuentran desprotegidos o bien desprevenidos. En el caso del SIDA, si bien es un fenómeno que puede llegar a afectar a hombres y mujeres por igual, lo mismo que a niños y viejos, a ricos y pobres, y tanto a

homosexuales como a heterosexuales, son los grupos que cuentan con menos recursos quienes han mostrado un crecimiento gradual en el número de infectados por VIH, así como un incremento en la mortalidad por esa causa, lo que ha ubicado al SIDA como una de las primeras 10 causas de muerte en los grupos de edad que se encuentran entre los 25 y los 40 años de edad en nuestro país (ver CONAPO, 2000 y también INEGI, 2003a; INEGI, 2004).

Las manifestaciones mencionadas del fenómeno han surgido como consecuencia de la tendencia de diseminación del VIH de las grandes ciudades hacia las comunidades rurales, así como de la migración nacional e internacional, el SIDA actualmente causa muertes 'inexplicables' entre los hombres y las mujeres de poblaciones pequeñas, muchas de las cuales cuentan con este doble patrón: pobreza y migración. A esto habría que agregar la bisexualidad masculina, elemento cultural que, durante los últimos años ha contribuido también tanto al incremento de casos en la población femenina heterosexual, debido a las frecuentes prácticas homosexuales no reconocidas por hombres que tienen parejas femeninas pero que de manera clandestina se relacionan sexualmente con otros varones (Salgado de Snyder, 1998).

La información con que actualmente se cuenta para tratar de describir, y en algunos casos explicar y predecir las creencias, las actitudes y las conductas que presentan los individuos respecto de este fenómeno social, más allá de la cuestión de salud, es aún escasa. La posibilidad de contar con datos en ese sentido reviste una gran importancia para el desarrollo de propuestas de programas que apunten a la prevención que alcance a todas las poblaciones a todos los niveles.

En ese sentido es importante la intervención de todas las áreas del conocimiento científico, en este caso las de tipo social, para obtener información que permita una apreciación del problema que facilite la elaboración de estrategias surgidas de las diferentes disciplinas, que ayuden a contrarrestar una diseminación incontrolable. Por esta razón, la psicología social es una disciplina que puede hacer aportes valiosos para la prevención y control de la epidemia por

considerar la dimensión subjetiva de los fenómenos, pues entre más se estudia, se observa que las manifestaciones conductuales de las personas se encuentran asociadas a motivaciones internas múltiples, que a su vez se encuentran relacionadas con una variedad de situaciones sociales y culturales, que parecen definir el riesgo de las personas.

2.4 CONDICIONES DE GÉNERO ASOCIADAS CON EL CONTAGIO POR VIH/SIDA

La discusión acerca de las conductas concretas de las mujeres y sus parejas, tomando en cuenta que las normas sociales influyen de manera importante la propagación del VIH, tal como queda ampliamente demostrado en estudios que tocan las dinámicas de las relaciones entre las parejas heterosexuales en distintos países del mundo (Tang, Wong y Lee, 2001; ONUSIDA, 2000a). Esto abre otra posibilidad para identificar qué elementos influyen en la manera como aquéllas que tienen como actividad principal el trabajo en el hogar se protegen (o no) de un contagio, qué determina que pidan o no a la pareja que utilice un condón (o que lleguen siquiera a considerarlo), y que tengan o no prácticas que puedan ponerlas en riesgo, por mencionar algunos.

El sometimiento de las necesidades y deseos de mujeres y la valoración negativa de su sexualidad conducen a un amplio rango de manifestaciones, entre las que se encuentran las dificultades para “negociar” y poner sus propias condiciones en las relaciones sexuales que emprenden pues parece que, siendo realistas, el medio más eficaz con el que cuentan las mujeres mexicanas para procurarse protección (y para buena parte de ellas tal vez el único) “es su poder de convencimiento para lograr que sus parejas usen el condón” (Salgado de Snyder, 1998: 156-157), aunque esto las coloque en una situación de dependencia respecto de las parejas pues la prevención dependerá en ese caso de la voluntad y las acciones de otra persona. Recuérdese cómo una proporción pequeña pero importante de los varones que participaron en la encuesta sobre uso del condón realizada por la Secretaría de Salud (2004) mencionó que no usaba condón si no se lo exigían. Estas dificultades, con hondas raíces

ideológicas, morales y religiosas, son una realidad en la mayor parte del mundo, y se expresan en la limitada autonomía femenina para protegerse contra las infecciones de transmisión sexual, el SIDA y los embarazos no planeados, y en ocasiones tampoco deseados (Langer y Lozano, 1998; Vizconde Pantoja y Marván Garduño, 1999).

Así, en una cultura en la que las decisiones importantes son tomadas por los varones, las mujeres se perciben a sí mismas como incapaces para negociar sus necesidades, sus deseos y preferencias, por lo que la solicitud de utilización del condón en sus relaciones sexuales se convierte en una petición impensable, especialmente cuando la relación con la pareja ha durado varios años, y consideran que es una situación estable que será permanente. A este respecto, en la encuesta sobre uso del condón citada párrafos atrás (Secretaría de Salud, 2004), la situación en la que con mayor frecuencia tanto hombres como mujeres no usaban condón era “cuando estoy con mi pareja formal” (55% y 48% respectivamente).

A esto habría que agregar que la idea de la infidelidad de parte del compañero es un tema del que se prefiere no hablar, aunque se sospeche que existe, pues se pone en entredicho la confianza casi ciega que se supone debe sustentar una relación. Asimismo, en las culturas donde los preservativos se asocian con las relaciones sexuales ilícitas (con prostitutas o en una relación de infidelidad) y las ITS, las mujeres que intentan introducirlos en la relación con su pareja estable pueden encontrarse con que ésta cree que no le es fiel o la considera “demasiado preparada” (promiscua) (Hirsch, Higgins, Bentley y Nathanson, 2002; Tang y cols., 2001; Saldívar Garduño, 2000; ONUSIDA, 2000a; Roberts, 1999; Salgado de Snyder, 1998).

Es ampliamente conocido cómo en numerosas culturas y sociedades -la nuestra incluida- las normas que rigen la masculinidad desalientan el uso del condón y fomentan la conducta sexual arriesgada de los hombres, la cual incluye las visitas a trabajadoras sexuales y las relaciones sexuales con numerosas compañeras; por supuesto, se espera que estén bien informados acerca de las cuestiones relacionadas con el sexo (aunque en la realidad, muchos de

ellos no lo están) y que logren múltiples conquistas sexuales. De manera complementaria, no se considera correcto que las mujeres tengan o se interesen por tener amplios conocimientos sobre sexualidad o salud reproductiva e incluso, si se concede un gran valor a la virginidad de las jóvenes, éstas se inhiben de solicitar información y servicios sobre salud sexual y reproductiva pues, en caso de hacerlo, pueden ser consideradas como sexualmente activas, lo que les acarrearía el desprestigio social y el rechazo familiar (ONUSIDA, 2000a; Gardner, Blackburn y Upadhyay, 1999).

Tampoco deben dejarse de lado las evidencias encontradas en variadas culturas, que muestran cómo las personas en general, y los varones de manera particular, tienden a emplear condones en sus relaciones sexuales con parejas casuales, mas no con sus compañeras regulares (Roberts, 1999; Secretaría de Salud, 2004), lo que ha dado lugar a un aumento desmedido en el número de casos en mujeres, monogámicas en su mayoría. A eso habría que agregar que el significado que tiene para unas y otros la relación de pareja es un factor que cada vez cobra una mayor importancia en los estudios sobre los problemas de salud, como en este caso el contagio por VIH/SIDA pues éstos parecen coincidir en que para los hombres el compromiso, aún siendo relativamente fuerte con una mujer, no necesariamente está asociado con la fidelidad, como sí sucede en el caso de las mujeres (Castañeda, 2000). Entre estas personas, con seguridad se encuentra un número importante que pueden pensar, equivocadamente, que corren poco o ningún riesgo. Un reporte del Programa de Información sobre Población de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins (Gardner y cols., 1999) menciona que las normas sociales y culturales, y especialmente las normas relativas al género, suelen hacer desistir a las personas de usar condones, incluso cuando están en peligro de contraer ITS.

En este contexto, el consumo de alcohol y drogas, aumenta la vulnerabilidad de los hombres y las mujeres ante el VIH porque los niveles excesivos en el mismo contribuyen o

facilitan en muchas ocasiones la ejecución de comportamientos sexuales arriesgados y/o violentos. Desafortunadamente, cada vez más estudios muestran que el binomio alcohol-sexo no protegido es una situación frecuente y para las mujeres, el hecho de tener relaciones sexuales las coloca en una condición de extrema vulnerabilidad, que las puede convertir en víctimas de abuso sexual, físico y psicológico (Saltijeral y Ramos, 1996 citadas en Salgado de Snyder, 1998). Junto con esto, la utilización de drogas intravenosas, práctica aún predominantemente masculina, aumenta su propio riesgo de contraer el VIH y contribuyen al de sus parejas sexuales femeninas. La ingestión de alcohol o drogas se relaciona asimismo con frecuencia con la búsqueda de relaciones sexuales ocasionales con personas desconocidas, así como con el intercambio de relaciones sexuales por drogas o dinero, hecho que incrementa su riesgo de contraer el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2000a; Villagrán-Vázquez, Saldívar-Garduño y Contreras-Ibáñez, 2003), y obviamente de transmitirlo a otras personas.

En consecuencia, muchas mujeres de todo el mundo se consideran a sí mismas incapaces de ejercer un control de la situación en las relaciones sexuales pues, dependiendo de las circunstancias, éstas se ven expuestas a la violencia o a la amenaza de violencia de parte de sus compañeros, por lo que su capacidad de adoptar medidas para protegerse contra la infección o de insistir para que sus parejas masculinas tomen precauciones se ve gravemente limitada (ONUSIDA, 2000a; Saldívar-Garduño, 2000; Salgado de Snyder y cols., 2000). A esto hay que agregar el desprestigio social que trae consigo la percepción de que una mujer que carga condones en su bolsa de mano es casi con seguridad, una persona promiscua, y tal vez por eso muchas aún no dejan de sentirse avergonzadas ante la sola idea de comprarlos en una farmacia²⁶, donde tendrían que encarar a el o la dependiente; en consecuencia, las mujeres no llevan condones en su bolsa de mano como muestran varios estudios mencionados por Roberts (1999). Es así que la desigualdad entre los géneros reduce considerablemente la probabilidad de

²⁶ A este respecto, 23% de las mujeres que participaron en la encuesta sobre uso del condón de la Secretaría de Salud (2004) aceptaron que les daba pena comprar condones; entre los varones, esta proporción fue del 13%.

que las mujeres soliciten protección a sus compañeros sexuales, por lo que, en el caso de aquellas que están unidas, para pedirle al marido que use condones se necesita que la esposa sea más decidida que lo establecido por las normas en la mayoría de las culturas (Gardner y cols., 1999).

Todos estos elementos hacen que el trabajo dirigido a incrementar las habilidades de las personas, en particular de las mujeres, para prevenir el contagio por VIH/SIDA en lo sucesivo deba tomar en cuenta las posiciones distintas de hombres y mujeres en las sociedades pues, de acuerdo con lo que autores como Connell (1987 citado en Tang y cols., 2001) exponen en la teoría del género y el poder, la no utilización del condón es una conducta influida por factores socioeconómicos, falta de balance en el uso del poder en las relaciones, y normas culturales específicas. Así, la falta de equidad entre los géneros masculino y femenino en cuestiones como el control, la autoridad, y la coerción en las relaciones heterosexuales a menudo resultan en un mayor control (cuando no total) por parte de los hombres sobre cuándo y cómo las mujeres han de tener relaciones sexuales, y cuándo y cuántos hijos e hijas se han de tener (toma de decisiones en relación con la sexualidad y la reproducción). Esta utilización desigual del poder refuerza la dependencia económica y social de las mujeres hacia sus compañeros, y las fuerza a tolerar comportamientos sexuales riesgosos impuestos por éstos.

El poder, junto con otras variables de carácter individual, social y cultural, juega un papel central en una cuestión que se ha revelado como básica para entender el comportamiento de las personas en diversos contextos. Es por ello que el estudio de constructos como las creencias, las normas y las intenciones en relación con una conducta determinada, junto con la percepción de control para la realización de un comportamiento adquieren una importancia innegable al investigar las conductas de riesgo o bien preventivas frente a la epidemia del VIH/SIDA. Esto es particularmente significativo en el caso de las mujeres, población para la que las nociones de *percepción de riesgo* y *control* adquieren una gran relevancia, como se verá posteriormente.

Ahora bien, además de no perder de vista la manera como se juega el poder en las relaciones de pareja, es también interesante apreciar la evolución conceptual que se ha venido dando en relación con la epidemia del VIH/SIDA en la búsqueda de una mayor precisión para la caracterización de los grupos afectados. Así, de la concepción inicial de la existencia de “grupos de riesgo” que se centraban en conjuntos identificados de personas como homosexuales y prostitutas, se pasó a la de “prácticas de riesgo” entre las que se destacaba la utilización de jeringas contaminadas o el sexo anal sin protección; luego a la de “situaciones y contextos de riesgo” que delineaban situaciones particulares que favorecían el contagio, y finalmente a la de “condiciones sociales de riesgo” en una concepción más amplia que deriva en la inclusión de la noción de vulnerabilidad como un indicador de desigualdad social que involucra ámbitos más amplios como el de la estructura social y la política (Herrera y Campero, 2002).

Desde esta óptica, al abrir la noción de riesgo para incorporar la idea de la vulnerabilidad, es posible determinar los riesgos diferenciales para sectores específicos de una población. De este modo, si se concibe a la desigualdad como un concepto central es posible entender que la vulnerabilidad de las mujeres y los varones es distinta como consecuencia del proceso por el que la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros (Herrera y Campero, 2002; Tang y cols., 2001). Por tal motivo, se considera que son precisamente las condiciones estructurales de desigualdad social en las que viven las mujeres el principal factor de su vulnerabilidad, la cual tiene múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social y cultural.

En el aspecto epidemiológico, los patrones de formación de pareja vigentes en la mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y se establezcan con hombres de mayor edad, lo que hace que estén en un mayor riesgo de infectarse por el VIH y demás ITS, ya que practican sexo desprotegido con hombres de un grupo de edad en el que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH y las ITS. Además de esto, las transfusiones sanguíneas suelen ser requeridas con mayor frecuencia por las mujeres

que por los hombres (Herrera y Campero, 2002: 556). De acuerdo con un estudio de Quilodrán Salgado y Sosa Márquez (2000), datos de 1990 mostraban que las mujeres se casaban en promedio a los 23.1 años y los hombres a los 25.9, aunque el 50% de ellas estaban unidas en matrimonio ya a los 20.4 y ellos a los 22.9. En el 70.3% de los casos, las mujeres tenían menor edad que los varones, siendo la diferencia de edad entre 0 y 3 años en el 44.4% de los matrimonios. Además, en 27.4% de estas uniones las mujeres tenían menor nivel escolar que sus compañeros, dato que resulta importante si se consideran los resultados de investigaciones que muestran que este factor tiene un peso importante en la forma como éstas negocian sus necesidades con las parejas.

La vulnerabilidad social, que es el punto donde convergen todas estas condiciones, incluye el hecho de que las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo remunerado²⁷, lo que las vuelve más dependiente de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y servicios de salud adecuados. Las autoras hacen hincapié en que lo central aquí es que mujeres y varones son tratados desigualmente en términos políticos, culturales y socioeconómicos, lo que puede verse tanto en lo que respecta a las parejas y familias, como de la sociedad o de las culturas nacionales o supranacionales (Bastos y Landman, 2000 citados en Herrera y Campero, 2002).

De acuerdo con esta perspectiva, no es difícil llegar a la conclusión de que si bien mujeres y hombres han sido afectados de manera importante por el VIH/SIDA en todos los estratos alrededor del mundo, las condiciones en las que viven y se desarrollan aquéllas que tienen como actividad principal el trabajo en el hogar las coloca en una posición de desventaja por no contar con un ingreso económico propio lo que, como ha sido ampliamente demostrado, dificulta la

²⁷ En México, en el año 2000 la proporción de mujeres analfabetas era aún mayor a la de los hombres (11.6% y 8.7% respectivamente), y la matrícula de mujeres que acceden a la educación universitaria y tecnológica en 2002 todavía no igualaban a los varones, al constituir el 48.5% del total a nivel nacional. En lo que toca al trabajo extradoméstico, actualmente el 35% de las mujeres de 12 años y más están insertas en el mercado laboral ganando, en promedio, 14.2% menos que los varones en los mismos puestos de trabajo (INEGI, 2004).

exigencia del respeto a sus deseos y necesidades²⁸ y más bien propicia que realicen actividades que pueden poner en riesgo su salud y su vida. Sin embargo, es indudable que es precisamente la sexualidad el espacio donde se construyen tanto el riesgo como las estrategias de prevención (Herrera y Campero, 2002) ante un padecimiento en el que confluyen las decisiones y acciones personales, y los factores sociales.

²⁸ Un estudio sobre maternidad realizado en la ciudad de México (Sánchez Bringas, 2003) muestra cómo las mujeres perciben con claridad que la educación y el trabajo remunerado les da mejores elementos para negociar con la pareja, por experiencia propia, pues de acuerdo con la autora, "...antes de que Claudia trabajara, sufría por momentos la actitud despótica de su marido." (pág. 138), y según uno de los testimonios de las entrevistadas: "A veces pienso que si uno no trabaja también el marido puede disponer de uno... Porque dé él el dinero, ya con eso tenemos que hacer todo lo que ellos digan. En cambio trabajando uno, pues el marido no tiene porqué mandarnos..." (p. 138). Asimismo, varias de estas mujeres expresaron su preocupación por impulsar la educación de las hijas pues consideraban que "con estudios y un 'buen' empleo..." la situación de sus hijas con sus parejas sería mejor que la de ellas con sus maridos (p. 137), imaginando una situación en la que éstas tuvieran un lugar distinto como madres y esposas "por los estudios, el trabajo y el control reproductivo" (p. 138).

3. MARCO TEÓRICO

Es interesante cómo, a pesar de las políticas de salud y las acciones específicas que se han emprendido a lo largo y ancho del mundo para controlar la diseminación del VIH y la cada vez más frecuente muerte por SIDA, las conductas de las personas a menudo no responden a los objetivos y expectativas de las mismas. Esto se debe, en parte, a que las investigaciones y las intervenciones en este ámbito han estado regidas, durante las dos últimas décadas, por el principio de que las conductas de las personas en general son modificables, aplicando los modelos y teorías disponibles para el cambio de actitudes y comportamientos, mismos que han probado su relativa efectividad, aunque hasta la fecha en muchos de los casos no ha sido posible corregir sus limitaciones.

Así, partiendo de la premisa de que al modificar las actitudes de las personas en la dirección deseada (en este caso en un sentido positivo respecto de ejecutar comportamientos preventivos para evitar el contagio del VIH/SIDA), el efecto de las mismas en la conducta de los individuos sería indudable y, considerando que la manera más sencilla de hacer llegar los mensajes que deberían provocar ese cambio es a través de la utilización de los medios masivos de información dado el alcance que estos tienen, éstos han sido la vía privilegiada para transmitir las recomendaciones necesarias para prevenir la diseminación del virus. Esta ha sido una estrategia ampliamente empleada en México y en muchos otros países del mundo, pero los resultados muestran que, a pesar de que dichos mensajes llegan sin mayores problemas a las poblaciones destinatarias, las personas no necesariamente modifican sus actitudes y menos aún sus conductas, o lo hacen sólo en forma limitada (Uribe Zúñiga, 2000).

Esto ha dado como resultado que, aún cuando muchas mujeres y hombres tienen conocimientos correctos sobre la utilidad del empleo de condones para evitar el contagio del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, así como acerca de la manera adecuada de

emplearlos, o sobre las diferentes vías de transmisión de los virus²⁹, esto no necesariamente se ha reflejado en un mayor uso de preservativos en las relaciones sexuales con el fin de disminuir el riesgo de un contagio (Díaz-Loving, 2001), especialmente con la pareja regular³⁰. Otra de las posibles razones del escaso éxito de las acciones en torno a esta cuestión es que, detrás de la mayoría de los programas implementados tanto por los gobiernos federal y estatales como desde las organizaciones independientes, persiste la idea de que las necesidades de todos los grupos que conforman la población mexicana son similares, por lo que no se toma en cuenta la diversidad sexual, étnica, social, así como los recursos disponibles en el lugar de residencia de las personas, el capital cultural requerido para la comprensión de los mensajes, pero sobre todo, las diferentes concepciones en relación con la sexualidad que existen en las distintas agrupaciones sociales, y los significados que en esos contextos se da a lo masculino y a lo femenino.

Ahora bien, es innegable que la investigación social y en particular la psicosocial ha mostrado que los factores que median los comportamientos que llevan a las personas a tener contacto con el virus son efectivamente modificables (al menos teóricamente) aunque todavía, en la opinión de las y los estudiosos del tema, “la posibilidad de cambiar las conductas de riesgo y aumentar las conductas protectoras es uno de los grandes desafíos para la salud pública, la psicología y las ciencias sociales” (Salgado de Snyder, 1998:158) en general. Por tal motivo, y asumiendo que el reto es grande, abordar el estudio de la percepción de riesgo, las creencias, actitudes y conductas de las mujeres que dedican la mayor parte de su tiempo a desempeñarse como amas de casa, en relación con el VIH/SIDA requiere emplear un enfoque que contemple no

²⁹ Díaz-Loving (2001) hace referencia a estudios en los que se muestra que el nivel de conocimientos sobre la etiología y la epidemiología del SIDA en algunos grupos es de entre el 80 y 90%, pero también se hace referencia al escaso uso del condón o a su utilización incorrecta en una proporción importante de los casos.

³⁰ La información disponible en relación con el uso de anticonceptivos es contundente: la mayor parte de las personas que usa condones en sus relaciones sexuales tiene como objetivo principal evitar los embarazos no planeados, y en segundo lugar o posteriores, la protección ante las ITSs, cuestión que cobra importancia en las relaciones sexuales con parejas ocasionales, pero no con la regular (Secretaría de Salud, 2004).

solamente los aspectos individuales, sino también un conjunto de consideraciones sociales, particularmente las relativas a su condición de género, que rodean tales conductas.

Junto con esto, la relación que establecen las mujeres con sus compañeros sexuales ha llevado a apreciar que, aún cuando en las investigaciones sobre el tema los aspectos afectivos han resultado ser factores relevantes, muchas campañas de prevención no han tomado en cuenta cuestiones tales como la dinámica de comunicación de las parejas, especialmente en lo que se refiere a la sexualidad y la reproducción, el grado de compromiso e intimidad que declaran tener las mujeres en la relación y el que perciben de parte de sus compañeros, además de la valoración que se hace de estos elementos del vínculo, que hacen que éstas se sientan más o menos satisfechas con dicha relación, además del poder con que perciben cuentan para negociar con ellos el uso del condón, elementos todos que probablemente estén afectando sus comportamientos.

Desde luego, es muy difícil integrar la totalidad de elementos que se ven involucrados en problemas como el que aquí se plantea, sin embargo, la identificación de los distintos niveles implicados en el mismo nos obliga a no perder de vista su complejidad, y a tener presente que no hay una manera única de estudiarlo. Es así que desde vertientes específicas de las ciencias del comportamiento, como es el caso de la psicología social de la salud, se han desarrollado modelos para el estudio de las conductas relacionadas con el bienestar de los seres humanos, tanto en el ámbito físico, como el emocional y el intelectual. A continuación se describen de manera breve dos de las perspectivas más empleadas para estudiar los problemas de la enfermedad y la salud, la psicología social de la salud y los modelos de creencias en salud, mismos que permiten enmarcar en el contexto disciplinario y comprensivo la cuestión que aquí se discute, por ser la primera, la rama particular de la psicología social que se ocupa del estudio y la intervención en relación con esta problemática, y por considerar que las creencias son factores que influyen en distintos niveles, el comportamiento individual y social que deriva en

salud o ausencia de la misma. Posteriormente se centrará la atención en dos modelos psicosociales para el cambio de actitudes: la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) y la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991; Ajzen, 2002a), por ser ésta última la elegida para el análisis de datos en esta investigación.

3.1. PERSPECTIVAS PARA EL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN CON LA SALUD

Como ya se ha adelantado, las diversas disciplinas, tanto en el área de las ciencias biológicas y de la salud, como en las sociales, y en particular las que se ocupan del estudio del comportamiento humano han tratado de explicar, desde múltiples puntos de vista, la conducta de las personas en relación con el cuidado de su salud. La epidemiología por ejemplo, al registrar las tendencias de los padecimientos no sólo proporcionan información sobre la evolución de determinadas afecciones, sino que, de manera indirecta también nos acerca a los estilos de vida de las personas en distintos contextos históricos y sociales, así como de la cultura en la que se suceden los eventos relacionados con la salud y la enfermedad. Hoy en día, padecimientos como la obesidad, la diabetes o los denominados trastornos alimenticios están llamando la atención de los científicos, en la búsqueda por frenar el incremento desmedido en el número de casos, pues la lección aprendida con el VIH/SIDA, implica que no deberemos esperar a que estas cuestiones se conviertan en problemas de proporciones incontrolables.

En ambos casos, los comportamientos individuales y colectivos fueron puestos al descubierto, haciendo cada vez más indispensable el empleo de un enfoque multidisciplinario para su estudio y la intervención para la prevención y el control de las enfermedades. El VIH/SIDA hizo que las mujeres y los hombres a lo largo y ancho del mundo tomáramos conciencia de nuestra vulnerabilidad, y de las enormes deficiencias que tenemos en lo que se refiere a la educación para la salud, concepto que sólo hasta los últimos años ha sido incorporado en el lenguaje de las disciplinas, por ejemplo de la psicología social.

3.1.1. PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

En una era en que es irrefrenable la tendencia a la especialización en las distintas áreas del conocimiento para el estudio de las variadas manifestaciones del comportamiento humano, resulta importante detenerse brevemente en la psicología social de la salud, la rama del saber psicosocial que examina de manera particular cómo se manifiestan los procesos de salud y enfermedad en los grupos sociales. Así, por ejemplo el vínculo existente entre las creencias y las actitudes de las personas con aspectos diversos de la salud, se ve fuertemente influido por elementos externos, propios del contexto social en el que éstas se manifiestan. Por ejemplo, uno de los factores importantes a considerar es la pobreza, en la que se configuran situaciones tales como cuadros severos de desnutrición, el resurgimiento de epidemias de enfermedades que se creían erradicadas como el sarampión o la tuberculosis, o bien escenarios que colocan a las personas en una mayor vulnerabilidad ante cuestiones como la violencia, o el contagio por enfermedades de reciente aparición como el VIH/SIDA. No es exagerado decir, entonces, que la pobreza es el mayor riesgo para la salud de las personas, ya que un nivel de ingresos medio o alto evidentemente les da un acceso superior a servicios de salud de mayor calidad que aquellos que reciben las clases menos favorecidas, cuando cuentan con ese servicio. Del mismo modo, el nivel educativo³¹ también ha mostrado tener una relación inversa con los comportamientos poco saludables (Brannon y Feist, 2001), como puede ser el consumo de tabaco y el mantenimiento de un estilo de vida sedentario, entre otros.

Dada la complejidad de los problemas, en los últimos años en la investigación relativa a la salud y la enfermedad los modelos biomédicos han sido reemplazados por otros de tipo biopsicosocial que contemplan además los estados emocionales y las representaciones cognitivas de esos estados. Es por esto que cada vez más disciplinas como la psicología, la sociología, la antropología y la psicología social se han visto involucradas en el análisis de los

³¹ En estos mismos estudios, los componentes étnico y de clase social han resultado ser también elementos que tienen un efecto importante en la salud de las personas.

fenómenos de la salud, tanto en lo que toca a la prevención como al tratamiento de los problemas.

De este modo, cuando se enmarca al contagio por VIH/SIDA en el contexto del análisis del proceso salud-enfermedad, independientemente del grupo poblacional que se elija estudiar, una referencia obligada es la psicología social de la salud, ya que es innegable que la conducta relacionada con la salud³² y la enfermedad debe analizarse en el marco de las relaciones sociales que conducen a los individuos a esos estados pues, de acuerdo con Rodríguez y García (1996: 352) "...la circunstancia socio-cultural determina, entre otras muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo en relación con la salud y la enfermedad, puesto que da contenido a los propios conceptos de salud y enfermedad".

Esta área del conocimiento psicosocial puede proveer de un marco comprensivo de los diversos factores que inciden en los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, además de incluir a las relaciones interpersonales en las que se gestan estas dimensiones de la experiencia vital, así como a la influencia de los grupos y la cultura, como en el caso que aquí nos ocupa. Así, los modelos biopsicosociales se han erigido como alternativas de apoyo y colaboración para los modelos médicos o específicamente epidemiológicos. Las aportaciones de las disciplinas sociales a la comprensión de los fenómenos relacionados con la salud han permitido su estudio desde perspectivas que contemplan a los seres humanos como entidades integrales, donde los aspectos físicos tienen una gran relevancia, pero también los derivados de la interacción con otros individuos. Otra ganancia de esta integración de perspectivas ha sido que, gracias a las intervenciones en las áreas psicológica y otras de carácter más social, ha sido la disminución de los costos derivados de la atención médica directa, sobre todo cuando las estrategias de prevención y mantenimiento de la salud han sido exitosas.

³² Los autores nos recuerdan que el concepto de salud vigente fue acuñado en 1948 durante el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que ésta se define como "el estado de absoluto

Por ejemplo, en algunos países africanos, ciertos programas para evitar el contagio por VIH/SIDA han tenido un gran impacto por razones tales como la intervención en múltiples niveles y atacando necesidades específicas, que abarca espacios y acciones como mensajes persuasivos transmitidos por radio y televisión, introducción de temas del cuidado de la salud y la prevención del VIH/SIDA en los planes de estudio en todos los niveles escolares, atención focalizada en las instituciones que proporcionan atención a la salud, hasta otras como la distribución de preservativos en sitios diversos (en algún estudio, los autores mencionan que los condones eran regalados a las personas cuando compraban el periódico, a los jóvenes cuando compraban golosinas o cigarrillos en las tiendas, etc.).

Este es un ejemplo de cómo en los últimos años, la línea de trabajo en esta área está sobre todo dirigida a la prevención de las enfermedades, e incluso se considera que ésta es la mejor manera de curarlas (Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum, 2002). Tal supuesto da por hecho que las ciencias del comportamiento, y en particular la psicología constituyen herramientas valiosas para la modificación de las conductas y los estilos de vida que dificultan el mantenimiento de una existencia saludable.

3.1.2. EL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

Este modelo, desarrollado en la década de los cincuenta en el siglo pasado por Becker y Rosenstock (1984 citados en Brannon y Feist, 2001) sugiere que las creencias contribuyen en forma significativa al comportamiento de búsqueda de la salud, tomando como base dos factores, la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir tales amenazas (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003). Desde esta perspectiva, las cuatro creencias o percepciones que deben combinarse para predecir comportamientos relacionados con la salud son las siguientes:

bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad" (Rodríguez y García, 1996), mismo que se acerca de manera importante a otros conceptos psicosociales como la calidad de vida, entre otros.

1. percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o a la incapacidad,
2. percepción del nivel de gravedad de la enfermedad o la incapacidad,
3. los beneficios percibidos de los comportamientos promotores de la salud, y
4. las barreras percibidas para realizar los comportamientos promotores de la salud.

El objetivo de este modelo es tratar de explicar por qué las personas actúan de cierta manera respecto a la salud y la enfermedad, y su aplicación provee herramientas para entender cómo la percepción de la vulnerabilidad ante la misma, de las consecuencias, de los beneficios y de las barreras y los costos, juega un papel fundamental en el comportamiento preventivo en salud (Becker, 1974; Kirtch, 1983 citados en Carpio-Cedraro, Bracho de Carpio y Zavala, 1992).

Ahora bien, si se asume que este modelo está fincado, sobre todo, en apreciaciones individuales en relación con la enfermedad, autores como Bowes (1997) consideran que, además de la percepción de amenaza de la enfermedad, se deben tomar en cuenta algunas variables demográficas como la edad, el género y la raza, y otras de tipo socio-psicológico como factores de cambio hacia comportamientos saludables. De este modo, en el repertorio de estrategias de intervención para modificar tales percepciones se contemplan las siguientes:

- Campañas masivas de prevención.
- Consejos de otras personas.
- Artículos en prensa y revistas.
- Nota recordatoria del médico o dentista.
- Enfermedad de un familiar o amigo.
- Reconocer beneficios de acciones de prevención.
- Reconocer barreras hacia acciones de prevención.
- Recomendar acciones de salud preventivas.
- Percepciones individuales que modifican factores de acción.

En lo que respecta al VIH/SIDA, algunos autores (Carpio-Cedraro y cols., 1992) han reportado que la aplicación del modelo efectivamente produce cambios en el conocimiento, las actitudes, las creencias y los comportamientos de las personas. En el caso de grupos de la población mexicana con los que se trabajó hace una década, resultaba de gran ayuda involucrar

en el proceso eventos de importancia para los sujetos, tales como cuestiones de vivienda, trabajo, servicios sociales, etc., que evitaron que se perdiera el interés en continuar con la intervención, como hubiera sucedido si sólo se hablara de SIDA. Esto significa que una acción de este tipo debe ser adaptable a la necesidad de los participantes, estimular y promover la autoconfianza y generar un aumento de conocimiento acerca del VIH/SIDA, de manera que afecte positivamente el sistema de valores y creencias de los participantes y mejore el cumplimiento de las medidas preventivas.

Evidentemente, existen otras alternativas además del modelo de creencias en salud para abordar el problema, como por ejemplo el *modelo psicológico de la salud biológica* propuesto por Ribes (1982, citado en Rodríguez Campuzano, Moreno Rodríguez, Robles Montijo y DíazGonzalez y Anaya, 2001), por mencionar sólo uno, el cual concibe a la salud como un proceso y también como la resultante del mismo. Las categorías de este modelo se centran, sobre todo, en la conducta individual, dándole así relevancia a la dimensión psicológica de la salud, por sobre la biológica y la social, por considerar que el comportamiento de las personas es precisamente el eje que vincula a los factores de tipo biológico y los de tipo social que conducen a la salud o a la enfermedad.

Esto permitiría, según Rodríguez Campuzano y cols. (2001; ver también Piña López, 2004), comprender por qué se presentan las conductas de riesgo y, en el caso de que ya se haya adquirido la enfermedad, en este caso el VIH/SIDA, proporcionaría pautas para una intervención eficaz para mejorar el estado de salud y las condiciones de vida en general de las personas afectadas. Este modelo considera algunos factores contextuales importantes, como la historia interactiva de las personas, sus competencias funcionales para interactuar en una situación determinada, y la modulación de los estados biológicos a partir de las contingencias que presenta cada situación. Es así que, de acuerdo con este planteamiento, se podría entender y

explicar porqué las personas a pesar de contar con información objetiva, o incluso tener actitudes positivas en relación con la prevención, siguen practicando conductas de riesgo, en vez de otras preventivas (Piña López, 2004).

Estos modelos y muchos otros que han sido desarrollados para entender el complejo proceso salud-enfermedad, permiten tener una variedad diversa de enfoques para ese fenómeno humano en el que los factores personales, sociales, culturales, históricos, económicos, religiosos, jurídicos, éticos, etcétera, se conjugan y derivan en una situación de alta vulnerabilidad para las personas ante fenómenos de dimensiones extraordinarias como la diseminación del VIH/SIDA. Los resultados de las investigaciones han dado lugar a la elaboración de esquemas integradores que facilitan la tarea de exploración y desarrollo de nuevos conocimientos en el seno de las ciencias sociales y del comportamiento.

3.2. FACTORES QUE FACILITAN LA SOLICITUD Y USO DEL CONDÓN CON LA PAREJA REGULAR

Entre los elementos a considerar en este estudio destacan de manera importante los de tipo psicosocial, entre los que evidentemente se cuenta a las actitudes, las creencias y la percepción de riesgo –la propia y la de la pareja- de adquirir VIH/SIDA, pero también otros de naturaleza subjetiva y emocional cuya repercusión no puede obviarse, como pueden ser el grado de intimidad y la cercanía que existe entre las parejas, el grado de confianza en la otra persona, la comunicación sobre temas relacionados con su salud sexual y reproductiva, las estrategias utilizadas para negociar el uso del condón, en quién se deposita la responsabilidad de la protección, entre otras. Por la experiencia de la investigación realizada en los últimos años en el campo, los primeros factores mencionados tienen una mayor facilidad en su identificación, evaluación y tratamiento, no así los segundos que, a pesar de tal dificultad para su manejo, no pueden dejar de ser incluidos en un estudio sobre mujeres, sobre todo si se piensa en la utilidad que representaría para la psicología social el poder identificar las variables psicológicas que

rodean su actividad sexual (junto con los sociales y culturales), y que pueden ser aprovechados para promover conductas seguras (ver Ramírez Sánchez, 2002; Toledo Benítez, 2003; Monroy Juárez, en proceso).

Es importante señalar que, si se toman en cuenta los significados asociados con el uso del preservativo en contextos donde la confianza y la intimidad tienen un gran peso, no sorprende la baja frecuencia de su utilización en las relaciones sexuales, aún en sociedades consideradas como más liberales que las latinoamericanas, como la australiana, donde muchas mujeres siguen solicitando a sus compañeros que empleen un condón sobre todo -o incluso sólo- para evitar embarazos no planeados, y no como parte de una estrategia para protegerse del VIH/SIDA u otras ITSs (Durex, 2001; Secretaría de Salud, 2004). La razón detrás de estas conductas es que la sugerencia de su introducción en las relaciones sexuales cotidianas puede ser vista como un signo de falta de confianza en sus parejas (Roberts, 1999; también se recomienda Salgado de Snyder, 1998). Además de lo anterior, en diversos textos se llama la atención sobre el hecho real de que a muchas mujeres les disgusta el condón, por considerar que es difícil de colocar, porque interrumpe la experiencia sexual, porque destruye la espontaneidad, y porque interfiere con la sensación, entre otras razones.

En un estudio cualitativo sobre las actitudes de ocho mujeres entre 18 y 31 años de edad hacia el uso del condón en Australia, Roberts (1999) encontró que éstas tenían una mezcla de actitudes, en las que se involucraban aspectos positivos y negativos; por ejemplo, el considerar que su uso le resta espontaneidad a la relación sexual, que interrumpe la relación, o la preocupación de que fuera a deslizarse o a salirse del pene de su compañero; por el otro lado, un aspecto positivo era que el condón evitaba que tuvieran contacto con las secreciones del varón. Es interesante también la importancia que daban a las actitudes y opiniones de sus parejas, lo cual se vio reflejado en sus propias actitudes, ya que varias dijeron que no podían evitar tener la sensación de que un preservativo es una “barrera”, aunque alguna de ellas

mencionó que a su novio le gustaba utilizar condón porque, al disminuir las sensaciones, podían prolongar el placer.

La mayoría de las participantes en este estudio empleaban el condón al inicio de sus relaciones con una nueva pareja, y sólo durante el tiempo en el que consideraban que habían logrado establecer la confianza con la misma. Una vez logrado esto, no se preocupaban por el SIDA y no empleaban condones en sus relaciones sexuales porque estaban convencidas de estar en una relación monógama y confiaban en la fidelidad³³, en los valores y el compromiso de sus compañeros; así, al sentir que sus parejas estaban comprometidas con ellas, no se percibían a sí mismas en riesgo de adquirir VIH/SIDA. En lo que respecta a la negociación del uso del preservativo con sus compañeros, la mayoría de las participantes dijo no tener problemas al respecto y sentirse capaces de solicitarlo, y sólo dos de las de mayor edad (entre 25 y 31 años) declararon sentir temor de ahuyentar a los hombres al exigirles su utilización.

Asimismo, Roberts (1999) sugiere que podría aprovecharse el hecho de que existe una aceptación importante entre las mujeres del condón masculino como un método anticonceptivo para promover su uso con las parejas regulares, y que éstas sean educadas para comprar preservativos en los supermercados si se avergüenzan de adquirirlos en farmacias, así como animarlas a portarlos en su bolsa de mano. Finalmente, propone que se fomente sobre todo en las más jóvenes, por ser las que mostraron las actitudes más positivas y las que declararon tener más facilidad para negociar, para que utilicen condones en todas sus relaciones sexuales, por considerar que es más difícil modificar las actitudes y las conductas en las de mayor edad.

³³ De acuerdo con los datos publicados en la Encuesta Durex del año 2001, el promedio de parejas sexuales en ese país eran 11 personas, con lo que Australia se colocó en el tercer lugar, sólo detrás de los Estados Unidos y Francia; por otro lado, el condón ocupó el segundo sitio entre los principales métodos anticonceptivos utilizados (el primero era la píldora), y sólo el 55% de las personas dijeron estar preocupadas por el VIH/SIDA (México se colocó dos lugares después de este país), siendo la principal medida preventiva empleada para evitarlo el mantenerse fiel a una pareja.

Ya en 1998 Salgado de Snyder reporta una investigación que indagaba las actitudes, conocimientos y prácticas sexuales, así como el placer y el estrés psicológico asociados a las mismas, y finalmente la autoestima y la sumisión, realizada con 300 mujeres (el 33.3% de ellas vivían en poblaciones rurales del estado de Jalisco con sus parejas; otro 33.3% vivían también en poblaciones rurales del mismo estado pero sus maridos habían migrado a los Estados Unidos; el 33.3%³⁴ restante eran mujeres de origen rural de los estados de Jalisco, Michoacán y Zacatecas que habían migrado con sus compañeros a la ciudad de Los Ángeles, en los Estados Unidos³⁵. La finalidad del estudio mencionado fue buscar información sobre las prácticas sexuales de riesgo de las participantes para la adquisición del VIH. Una de las hipótesis de la autora era que, si bien las mujeres no podían negarse a participar en las prácticas sexuales sugeridas o impuestas por sus compañeros, éstas si contaban con recursos internos (como la autoestima) que podían ayudarlas a negociar con ellos otras menos riesgosas.

Entre los resultados obtenidos destaca lo siguiente: El primer contacto sexual ocurrió en los tres grupos de mujeres, alrededor de los 19 años y, aunque la mayoría de ellas reportaron haber tenido sólo una pareja sexual a lo largo de su vida, 44% de las del tercero admitieron haber tenido dos o más. Asimismo, la proporción que utilizaba anticonceptivos apenas rebasaba a la mitad de la muestra (54%), siendo los más frecuentes las pastillas (46% del tercer grupo 31% del primero), y la salpingoclasia (34% del segundo grupo); entre las razones para no utilizar ningún método, mencionaron que los esposos no lo aprobaban, o bien pensaban que no corrían riesgos

³⁴ La n en todos los casos fue de 100 participantes.

³⁵ Algunos datos importantes sobre las participantes en ese estudio son: a) las mujeres del primer grupo (residentes en la comunidad en México) tenían la media más alta de edad (32.5 años), habían estado casadas por más tiempo con sus parejas que las de los otros dos grupos (12.8 años en promedio), contaban con apenas la primaria concluida como nivel educativo promedio y tenían 4 hijas o hijos en promedio; b) aquellas que estaban casadas con hombres que habían migrado eran ligeramente más jóvenes que las primeras (con una media de 31.2 años) pero tenían más tiempo unidas con sus esposos (16.2 años en promedio), menor educación (no tenían la primaria concluida) y más hijos (5 en promedio); c) finalmente, las participantes que habían abandonado el país para reunirse con sus parejas eran las más jóvenes en el conjunto de la muestra (su media fueron 31.2 años de edad), contaban con menor tiempo unidas a sus compañeros (7.9 años en promedio), tenían un número menor de hijas o hijos en promedio (3), y su escolaridad era casi de secundaria concluida (8.5 años). Además, el 58% de las mujeres del primer grupo y 34% del segundo se dedicaban exclusivamente al trabajo doméstico en el hogar, en cambio la totalidad de las del tercer grupo contaban con ingresos propios pues laboraban fuera del hogar (Salgado de Snyder, 1998).

de embarazarse ya. Entre las prácticas sexuales en las que participaban, hicieron alusión sobre todo al contacto genital y la masturbación mutua, mismas a las que asociaban un alto nivel de placer, siendo el contacto oral-anal y el genital-anal las menos frecuentes y las que les provocaban los niveles de tensión más altos. No puede pasarse por alto que a la mayor parte de las participantes les preocupaba menos adquirir el SIDA o contagiarse con una ITS que tener un embarazo no deseado como consecuencia de las relaciones sexuales. Ahora, si bien la percepción de riesgo en estas mujeres era en general bajo, las del grupo 3 eran quienes tenían un temor mayor ante la posibilidad del contagio y también fueron ellas las que en una proporción importante (80%) platicaban con sus parejas acerca de la sexualidad y los riesgos ante las ITS.

A esto hay que agregar que 79% de las participantes en el estudio citado dijeron saber lo que era el SIDA, pero sólo en el grupo 3 se encontró información veraz y extensa sobre el tema; en contraste, una proporción importante de los grupos conformados por aquellas mujeres que vivían en México tenían información inadecuada acerca de los medios de transmisión del virus. Asimismo, la mayoría de los grupos 1 y 2 negaron practicar conductas adecuadas de prevención pues indicaron que practicaban la “fidelidad” para prevenir el SIDA y otras ITS³⁶, mientras que la mayoría del grupo 3 (65%) reportaron la utilización del condón y otras medidas precautorias.

En lo que respecta a la negociación en el terreno sexual, en todos los grupos eran los hombres quienes tomaban la iniciativa sexual la mayor parte de las veces, también eran ellos quienes tomaban la decisión final sobre tener o no relaciones sexuales (sobre todo en el grupo 2), y la mayoría de ellas dijo que accedería a las exigencias sexuales del cónyuge aún cuando no quisieran o se sintieran mal. Por último, la mayoría de las mujeres del grupo 1 mencionaron que sus esposos acostumbraban beber alcohol antes de tener relaciones sexuales con ellas, lo que las hacía más sumisas y percibirse con menor fuerza personal, y menor autoestima (Salgado de Snyder, 1998), colocándolas en una condición de indefensión ante un posible abuso.

En el mismo sentido que el estudio anterior, Vizconde Pantoja y Marván Garduño (1999) encontraron, en una investigación realizada en el estado de Puebla en México, que las mujeres casadas mostraron menores conocimientos que las solteras que participaron en la investigación sobre lo que es el SIDA y sus formas de contagio, y sobre cómo utilizar el condón. De igual forma, las mujeres del primer grupo se mostraron menos preocupadas por el contagio y tenían una menor autopercepción de riesgo, además de haber mostrado un mayor desagrado por el condón, al que atribuían menor utilidad y opinaban que proporcionaba un menor placer, en comparación con las del segundo grupo.

En el trabajo mencionado, las autoras estudiaron los conocimientos y las actitudes hacia el SIDA de 50 mujeres casadas y 50 solteras, empleando el Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sexuales de Díaz Loving y cols. (1992 citado en Vizconde Pantoja y Marván Garduño 1999). Entre los resultados reportados destacan varias cuestiones: 1) más mujeres casadas no sabían lo que era el VIH/SIDA (34% vs. 2% de las solteras), 2) más mujeres casadas no consideraban al SIDA como una amenaza (24% vs. 8%), 3) menos mujeres casadas sabían utilizar el condón (42% vs. 90%), 4) las mujeres casadas mostraron un mayor desagrado por el condón ($M=2.24$) y lo consideraron de menor utilidad ($M=3.48$) y menos placentero ($M=1.5$) en comparación con las solteras ($M=1.24$, $M=3.86$ y $M=1.86$ en el orden anterior) con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos ($p<.01$). Finalmente, la mayoría de las casadas no se percibían en riesgo de contraer VIH/SIDA, y lo que es más, consideraban que tenían más riesgo de contagio las mujeres heterosexuales con pareja que ellas mismas, al no percatarse de su pertenencia a dicho grupo.

Atendiendo a lo anterior, Vizconde Pantoja y Marván Garduño (1999) concluyeron, en primer lugar, que era preocupante que las mujeres casadas tuvieran una baja percepción de riesgo y conocimientos escasos sobre el VIH/SIDA pues consideran que, en tales circunstancias,

³⁶ 62% de las personas que participaron en la Encuesta Durex sobre actitudes y comportamientos sexuales en 2001,

ellas serían incapaces de informar a sus hijas e hijos sobre la enfermedad. Posteriormente, consideraron que las mujeres unidas en matrimonio, al involucrarse en una relación, restaban importancia al propio riesgo de infectarse, al sobrestimar la relación y subestimar los medios de transmisión de la enfermedad; esto, aunado al hecho de que suelen mantener relaciones sexuales sin protección, lo que evidentemente las hace más vulnerables al contagio³⁷.

En esa misma línea, en el estudio de Salgado de Snyder, Acevedo, Díaz-Pérez y Saldívar-Garduño (2000) se analizó el poder limitado de las mujeres en sociedades tradicionales como la mexicana, y los preceptos culturales que promueven roles de género caracterizados por el dominio masculino y la sumisión femenina en el terreno sexual, al identificar el tipo de prácticas sexuales, las estrategias de afrontamiento empleadas en situaciones relacionadas con el sexo, así como los miedos y preocupaciones vinculadas a las relaciones sexuales de un conjunto de mujeres originarias de una comunidad rural mexicana. Entre los resultados obtenidos, llama la atención que, aún cuando se contó con la participación de personas en distintas situaciones respecto de su convivencia con la pareja³⁸, en todos los casos eran los varones quienes tomaban la decisión final respecto de sus relaciones sexuales, y la mayor parte de las mujeres dijeron tener relaciones sexuales cuando se lo demandaban sus esposos aún si ellas no deseaban hacerlo.

En lo relativo a la negociación del uso del condón, ese mismo estudio muestra claramente cómo la proporción de mujeres que exigía a sus parejas que lo utilizaran era aún baja. Evidentemente, la falta de poder para negociar prácticas sexuales seguras ponía a estas mujeres en una situación de alto riesgo para contraer el VIH o cualquier otra ITS. Así, quedó

mencionó la fidelidad a la pareja como su primera opción preventiva ante el VIH/SIDA y demás ITS.

³⁷ Estas evidencias condujeron a las autoras a establecer una relación entre la baja percepción de riesgo observada en estos grupos y su escasa iniciativa para prevenir el contagio del VIH/SIDA, con las condiciones de desigualdad económica, social y cultural de las mujeres respecto de los varones, situación derivada de los roles de género asignados a unas y otros en culturas como la mexicana.

confirmado cómo las sociedades tradicionales cuyas normas culturales promueven la dominación masculina y la sumisión femenina, particularmente en el ámbito sexual, no promueven la prevención, aún cuando las personas cuenten con información sobre los temas investigados, y a pesar también de la diferencia de creencias, opiniones y conductas de las mujeres respecto de su cuerpo y su sexualidad (Salgado de Snyder y cols., 2000; ver también Vizconde Pantoja y Marván Garduño, 1999).

Esto mismo fue reportado en el estudio exploratorio de Castañeda (2000), quien entre los resultados de su investigación muestra cómo la percepción de cercanía y el grado de compromiso que se percibe tener con la pareja influye la percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA de 115 personas mexico-americanas (66% eran mujeres y 34% hombres) en el suroeste de los Estados Unidos, evidenciando así cómo el riesgo de las mujeres está vinculado de manera muy importante con sus relaciones con la pareja. Así, el uso del condón para ellas depende del deseo de sus parejas para comprometerse a utilizarlo, en cambio para los varones el empleo del preservativo puede estar basado únicamente en la decisión de involucrarse en prácticas sexuales saludables. De este modo, los procesos sociales, psicológicos y conductuales que se ponen en juego en las situaciones de reducción del riesgo en relaciones heterosexuales son evidentemente distintos dependiendo si se trata de mujeres o de hombres.

Entre los resultados de esta investigación, la edad parece ser un factor que incide en una menor utilización del condón durante los tres meses anteriores a la realización del estudio, observándose una relación negativa entre ambas (los jóvenes tenían utilizaban con mayor probabilidad el condón que las personas mayores); por otro lado, la comunicación relacionada con el VIH/SIDA fue la variable que correlacionó de manera más fuerte -en sentido positivo- con el uso del condón tanto en los grupos por sexo, como en la muestra total, aunque la probabilidad

³⁸ En uno de los grupos, las mujeres vivían con sus compañeros en la comunidad elegida para el estudio, en el estado de Jalisco; en otro, ellas permanecían en dicha comunidad y sus parejas habían migrado a los Estados Unidos; en el tercer grupo, las participantes residían en una ciudad norteamericana, junto con sus esposos.

de que esta comunicación se diera era mayor entre las personas solteras, así como entre aquellas que obtuvieron puntajes altos en intimidad; el factor compromiso sin embargo estuvo relacionado en forma negativa con el uso del condón. En este caso, tanto las mujeres como los hombres declararon estar satisfechos con el aspecto de la relación con la pareja y tenían una razonable percepción alta de control sobre la regulación sexual, aunque el nivel de uso del condón era bajo en ambos grupos, pero menor en las mujeres (Castañeda, 2000).

Ahora bien, dado que las personas con puntajes altos en intimidad tenían mayor probabilidad de involucrarse en comunicación relativa al VIH en su relación de pareja (misma que parece favorecer la utilización del condón), tanto en la población total como en las mujeres; a pesar de esto, al estar la intimidad relacionada con elementos afectivos, de calidez y de felicidad, puede convertirse en un factor con una potencial influencia negativa sobre ese tipo de comunicación (la relacionada con el VIH/SIDA) en particular. La comunicación centrada en temas relacionados con la sexualidad –incluyendo el uso del condón, muestra la investigación de Castañeda (2000), permite que las personas involucradas en una relación negocien un guión sexual específico para la relación, favorece que comuniquen sus deseos y preferencias, y permite a los miembros de la pareja coordinar los significados sobre el comportamiento sexual; desafortunadamente esto se aplicaba en mayor medida a los y las solteras que a las personas casadas.

En las relaciones heterosexuales, donde las mujeres mexico-americanas podrían temer a la respuesta negativa de los compañeros si ellas abordan el tema del VIH y el uso de condones, puede ser útil la presencia de una mayor intimidad. En segundo lugar, la percepción de un mayor compromiso facilitaba para los hombres que se diera la comunicación sobre VIH/SIDA; no obstante esto, para ellos puede ser más crítica la decisión de permanecer en una relación que la comunicación en ese aspecto, mientras que el sentido de conexión y cercanía de las mujeres con su pareja podría ser más importante para que se dé este tipo de intercambio (Castañeda,

2000). Es más, este estudio confirma lo que otras investigaciones han planteado ya: las mujeres dan más importancia a la intimidad, y los hombres al compromiso.

Finalmente, las normas culturales y los estereotipos de género parecen tener una influencia importante en los comportamientos de la población mexico-americana³⁹, pues pudo observarse la permanencia del doble estándar que promueve el silencio en lo que toca a temas relacionados con la sexualidad, los cuales siguen siendo considerados un tabú, obstaculizando que las parejas discutan la realidad en lo que respecta a los comportamientos sexuales. Por todo lo anterior, la autora propone que se piense en la intervención en este terreno como una manera para modificar el contexto y no únicamente a los individuos, lo que puede ser particularmente exitoso en el caso de las mujeres. En lo que toca a la situación de la relación con la pareja, Castañeda (2000) propone que se piense en un modelo de empoderamiento mutuo, para hacer más eficaces a ambas partes.

Piña López y Urquidi Treviño (2004), en una investigación efectuada con un grupo de 132 estudiantes de nivel superior, 66 mujeres e igual número de varones (50% en ambos casos), que vivían con una pareja regular, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre unas y otros en términos de conocimientos relativos al hecho de que el VIH se transmite por vía sexual, ni en lo que toca a la creencia de que existe el mismo riesgo de infección por VIH cuando se tienen relaciones sexuales con una o con varias parejas, y tampoco en aquella sobre uno mismo como posible víctima de la infección por VIH. Sin embargo, al explorar las conductas de riesgo “tener relaciones con múltiples parejas” y “relaciones con parejas ocasionales” si fueron observadas tales diferencias al aplicar la prueba de Kruskal-Wallis: las medias obtenidas en el primer caso fueron 53.10 para los hombres y 76.36 para las mujeres ($X^2_{(1)}=17.102$, $p<.01$), y en el segundo, 55.4 en los varones y 74.16 en las mujeres ($X^2_{(1)}=11.110$, $p<.01$). Desafortunadamente,

³⁹ Se recomienda también revisar el artículo recién publicado por Shearer, Hosterman, Gillen y Lefkowitz (2005) en que se analiza la influencia de actitudes derivadas de roles tradicionales de género sobre las conductas de riesgo.

los autores no aclaran si esto significa que las mujeres tenían esos comportamientos con mayor frecuencia que los hombres, o viceversa.

A pesar de esto, aparece un dato interesante que se deriva de los análisis de regresión logística realizados para explicar esas dos conductas, en los que destacan los motivos (“me atrajeron físicamente las otras personas”, “quería experimentar con otras parejas”, “se presentó la oportunidad de tenerlas” y “me encontraba excitado y/o bajo la influencia de alguna sustancia”) como la principal predictora para los mismos. Esta información llevó a los autores a reflexionar sobre la pertinencia de reconsiderar la idea de que generalmente asumimos que los comportamientos de las personas se rigen sobre todo por variables de tipo cognitivo o racional como las actitudes, las creencias y los conocimientos, mientras que se deja de lado aquéllas que brindan una mayor comprensión acerca del cómo, por qué y bajo qué circunstancias éstas optan por ejecutar una práctica de riesgo o bien una preventiva. De ahí que, en opinión de los autores, no sea suficiente incidir en las creencias y las actitudes para modificar las conductas, sino que se debe incorporar cada vez más a otras de tipo motivacional, sin dejar de considerar el papel modulador que probablemente juegan otras como la tendencia al riesgo.

3.3. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL SOBRE CREENCIAS, ACTITUDES Y PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE EL VIH/SIDA EN MÉXICO

La investigación de los factores que determinan la escasa utilización de medios preventivos, así como de los mecanismos por los que se da el contagio por VIH entre la población sexualmente activa ha tenido un gran desarrollo en los últimos veinte años en nuestro país, y su evolución ha respondido a las necesidades que se han ido considerando prioritarias en distintos momentos desde su aparición. De esta manera, una de las primeras poblaciones con las que se tuvo un acercamiento fue la de estudiantes universitarias y universitarios, por ser ésta una de las que brindan las mayores facilidades para su acceso (véase por ejemplo Reyes Lagunes, 1990; Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1992; Villagrán Vázquez, 1993).

Posteriormente, en las investigaciones con población abierta, algunos trabajos tomaron como centro de su atención a los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones (Villagrán Vázquez, 2001), por ser este grupo en el que durante la historia de la epidemia del VIH/SIDA se han registrado la mayor cantidad de casos, y porque se consideraba que era el que presentaba con mayor frecuencia prácticas de riesgo. Bajo esa lógica, también se estudió a las trabajadoras sexuales y sus clientes, sectores considerados, igual que los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, como de alto riesgo (por ejemplo, Ortiz, 2005).

Así, algunos de estos estudios se centraron en el conocimiento de las creencias y las actitudes (Barrera, Valdés, Servín, Ortíz, Zamudio y Espinoza, 1990, Reyes-Lagunes, 1990), así como en la percepción del riesgo ante el contagio en estudiantes y adolescentes (Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz-Loving y Camacho Valladares, 1990; López, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1994). Pueden citarse también estudios sobre algunos aspectos tales como la atribución y el control percibido, entre otros (además de algunos de los anteriores, Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán, 1994). Un poco más adelante, se realizaron estudios sobre las actitudes, creencias y prácticas en relación con la sexualidad y el VIH/SIDA con mujeres, asociadas con el riesgo de contagio (Martina, Bolos y Bronfman, 1992; Pick, Givaudan y Aldaz, 1996).

Paralelamente, algunas investigadoras e investigadores comenzaron a explorar la relación entre la adquisición del virus y el fenómeno de la migración internacional, dado el incremento de los contagios en las comunidades rurales en nuestro país (consúltese para este tema a Salgado de Snyder, Díaz-Pérez y Maldonado, 1996; Salgado de Snyder, 1998; Salgado de Snyder y cols., 2000; Caballero Hoyos, 2005; Meneses Navarro, 2005; Leyva Flores, 2005). Otros grupos estudiados en los últimos años han sido los miembros del ejército, y los varones que se encuentran reclusos en las cárceles y centros de readaptación social sobre todo en las zonas urbanas. No ha sido sino hasta fechas recientes que las mujeres que no se dedican al comercio

sexual han merecido mayor interés por parte de los grupos académicos⁴⁰, especialmente a raíz del rápido crecimiento observado en las estadísticas, mismas que colocan hoy en día a las amas de casa entre los primeros lugares en lo que a tasa de contagios se refiere (CONASIDA, 2002).

Una investigación realizada por Martina y cols. (1992) tuvo como objetivo identificar las distintas posiciones, percepciones y conocimientos frente al SIDA en 6 grupos de mujeres a través de la técnica de los grupos focales, complementada con entrevistas individuales. El análisis de los resultados evidenció la consistente autopercepción de “inmunidad” en los grupos en general ante el contagio. Por cierto que uno de los factores que influyeron en que las mujeres casadas (o unidas) de la muestra se percibieran exentas de riesgo, es que se sentían protegidas por la institución del matrimonio. Es decir, que en el conjunto de las entrevistadas no existía una conciencia del peligro de estar en riesgo de infectarse de SIDA. Finalmente, los autores consideraban que esto determinaba la actitud y los comportamientos que estas mujeres asumían frente al problema.

López y cols. (1994) reportaron una comparación realizada entre adolescentes y adultas de una muestra de mujeres de la ciudad de México utilizando también la técnica de los grupos focales. Sus resultados mostraban que existían similitudes en el tipo de conocimientos que ambos grupos tenían respecto del origen del SIDA y sus formas de contagio, aunque observaron algunas diferencias en la percepción de riesgo, debido a que ésta la concentraban en los otros, no en sí mismas.

Bronfman y Minello (1995) exploraron las prácticas de riesgo de hombres y mujeres migrantes de una comunidad del estado de Michoacán. Respecto de las mujeres los autores encontraron que, en lo que tocaba a los conocimientos, tanto las que migraban como las que permanecían en la comunidad tenían información correcta en cuanto a lo que es el SIDA y cómo

⁴⁰ Aunque, evidentemente hubo quien lo hizo, por ejemplo, ya en 1992 y 1993, Liguori por un lado, y Martina, Bolos y Bronfman por otro, ya se estaban ocupando del asunto, pero para entonces ya habían transcurrido por lo menos

se transmite. En lo que respecta a la percepción de riesgo entre las migrantes, si bien eran pocas las que no estaban preocupadas ante la epidemia, en muchos de los casos el temor no se refería a que pudieran infectarse ellas mismas, sino que tal preocupación estaba relacionada con lo que pudiera ocurrirles a sus hijos(as) o hermanos(as); en el caso de las no migrantes, éstas percibían al SIDA como un problema ajeno y lejano o de plano lo ignoraban. Lo interesante es que incluso los varones o los homosexuales entrevistados para este estudio, tenían una percepción similar a la de las mujeres. En consecuencia, contaban con creencias falsas respecto de quiénes se contagiaban (las mujeres creían que las más propensas eran las “promiscuas” y, en el caso de los homosexuales, éstos consideraban que el SIDA era una enfermedad de estadounidenses y no de mexicanos), lo cual impactaba en el hecho de que sólo algunas y algunos de los entrevistados mencionaran el uso del condón en sus prácticas sexuales.

En el estudio de Pick y cols. (1996) en el que participaron 27 mujeres provenientes de la ciudad de México, a quienes se realizaron entrevistas a profundidad, se encontró que éstas tuvieron algunas dificultades para hablar sobre la sexualidad, lo cual se atribuyó a los mitos y tabúes existentes en torno al tema. Entre los resultados obtenidos, las autoras destacan cómo algunas de ellas aún asociaban la apariencia física de las personas con un riesgo mayor o menor de contagiarse de VIH/SIDA, por lo que consideraban que las prácticas higiénicas y la limpieza corporal constituían medidas preventivas suficientes para evitarlo. Asimismo, “cuidarse”, “tener precaución”, “tener confianza”, “ser honesto” y “ser sincero”, fueron algunas de las palabras que asociaron con la prevención de ITS y VIH/SIDA, así como de embarazos, siendo más importante evitar estos últimos que cualquier padecimiento, por lo que los preservativos eran considerados, sobre todo, una medida anticonceptiva.

En lo que respecta a la percepción del riesgo, prevalecía entre las participantes la creencia de que el VIH/SIDA era un padecimiento que afectaba a grupos aparentemente bien definidos,

ocho años desde el inicio de la epidemia en México.

como las trabajadoras sexuales, los homosexuales y los bisexuales, lo que dio pauta para inferir que tal percepción (baja en este caso) se encontraba asociada con una visión estereotipada sobre la identidad sexual y las relaciones sexuales consideradas inapropiadas o “inmorales”. A este mismo respecto, consideraban que los hombres tenían un mayor número de prácticas y comportamientos de riesgo que las mujeres, pues éstos tenían una probabilidad más alta de ser “infieles” y/o “promiscuos”, dado que “necesitaban” tener relaciones sexuales con más frecuencia que ellas. Por último, el miedo al enojo y al rechazo de la pareja fueron otras razones esgrimidas para no pedir a sus compañeros que utilizaran condón, de ahí que esto, junto con las percepciones sobre la sexualidad de los varones eran razones suficientes para pensar que la responsabilidad del cuidado de los dos miembros de la pareja debía recaer en los hombres (Pick y cols., 1996).

Por todo esto, las condiciones en que les parecía que era recomendable solicitar el preservativo, eran al inicio de una nueva relación con una persona a la que no se conoce o en las relaciones mantenidas con personas distintas a la pareja regular. Así, no es de extrañar que la confianza en la pareja haya aparecido como un concepto central, y el hecho de requerírsele fue considerado como una muestra de desconfianza, razón por la que sólo algunas de ellas dijeron haberlo empleado (Pick y cols., 1996).

Un estudio realizado por Perelló Vals, Villagrán Vázquez y Barocio Rocha (1998) con 94 mujeres estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México que contaban con pareja regular y mantenían relaciones sexuales en el momento en que éste se realizó muestra, entre otros resultados interesantes, cómo las participantes mantenían aún la creencia de que el condón reduce la sensibilidad en las relaciones sexuales, y también que las actitudes positivas en relación con su empleo se encontraban asociadas con la creencia de que su pareja regular pensaba que ellas deberían pedirlo, y con la intención de solicitarlo; los dos últimos factores mencionados eran precisamente los mejores predictores de la conducta.

Tomando como base la Teoría de la Acción Razonada (TAR), el modelo obtenido mediante un análisis de regresión lineal ejecutado en dos fases se ajustó adecuadamente, explicando el 21.9% de la intención por las actitudes ($\beta=.234$) y la norma subjetiva ($\beta=.342$), y el 16.1% de la conducta con la variable intención de petición de uso ($\beta=.401$).

Ahora bien, entre los factores que podrían estar inhibiendo la utilización del preservativo destacaron la falta de habilidades para la comunicación con la pareja, la evitación de confrontación sobre la falta de confianza, la baja autoestima y la asertividad de las mujeres. Partiendo de estos resultados, las autoras proponen que se generen actitudes positivas en relación con el uso del condón con la pareja regular, y por otro lado, que se fomente como un valor positivo la creencia de que el compañero espera que ellas tomen la iniciativa para pedirlo (Perelló Vals y cols., 1998).

Salgado de Snyder y cols. (2000) presentaron el análisis de las conductas de riesgo observadas en mujeres esposas o parejas de varones migrantes a los Estados Unidos, residentes en el estado de Jalisco, haciendo una comparación entre las esposas de migrantes temporales (que volvían a la comunidad al menos una vez al año) y una muestra de mujeres que eran migrantes ellas mismas. Lo que resalta en los resultados obtenidos en este estudio es que, a pesar de que las mujeres que permanecían en la comunidad sí se llegaban a percibir en riesgo, no indicaban uso de alguna medida preventiva, lo cual muestra una incongruencia entre sus actitudes y sus conductas. Las autoras concluyen que esto se vincula directamente con una cuestión de poder y de la incapacidad que tienen de llegar a una negociación con la pareja en el terreno sexual, lo cual corrobora la necesidad de incorporar cada vez más la perspectiva de género en el estudio del fenómeno SIDA. Con respecto a las mujeres que migraron y vivían en los Estados Unidos, aparentemente estaban bien informadas acerca del VIH/SIDA, a pesar de lo cual, aún mantenían creencias erróneas sobre los medios de transmisión del virus (intercambiando saliva y usando un baño que ha sido utilizado antes por una persona infectada,

entre otras); asimismo, se observó que este grupo no solamente tenía más información, sino que estas mujeres parecían tener también una actitud más abierta para hablar e informarse sobre temas de sexualidad y VIH/SIDA.

En un estudio posterior, Piña López, De la Cruz Moreno y Obregón Salido (2002) exploraron la relación existente entre variables demográficas como el sexo y la edad con constructos tales como los “comportamientos instrumentales de riesgo” y los “motivos” que subyacían a dichos comportamientos en una muestra de 208 personas (86 hombres –41.3%- y 122 mujeres –58.7%) usuarias de los servicios del Programa Estatal para la Prevención y Control del VIH/SIDA en el Estado de Sonora, que de manera voluntaria acudieron a realizarse pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos al VIH. Desafortunadamente, y a pesar de que anuncian tener interés por la variable, en los análisis los autores no desagregaron los resultados por sexo, por lo que no es posible diferenciar lo reportado por mujeres y varones. A pesar de eso, los hallazgos muestran que, en general, las y los participantes tenían en promedio, su debut sexual a los 17 años, y a lo largo de su vida habían tenido entre dos y tres parejas sexuales, y cerca del 91% de los individuos declararon no utilizar el preservativo en forma consistente porque no les gustaba o porque le disgustaba a sus parejas.

Evidentemente, la producción psicosocial en torno al tema es mucho más vasta que los ejemplos que aquí se ofrecen. Estos sin embargo, son útiles para acercarnos, aunque sea en forma apenas incipiente, a un fenómeno por demás complejo como el que nos hemos propuesto estudiar. Asimismo, la información anterior confirma la urgencia de las disciplinas sociales por estudiar a las mujeres mexicanas, explorando sus creencias, actitudes, percepción de riesgo y motivaciones, entre otros muchos elementos, para luego hacer propuestas de intervención adecuadas al contexto donde se pretendan implementar. Esta conclusión se deriva de las indagaciones que ya se han realizado en los trabajos que aquí se comentan.

3.4. PERCEPCIÓN DE RIESGO

Como seguramente se habrá podido apreciar, el riesgo es un elemento que aparece consistentemente en los estudios sobre VIH/SIDA y los comportamientos que llevan a las personas a contagiarse con el virus o a evitarlo. Desde el punto de vista sociológico, se considera que el riesgo es una experiencia social (Renn, Burns, Kasperson, Kasperson y Slovic, 1992), y que, por tanto, su estudio ha sido abordado desde diferentes escuelas de pensamiento y perspectivas. Entre los elementos que tal enfoque toma en cuenta para abordar el riesgo, destacan la probabilidad de ocurrencia de los eventos, y la magnitud de las consecuencias que éstos tienen; asimismo, el contexto en el que ocurre el riesgo juega un papel importante en dicha experiencia, ya que “lo que los seres humanos perciben como amenazas a su bienestar y la forma como éstos evalúan las probabilidades y magnitudes de las consecuencias indeseables, son menos una cuestión de predicción de resultados físicos, que producto de los valores, actitudes, influencias sociales, e identidad cultural.

En el caso que nos ocupa, la epidemia por VIH/SIDA, estos últimos elementos resultan importantes si se considera que, hasta el día de hoy, no es posible predecir con exactitud lo que las personas harán, pues la valoración que se tiene en los contextos específicos acerca del ejercicio de la sexualidad, de las relaciones de pareja, de la fidelidad (y por ende, la infidelidad), el compromiso, lo que se permite expresar o no a las mujeres (y a los varones) en relación con sus deseos y necesidades, obstaculiza el mantenimiento de una comunicación adecuada con el o los compañeros sexuales, y más aún, la ejecución de comportamientos que lleven a la evitación del contagio. De ahí que valga la pena tomar en cuenta el señalamiento de Renn y cols. (1992), en el sentido de que, “A pesar de que dos décadas de investigación han creado una base de conocimiento substancial acerca de cómo las personas y las instituciones sociales perciben y responden al riesgo, hace falta un concepto comprensivo de la experiencia social del riesgo, por ejemplo, el procesamiento social de la incertidumbre y la percepción y evaluación de las consecuencias esperadas relacionadas con un evento o actividad.” (p. 138).

Evidentemente, una aproximación como ésta toca diferentes niveles de análisis, pero es posible identificar a los individuos y las relaciones que éstos mantienen entre sí con otras personas, con los grupos y con las instituciones.

Los hallazgos acumulados sobre la percepción del riesgo han dado lugar a dos generalizaciones importantes: 1. Las percepciones de riesgo de las personas comunes (*laypersons*) están sistemáticamente sesgadas (ellas típicamente exageran aquellos riesgos asociados con los eventos poco frecuentes, catastróficos e involuntarios, y subestiman aquellos vinculados con eventos frecuentes, familiares y voluntarios); 2. Las personas comunes - especialmente si se les compara con expertos en riesgos- enfatizan una variedad de rasgos cuantitativos más que cualitativos en los riesgos cotidianos que tienen que enfrentar (Kleinmesselink y Rosa, 1991). Estos autores se muestran de acuerdo con lo sostenido por Douglas y Wildavsky en 1982 en relación con el hecho de que las percepciones de riesgo están orientadas por la cultura, lo que lleva a las personas o los grupos sociales a enfatizar más algunos riesgos, y a minimizar otros, como una forma de mantener o controlar la cultura del grupo.

Una de las críticas que algunos autores han hecho a los estudios referidos al riesgo en el terreno sexual es la relativa al hecho de que, una cantidad importante de éstos se centran en el comportamiento individual, perspectiva que asume que la decisión de protegerse a sí misma depende de la percepción de riesgo de la propia persona, y ésta depende a su vez de la manera en que se asimila la información acerca del riesgo de transmisión y los comportamientos que permiten enfrentar el riesgo (ver Bajos y Marquet, 2000). De este modo, la protección se ve como un acto individual y voluntario, aunque influenciado por el ambiente social, y la exposición al riesgo como el resultado de una falla al evaluar correctamente los riesgos en una situación determinada. Partiendo de esta base, las variables que con mayor frecuencia se han estudiado por considerar que se asocian con el comportamiento de riesgo son la edad, el estatus

socioeconómico, el grupo cultural, el uso de alcohol y/o drogas, los costos percibidos de la prevención (por ejemplo, la reducción de las sensaciones en las relaciones sexuales), la autoeficacia percibida, el apoyo de los pares, entre otras, aún cuando varias de éstas han demostrado tener un poder explicatorio limitado en los diferentes modelos en los que se las incluye. Esta es una perspectiva basada en la idea de que las personas ejecutan procesos racionales que les permiten estimar los costos y los beneficios de sus acciones aisladamente, fuera de toda posible influencia derivada de sus relaciones con los otros.

Como una propuesta alternativa a esta visión, un grupo de autores (Van Campenhoudt, Cohen, Guizzardi y Hausser, 1997 citados en Bajos y Marquet, 2000) sugirieron que los nuevos esquemas conceptuales deberían centrarse en las interacciones entre los miembros de la pareja, y con las redes sociales. Este enfoque, basado en la relación, toma en cuenta el comportamiento interactivo de las personas que forman la pareja y los significados asociados con el mismo, antes que las características propias de los individuos; de ahí que tanto las conductas como los significados sean incomprensibles si son considerados separadamente uno del otro. Esta es una lógica que integra los elementos contextuales y las características personales. Van Campenhoudt y cols. (1997 citados en Bajos y Marquet, 2000:1535), definen a la relación o interacción entre los compañeros sexuales como “toda la comunicación y acción tomadas de acuerdo con el otro, estén los miembros de la pareja cara a cara o no, y que guían, crean el entramado para y dan significado a sus relaciones sexuales con el otro.” Tal interacción, en un sentido más acotado, es la influencia recíproca que las personas que forman una pareja tienen sobre las acciones del otro cuando están en su presencia inmediata, y es un componente de la relación; las relaciones sexuales son parte de esas interacciones.

Desde la psicología social se ha hecho también un señalamiento en ese sentido, pues se considera que mucha de la teoría y la investigación en torno a la prevención del VIH ha estado enfocada sobre determinantes individuales, tales como actitudes, la autoeficacia, las intenciones,

las creencias en salud, y las etapas del cambio comportamental, como apunta Castañeda (2000). Tales aproximaciones, que enfatizan los factores cognitivos, asumen implícitamente que el comportamiento individual está siempre bajo el control voluntario; esto podría aplicarse en determinados contextos al caso de los hombres, pero no en el de las mujeres. El riesgo de las mujeres ante el VIH entonces, se encuentra inextricablemente ligado a las relaciones que éstas mantienen con sus parejas masculinas, razón por la cual es indispensable considerar dicho vínculo al estudiar tanto la percepción que tienen del riesgo como sus comportamientos; dicho de otro modo, es preciso aplicar una aproximación que incluya al contexto social, que cambie el foco de los individuos (en este caso las mujeres) a la relación de pareja.

Una vez hechas estas consideraciones, diremos que la percepción de riesgo se define como la estimación que hace una persona acerca de la probabilidad de que un evento tenga un determinado resultado (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim, 1990). Dicho de otro modo, es la percepción de las consecuencias peligrosas de un acto, apreciación que puede influir en la ejecución de dicho acto (Centros de Integración Juvenil, 2002 citado en Durán Mendoza, 2003); esto implica que la percepción de riesgo afecta a la conducta, razón por la cual, un número significativo de investigaciones y trabajos sobre diversos temas que involucran al comportamiento humano, la incluyen como un factor importante.

Así, la aplicación de este concepto ha llevado a las y los investigadores a explorar sus posibilidades en relación con problemas tales como la probabilidad de un embarazo a temprana edad, a adquirir enfermedades como consecuencia de hábitos como el cáncer de pulmón por exposición constante al humo del tabaco, o el enfrentar situaciones de hostigamiento sexual y/o violencia, y accidentes por consumo de alcohol o drogas, por mencionar algunos. Los hallazgos muestran un patrón consistente: el razonamiento que generalmente se emplea es el de la invulnerabilidad personal (“a mí no me va pasar”), y el de la estimación del riesgo en los otros (pero no para sí mismos), lo que concuerda con lo expuesto en líneas anteriores.

En estudio de la infección por VIH/SIDA, la percepción de riesgo ha resultado ser un factor relevante pues al parecer, el hecho de contar ya con tratamientos que evitan la muerte a las personas infectadas, ha llevado a un número importante de individuos a pensar que el VIH es menos infeccioso, y a disminuir sus prácticas de sexo seguro (Catz, Meredith y Mundy, 2001). Una consecuencia de esto, de acuerdo con lo encontrado al emplear varios de los modelos teóricos disponibles, es que esta disminución en la estimación del riesgo afecta a los comportamientos vinculados con el sexo seguro; por ejemplo, desde el Modelo de Creencias en Salud, la severidad percibida de una enfermedad influye en los esfuerzos que las personas hacen por cambiar un comportamiento, por lo que, al disminuir la severidad esperada de un padecimiento, la motivación para reducir las conductas riesgosas relacionadas con las ITSs también se ve reducida; en ese mismo sentido, el Modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales predice que la información relacionada con el VIH y las percepciones de la severidad de la enfermedad contribuyen al desarrollo de percepciones de riesgo correctas y al subsecuente cambio en el comportamiento.

La percepción del riesgo –entonces- es definida como *“la representación cognoscitiva que tienen los sujetos sobre las posibilidades de desarrollar SIDA tanto ellos mismos como diferentes grupos sociales”* (López y cols., 1994: 595). De acuerdo con Catz y cols. (2001), determinados factores situacionales y los sesgos en la percepción pueden afectar los juicios acerca de la riesgo de transmisión por VIH/SIDA; por ejemplo, percepciones basadas en la idea de que las personas VIH positivas que toman medicamentos antirretrovirales son menos infecciosas pueden conducir a un incremento de los comportamientos sexuales riesgosos, lo mismo sucede cuando existen percepciones globales de que los comportamientos sexuales riesgosos tienen consecuencias mucho menos graves que lo que se pensaba al comienzo de la epidemia, lo que estudios como el de Villagrán y cols. (2003) han constatado en grupos de jóvenes heterosexuales y homosexuales de la Ciudad de México.

Ya en otros estudios realizados en México sobre este concepto se ha encontrado consistentemente que las personas son capaces de advertir el riesgo en los otros (por ejemplo se percibe a los homosexuales, a las prostitutas, etc. como grupos que están “en riesgo” de adquirir VIH/SIDA), pero se consideran ellos mismos como invulnerables (Villagrán y cols., 1990; López y cols., 1994; Torres y cols., 1994; Saldivar Garduño, 2000); estos resultados coinciden con lo reportado por algunos estudios norteamericanos como el de Prohaska y cols. (1990), el de Castañeda (2000) y el de Castañeda, Brindis y Castañeda Camey (2001).

De las dos definiciones anteriores se concluye que la percepción de riesgo es sobre todo, una variable de naturaleza cognitiva, que involucra un proceso de evaluación del peligro que implica la ejecución de una acción, y otro de comparación con grupos a los que se considera con una probabilidad mayor que la propia de enfrentar un cierto evento o a padecer sus efectos nocivos. Entre la amplia variedad de variables asociadas con la percepción personal del riesgo ante la adquisición del VIH/SIDA, se puede mencionar a las siguientes: el origen étnico, la pertenencia a algún grupo religioso, el número de parejas sexuales, el conocimiento de la historia sexual de su(s) pareja(s), los estilos de vida, el miedo a desarrollar SIDA, la aceptabilidad social del uso del condón, el conocimiento de las conductas de riesgo (Harrison, Wambach, Byers e Imershein, 1991; Gray y Saracino, 1989; entre otros autores citados en Villagrán Vázquez, 1993); además de los anteriores, el género, la edad, la duración de la relación con la pareja, el estatus marital, el nivel de compromiso y la comunicación sobre VIH/SIDA con la pareja (Castañeda, 2000), las normas de género, la actividad económica, la migración, las percepciones acerca del cuerpo, el conocimiento acerca de ITSs y VIH/SIDA, y las actitudes hacia los condones y las ITSs y VIH/SIDA (Castañeda y cols., 2001) han resultado ser también elementos importantes.

Villagrán Vázquez (1993) llegó a la conclusión de que “La estimación del riesgo está estrechamente vinculada con los conocimientos y creencias que se tienen sobre la enfermedad. Es plausible pensar que a un mayor grado de conocimientos sobre la transmisión y prevención

del SIDA, llevaría a los sujetos en primer lugar a la evaluación de sus propias conductas y de sus experiencias y en segundo lugar a tomar medidas preventivas” (pág. 16). Ahora bien, como definitivamente esta evaluación no se hace de manera aislada, esta misma autora postula que “Para estimar la percepción de riesgo de desarrollar SIDA, también es necesario que los sujetos tengan un estándar comparativo contra el cual pudieran evaluar la oportunidad de ser afectados por el VIH” (pág. 16). De ahí que, cuando se elige al grupo con el que se realiza la comparación, se incurra en la evaluación sesgada que mencionaban Kleinhesselink y Rosa (1991), pues las personas generalmente no se perciben como pertenecientes a categorías sociales tales como “homosexuales” o “prostitutas”, sino a otras que consideran a salvo de ser alcanzadas por el VIH/SIDA, como podría ser la de las “mujeres casadas”, lo que lleva a subestimar el riesgo.

En investigaciones realizadas con poblaciones latinas o mexicanas, es posible apreciar cómo la variedad de enfoques descritos en las líneas anteriores, llevan también a conclusiones distintas, como por ejemplo, que en las poblaciones no existe una conciencia real del propio riesgo, en la que influyen, entre otros factores, la pertenencia étnica (latinas y latinos en los Estados Unidos), la baja instrucción, y las actitudes y creencias en torno hacia la homosexualidad, la prostitución y el uso de drogas (ver Magaña y cols., 1992). En ese mismo sentido, en el estudio de Pick y cols. (1996), se encontró que las mujeres que participaron en el mismo tenían una baja percepción de riesgo, y “una creencia de que el VIH y SIDA es un fenómeno restringido a grupos particulares, aparentemente bien definidos y con frecuencia marginales, como las trabajadoras sexuales, los homosexuales o bisexuales. Esta situación refuerza los prejuicios y la visión estereotipada sobre la identidad sexual y las relaciones sexuales ‘inmorales’ asociadas con el riesgo de contagio, que impide a las mujeres reconocer las prácticas y comportamientos sexuales de riesgo al que está expuesto cualquier tipo de persona” (pág. 2), lo que confirma la evaluación sesgada de la que se hablaba en párrafos anteriores.

Al revisar los diversos estudios sobre el tema, algunos autores como Catz y cols. (2001) cayeron en la cuenta de que se sabía relativamente poco sobre la percepción de las mujeres respecto de la infección por VIH, y en particular de aquellas que ya lo habían adquirido. Por esta razón, se realizó una investigación con 80 mujeres (de las cuales sólo una era latina) que asistían a una clínica para recibir tratamiento en San Louis, Missouri, en la que los principales hallazgos mostraban que, aún cuando la mayoría de ellas aceptaron que era importante tener sexo seguro aún cuando se llegara a anunciar una cura para la enfermedad, de las 67 que reportaron tener actividad sexual después de haberse enterado que tenían VIH, únicamente el 45% dijo usar condón 'todo el tiempo' en sus relaciones sexuales o anales. Además, ellas tenían la percepción de que tanto sus amigas y amigos como ellas mismas, practicaban sexo seguro con menor frecuencia debido a la existencia de nuevos tratamientos médicos y también porque consideraban que si tenían una carga viral baja, la posibilidad de recontagiarse era menor. Finalmente, 20% de ellas pensaban que 'está muy cerca la cura para el SIDA', y un 40% estaba de acuerdo con que 'el SIDA es una amenaza menos seria de lo que era antes', proporciones que, si bien no son mayoritarias, si hablan de las percepciones sesgadas que ya se han mencionado.

Castañeda (2000), en una investigación con mujeres y varones de origen mexicano residentes en el sur de los Estados Unidos, reporta que la percepción de riesgo era significativamente mayor entre ellos que en el grupo de las mujeres, y esto tenía relación a su vez con los niveles de comunicación que dijeron tener con sus parejas en relación con el VIH/SIDA. En este caso, el nivel de aculturación también estaba relacionado positivamente con la percepción de riesgo, mientras que el compromiso que declaraban tener con el/la compañero/a correlacionó en sentido negativo con la percepción de riesgo ante el VIH/SIDA. Ahora bien, en lo que tocaba al riesgo en las relaciones heterosexuales, éste se encontraba asociado en mayor medida con el comportamiento de sus compañeros sexuales que el suyo propio.

Castañeda y cols. (2001) por su parte, en un estudio que buscaba entender más de la relación entre la sexualidad y el comportamiento de riesgo de un grupo de jóvenes del estado de Morelos, encontraron que el género y las normas de género ejercen una influencia poderosa sobre la toma de riesgos, y también sobre las diferencias que existen en la percepción de los riesgos entre mujeres y hombres⁴¹; además, la elección acerca de qué riesgos vale la pena tomar y cuáles no, se basa no sólo en las estructuras individuales que establecen una jerarquía de valores y normas, sino también en las socioculturales, lo que se convierte en una fuente de significados para definir al riesgo en una cultura. De ahí que, aquellos hombres que se percibían a sí mismos como físicamente fuertes, expresaran no tener necesidad de utilizar un preservativo, por considerarse a sí mismos como resistentes a cualquier cosa; las autoras consideran que este hecho y otros como tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales sin condón son evidencias claras de que el riesgo no ha sido internalizado por estos jóvenes.

Otra conclusión importante de este estudio es que en el caso de las y los participantes en el estudio, los riesgos no son percibidos como individuales, sino como de la comunidad; de este modo, si la comunidad no se da cuenta de su existencia, sus miembros tampoco necesariamente los perciben y se comprende en parte entonces porqué no se aconseja a los jóvenes que utilicen preservativos. Ya se ha dicho que el riesgo tiene una influencia contextual y cultural importante, y en este caso, esto es evidente pues, al ser las ITSs temas de los que no se suele hablar al interior de las familias, es difícil que se reconozca el riesgo probable de contraerlas. Esto último es importante y también aplica también para el VIH/SIDA pues, en la opinión de las autoras, la transmisión del conocimiento de una generación a otra es un factor determinante en la construcción de la percepción del riesgo. En conclusión, las percepciones del riesgo relacionado con el sexo son complejas y no pueden ser entendidas aisladas de la cultura y la sociedad.

⁴¹ Dichos riesgos se encontraban vinculados, sobre todo a la violencia sexual en el caso de ellas, y en el de ellos a la posibilidad de enfrentarse tener un accidente o una pelea. Es interesante cómo en esta indagación, las jóvenes expresaron que la petición del condón a un varón puede constituir en sí misma un riesgo que podría afectar sus

El estudio realizado por Villagrán Vázquez y cols. (2003), coincide con los anteriores, aún cuando la población estudiada no es exclusivamente de mujeres, pues las y los jóvenes participantes expresaron tener una baja percepción de riesgo en general, pues a pesar de tener los conocimientos, y de estar sensibilizados en el tema del VIH/SIDA, tendían a realizar acciones riesgosas, tales como tener sexo no protegido y después pasar por periodos de incertidumbre e incluso de angustia ante la posibilidad real de un contagio por VIH/SIDA o alguna otra ITS. A esto habría que agregar que, sobre todo los varones más jóvenes, percibían que sigue existiendo la idea de que el condón sirve, en primer lugar, para prevenir embarazos no planeados y sólo en segundo término, para prevenir una ITS; esto debido, entre otras razones, a que eso es lo que les es transmitido por sus padres y madres en el seno de las familias de origen. De hecho, era más importante para ellas y ellos sentirse vulnerables ante la posibilidad de sufrir un ataque violento antes que contraer SIDA si no utilizaban condón en sus relaciones sexuales; como dato interesante vale la pena mencionar que varios de ellos, en edad adolescente, cuando llegaron a aceptar que podrían contraer el virus por no tomar las medidas necesarias para evitarlo, confiaban en que en los siguientes diez años, periodo en el que –estimaban- desarrollarían el síndrome, se desarrollaría una vacuna que les salvaría la vida.

Como ya se dijo, la percepción de riesgo es un constructo valioso en el estudio del comportamiento sexual, pues cada vez más las evidencias disponibles muestran que éste se encuentra asociado con las creencias en torno a la sexualidad y las prácticas sexuales, y también, de manera muy importante, prueban su influencia sobre el comportamiento de las personas, tanto a nivel individual como colectivo. De ahí que, cada vez más, las intervenciones se propongan trabajar con los dos miembros de la pareja, no sólo para involucrarlos a ambos en un proceso que tenga como fin la prevención, sino porque así se evitan los conflictos que surgen cuando alguno de las dos partes actúa unilateralmente para introducir prácticas de sexo seguro,

posibilidades de unirse en matrimonio con él, lo que puso en evidencia que, su preocupación por evitar que se dudara de su virginidad era mayor que su preocupación por el VIH/SIDA.

como puede ser la violencia física, el aislamiento, la terminación de la relación y otras respuestas negativas (ver El-Bassel, Witte y Gilbert, 2003).

3.5. AUTOEFICACIA

La autoeficacia es un constructo que, sin formar parte del modelo teórico de esta investigación, se encuentra fuertemente vinculado con el mismo, por ser un antecedente de uno de los elementos que tienen mayor peso en la Teoría de la Conducta Planeada, el control conductual percibido. Además de esto, el concepto desarrollado por Bandura en 1982 ha sido ampliamente utilizado para estudiar comportamientos relacionados con la salud, como el hábito de fumar, el abandono del consumo de drogas inyectables, o la modificación de hábitos alimenticios y de actividad física en el caso de enfermedades crónicas como la diabetes y algunas otras afecciones. De ahí que valga la pena explorar el concepto y mencionar algunos de los aportes que su aplicación ha hecho en el terreno de la investigación del comportamiento humano.

La autoeficacia es la creencia de que se puede dominar las situaciones y controlar los sucesos (Bandura, 1977 citado en Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zárate, 2002), es decir, es un juicio de capacidad para llevar a cabo una conducta con el propósito de conseguir un fin. De acuerdo con el autor, la autoeficacia influye poderosamente en el desempeño de las personas, y se supone que también lo hace sobre sus sentimientos de competencia. De acuerdo con Bandura (1982) la autoeficacia recibe el influjo de los logros pasados (si alguna vez se ha podido hacer algo, entonces se es capaz de hacerlo de nuevo), las experiencias vicarias (si otras personas pueden hacer algo el/la observador/a también puede), la persuasión verbal (cuando otras personas nos dicen que podemos realizar algo) y, la adecuada interpretación de nuestro estado fisiológico (nuestro desempeño es mejor si no estamos estresados o ansiosos).

Los estudios del propio Bandura y otros autores se han aplicado a diversos campos de la acción humana, como por ejemplo, la eliminación las fobias, el afrontamiento de padecimientos crónicos y el desempeño escolar, especialmente en el área de las matemáticas, por ser ésta una de las que representa mayor dificultad para una proporción importante de las personas. En el terreno de la salud, las investigaciones que emplean esta perspectiva han encontrado consistentemente que la autoeficacia percibida está relacionada con el cambio de comportamientos no saludables hacia conductas sanas y su mantenimiento (varios de ellos se encuentran citados en Smith y cols., 1996).

Ahora bien, en opinión de Garrido Martín (s/f), discípulo de Kate Lorig en la Universidad de Stanford, quien colaboró con Bandura al poner a prueba un modelo de intervención basado en el desarrollo de una mayor percepción de autoeficacia que mejorara las competencias de un grupo de personas que padecían artritis para hacer frente al padecimiento, quienes trabajan con el tema de la autoeficacia sospechan siempre que, por ser una medida subjetiva, puede ser una especie de profecía autocumplida o un autoengaño. Bandura mismo se mostró desconfiado en algún momento, y para eliminar tal sospecha, realizó varias investigaciones para demostrar que la autoeficacia está más allá de la subjetividad; así, en 1982 junto con Telch, compararon los juicios explícitos de un grupo de individuos en relación con su capacidad para superar la agorafobia con los que mantenían ocultos otro grupo, encontrando coincidencias en los resultados.

Por todo esto, la autoeficacia, aunque se relaciona con conceptos como el autoconcepto y la autoestima, no es un rasgo de personalidad sino un juicio de capacidad, y uno de los requerimientos para su medición es que la evaluación respectiva se haga sobre un evento específico. De modo que no hay una autoeficacia general que pueda aplicarse a todos los sucesos de la vida, sino que por ejemplo, podemos sentirnos capaces de comprar un preservativo en una farmacia o un centro comercial, pero no de sacarlo en el momento en que

vamos a tener una relación sexual; en este mismo sentido. La autoeficacia se refiere a la evaluación de la propia capacidad para ejecutar ciertas acciones, y es producto de las creencias que tienen las personas acerca de sus capacidades para producir determinados efectos o ejecutar ciertas acciones (Bandura, 1994; Bandura, 2001).

De acuerdo con esta teoría, la autoeficacia influye la probabilidad de que una persona se involucre en un comportamiento particular, la cantidad de esfuerzo que se dedicará al comportamiento, y la extensión de tiempo que se continuará ejecutando dicho comportamiento. Más aún, la hipótesis es que la autoeficacia es una variable que media el impacto de otras influencias conductuales. La teoría se aplica adoptando nuevos comportamientos, descontinuoando viejas conductas, y evitando otras conductas (Smith y cols., 1996). Autores que han estudiado este constructo, han descubierto un potencial de aplicación importante y han considerado la posibilidad de incorporarlo en varios modelos, tales como el de la Teoría de la Motivación a la Protección (Protection-Motivation Theory) propuesto por Rogers en 1983, y el mismo Modelo de Creencias en Salud.

El propio Albert Bandura ha considerado, en algún momento, que la autoeficacia percibida tiene una amplia aplicación sobre el desarrollo del tipo de habilidades que se requieren para manejar los comportamientos riesgosos que pueden dar lugar a la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana, en el trabajo denominado 'Autoeficacia percibida en el ejercicio del control sobre la infección por SIDA' (el título original del artículo es Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection), publicado en 1989 (citado en Smith y cols., 1996). El uso del condón y la negociación de los encuentros sexuales son dos ejemplos de las áreas que pueden verse afectadas por las expectativas de autoeficacia que tienen los individuos. Esto no pasó desapercibido para Icek Ajzen, quien en 1991 incorporó el factor control percibido a su Modelo de la Conducta Planeada, constructo que se asemeja a la autoeficacia y aún se discute si se deriva de ésta y si es o no la misma variable.

Vale la pena recordar que la teoría afirma que las expectativas de eficacia son aprendidas de varias maneras, por ejemplo mediante los 'logros representados' (enactive attainments) en montajes que muestran la consecución de determinadas acciones o bien por la experiencia personal con los comportamientos en cuestión. Esto significa que, quienes han realizado con éxito un comportamiento preventivo en el pasado, deberían reportar un nivel mayor de autoeficacia que aquellas personas que han fallado en la ejecución de la conducta o que nunca la han intentado (Smith y cols., 1996).

Sólo para ilustrar lo que se ha desarrollado en relación con la prevención y tratamiento de la epidemia por VIH/SIDA, se menciona un estudio realizado por Smith y cols. (1996) con una muestra de 694 personas de origen latino entre 14 y 22 años de edad en dos ciudades de los Estados Unidos, en el cual se buscó medir la autoeficacia que éstos percibían tener con respecto a los comportamientos riesgosos ante la infección, para lo cual se construyó y se validó una escala que indagaba sobre su autoeficacia en relación con el uso del condón, la utilización de drogas con amigas y/o amigos, y negociación con potenciales parejas sexuales, misma que fue aplicada en dos momentos diferentes con la finalidad de establecer una línea base, y posteriormente dar seguimiento a las y los participantes.

Entre los hallazgos relevantes, se menciona que había una relación monotónica entre el mantenimiento de relaciones sexuales recientes y la autoeficacia, factor que correlacionó positivamente también con la frecuencia en el uso del condón. Asimismo, las mujeres obtuvieron puntajes más altos en autoeficacia que los varones, lo que, de acuerdo con Smith y cols. (1996), se debía a que ellos se mostraron menos confiados en que podrían llevar a cabo seis de los nueve comportamientos descritos en los ítems de la escala. En las conclusiones, los autores sugieren que la autoeficacia en relación con estas temáticas inevitablemente aumenta con el tiempo en la medida en que en el paso de la adolescencia a la adultez, las y los jóvenes tienen una mayor experiencia con los compañeros sexuales y los condones; partiendo de esto, se

sugiere que las intervenciones deberían proponerse mejorar tales capacidades con más velocidad que la propia del desarrollo de los individuos, lo que muy probablemente favorecería la prevención del VIH/SIDA y otras ITSs.

3.6. CREENCIAS Y ACTITUDES. SU IMPORTANCIA PARA EL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO

La percepción de riesgo y la autoeficacia, como ya se ha dicho, son dos constructos que nos permiten acercarnos al fenómeno de los comportamientos relacionados con la adquisición del VIH/SIDA o con su evitación y que, al ser incorporados en modelos comprensivos proporcionan mayores elementos para el entendimiento de los fenómenos psicosociales. Las creencias y las actitudes, por otra parte, son también conceptos de los que con frecuencia se echa mano con ese mismo fin. En el caso del VIH/SIDA, las creencias y las actitudes han resultado ser herramientas valiosas porque integran un conjunto de elementos derivados de los contextos sociales específicos y de la cultura en los que se exploran.

A más de veinte años de haber sido identificado el VIH/SIDA, es interesante observar cómo algunas de las creencias que se tenían en torno al tipo de personas que se infectaban, y la manera como éste se adquiría, se han mantenido o bien han sufrido modificaciones, dependiendo de los escenarios en los que se estudian. Esto nos lleva a preguntarnos, ¿por qué muchas mujeres todavía creen que las únicas personas que pueden contagiarse son aquellas que tienen muchas parejas sexuales?, ¿cómo es que aún hay quien se resiste a emplear un preservativo porque éste evoca conductas consideradas como inapropiadas, o bien una posible infidelidad? ¿Cómo afectan estas creencias las acciones de las personas en el ámbito de la salud sexual? La evidencia empírica acumulada se ha encargado de demostrar la existencia de esta relación, pero al mismo tiempo, la complejidad del tema hace que de ningún modo se de por agotado.

Según algunas definiciones, las creencias aluden a la certeza o al menos a la convicción que tienen las personas en relación con la veracidad de alguna cosa o información; dicha información, sin embargo, puede ser cierta o falsa, pero una de las características de las creencias es que independientemente si lo es o no, ésta se da por verdadera. Por ejemplo, durante mucho tiempo, un número considerable de personas creían que comer una manzana al día evitaba que la gente se enfermara; las investigaciones médicas no han demostrado que eso sea del todo cierto, aún cuando se reconocen múltiples propiedades a las manzanas que las convierten en un alimento saludable.

Las creencias que construimos en torno a objetos de actitud diversos no son de la misma naturaleza, y su clasificación puede obedecer a varios criterios; Fishbein y Ajzen (1975 citados en Morales, Reboloso y Moya, 1994) se refirieron, sobre todo, a su origen:

1. la observación directa (el contacto personal con los objetos lleva a la adquisición de creencias que se conservan con certeza máxima, al estar éstas continuamente validadas por la experiencia) que da origen a las llamadas *creencias descriptivas*,
2. las relaciones previamente aprendidas o *creencias inferenciales* (conformadas mediante el uso de sistemas formales de codificación que nos permiten extraer deducciones a partir de observaciones por ejemplo, de las expresiones emocionales de las personas que nos llevan a pensar que tienen un determinado estado de ánimo), y
3. la información proporcionada por las demás personas o *creencias informativas* (la mera exposición a la información procedente de la familia, la escuela, los pares y los medios de comunicación genera creencias en las personas).

Del mismo modo que con los alimentos, las plantas y los animales, las personas construimos creencias sobre las personas y sobre los comportamientos de éstas, así como sobre nosotros mismos, y éstos pueden estar fundados en información verdadera o no. Lo importante es que una parte de la explicación de porqué nos relacionamos con los demás en la forma como lo hacemos o tenemos determinados comportamientos hacia nosotros mismos están influidos por nuestras creencias. Así, la creencia de que si las mujeres solicitan a su pareja regular que utilice

un condón en las relaciones sexuales que mantienen con ellas es porque ellas están siendo infieles, o por el contrario, es un acto de desconfianza hacia su compañero, ha sido uno de los factores que han provocado que muchas mujeres no realicen esa conducta y que sean contagiadas por éstos de ITSs, de virus de papiloma humano, y por supuesto de VIH/SIDA; en este mismo sentido, la creencia de que sólo es adecuado emplear los preservativos con las compañeras sexuales ocasionales ha llevado, entre otras razones, a las mujeres a rechazar ellas mismas ese método preventivo.

Roberts (1999) proporciona varios ejemplos en este sentido y, por ejemplo, estudios realizados en Australia permitieron observar cómo las personas pensaban que a los hombres les disgustan los condones, y por lo tanto, preferían no emplearlos. Investigaciones posteriores mostraron que aproximadamente un tercio de las mujeres tenían ese tipo de percepciones y muchas de ellas además se sentían presionadas a no solicitarlos por las actitudes negativas de sus parejas. Ante esto, resulta comprensible que muchas de ellas tuvieran dificultades para negociar el uso de preservativos con sus compañeros. Por esto, aunque una cantidad considerable de estas mujeres deseaban prevenir los contagios por VIH/SIDA, enfrentaban un conflicto entre ser asertivas al demandar la protección, y procurar ser agradables con el fin de mantener una relación.

El trabajo de Bogart, Cecil y Pinkerton (2000) plantea que otro factor a considerar es el conocimiento adecuado que se tiene sobre el VIH/SIDA, mismo que, de acuerdo con la literatura revisada por las autoras, es una condición necesaria pero no suficiente para reducir los comportamientos de riesgo. Sin embargo, es probable que aún cuando tal conocimiento puede tener muy poca relación o incluso ninguna con la intención de los varones para usar preservativos en sus relaciones sexuales, podría impactar a otras variables relacionadas con el sexo seguro. Recuérdese la importancia que tiene el conocimiento en la formación de creencias positivas o negativas en relación con diversos sucesos.

En la literatura disponible, las creencias se pueden estudiar como constructos independientes de otros conceptos, como la percepción de riesgo, la autoeficacia, el conocimiento sobre el VIH/SIDA y las actitudes, o bien como parte indispensable de modelos integradores como el de la Acción Razonada o la Teoría de la Conducta Planeada. Obviamente, la lógica del análisis de las creencias en uno y otro caso es diferente, pero parece no haber duda de que éstas se encuentran estrechamente relacionadas con las actitudes, variable de la que se considera son antecedentes. Así, aún cuando no lo explican directamente, el conocimiento de las creencias (y en algunos casos también de las actitudes) permite predecir las tendencias del comportamiento con mayor facilidad que cuando no se las considera (Kimball Young, 1973 citado en Reyes-Lagunes, 1990); junto con esto, al estudiar una actitud se está penetrando en la organización de los procesos motivacionales, afectivos, emocionales y cognitivos de los sujetos y, adicionalmente, se está penetrando en su sistema de creencias. Fishbein (1996) comenta que, aún cuando en los últimos tiempos hay una exigencia creciente por recuperar los determinantes no cognitivos de las actitudes, parece que, en general, las actitudes hacia un objeto están primariamente basadas en las creencias de los individuos en relación con tal objeto; de ahí que las creencias sigan siendo piezas clave en el estudio de las actitudes.

Y ya que se las menciona, en la psicología social hace ya varias décadas que el concepto de actitud ha sido el foco de atención en las explicaciones del comportamiento humano que ofrece tal disciplina. Fishbein y Ajzen (1975 citados en Breckler y Wiggins, 1989), definieron a la actitud como *una predisposición aprendida para responder en una forma consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado*. Por su parte, Petty y Cacioppo (1981 citados en Breckler y Wiggins, 1989) han definido a la actitud como *un sentimiento general y permanente, positivo o negativo, sobre alguna persona, objeto o evento*. Ajzen (1989) afirma que *una actitud es una disposición de los individuos para responder favorable o desfavorablemente a un objeto, persona, institución o evento, o algún otro aspecto discriminable del mundo de los individuos*. Una actitud se forma cuando los conocimientos, los sentimientos y las tendencias a

reaccionar ante un objeto se hallan sumamente interrelacionadas, por lo que algunos sentimientos específicos y tendencias a reaccionar se asocian de manera lógica con una manera particular de pensar acerca de determinadas personas o sucesos (Fonseca Villarreal, 2003).

De manera similar a las creencias, las actitudes son adquiridas mediante la influencia de la sociedad y de la cultura sobre los individuos, por imitación, por una experiencia traumática, por el acrecentamiento de la experiencia, o por la individualización, diferenciación y segregación de experiencias adicionales; esto último permite que las actitudes se vuelvan concretas y distintas de otras. Dicha influencia cual comienza en el momento en que se da el contacto y la interacción entre las personas, proceso que se inicia dentro del núcleo familiar desde el momento de la crianza, pero que puede verse modificado en las sucesivas interacciones con los diversos grupos sociales, dando lugar a las fases mencionadas arriba, gracias al aprendizaje selectivo y el condicionamiento de respuestas ante la presentación de determinados estímulos, sean éstos de naturaleza física o social.

Ahora bien, aún cuando es posible medirla, Ajzen reconoce a la actitud como una variable latente o un constructo hipotético que, siendo inaccesible a la observación directa, puede ser inferida de respuestas medibles y, dada la naturaleza del constructo, estas respuestas pueden reflejar evaluaciones positivas o negativas del objeto de actitud. De hecho, de las tres dimensiones reconocidas como medibles en las actitudes: evaluación, potencia y acción, la evaluativa es la que tiene el mayor peso, según Osgood, Suci y Tannenbaum (1958 citados en Ajzen, 1989).

Posteriormente, Rosenberg y Hovland afirmaron en 1960 que las respuestas actitudinales pueden ser cognitivas, afectivas y connotativas, y su expresión puede ser verbal o no verbal. El problema con el que se enfrentaron en aquel tiempo fue la aparente inconsistencia entre lo que las personas dicen que hacen y sus conductas observadas, es decir, el grado de correspondencia entre actitudes y comportamientos. El modelo de Rosenberg y Hovland es un

modelo jerárquico que considera cognición, afecto y connación como factores de primer orden, y a la conducta como un factor de segundo orden, resultante de la conjunción de los otros tres factores, lo que implica la existencia de una correlación entre tales factores.

Una década y media más tarde, en 1975, Fishbein y Ajzen propusieron un entramado teórico que estructura el dominio de las actitudes en una forma diferente al de Rosenberg y Hovland. En esta concepción el término actitud está reservado para la respuesta evaluativa global, mientras que cognición, afecto y connación (conducta) son tratados conceptualmente como distintos y consecuencias de una actitud. Estos autores sostienen que otro elemento, las creencias, no sólo se relacionan con las actitudes, sino que las actitudes están en función de las creencias. Asimismo, suponen que las actitudes ejercen una influencia dinámica o directiva sobre la conducta. La gente, afirman, además se forma intenciones para comportarse en formas que son evaluativamente consistentes con sus actitudes y, cuando se presenta la oportunidad adecuada, actuar en concordancia con aquellas intenciones. Esto implica que hay una cadena causal en donde la conducta está determinada por las intenciones, las intenciones están antecedidas por las actitudes, y las actitudes están en función de las creencias.

En 1977, Fishbein formula un principio de compatibilidad que establece que cualquier medida disposicional, verbal o no verbal, puede ser definida en función de cuatro elementos: la acción involucrada, el objetivo hacia el que se dirige la acción, el contexto en el que ocurre, y el tiempo en el que ocurre. Mientras más similares sean la acción, el objetivo, el contexto y el tiempo de una respuesta verbal hacia un objeto (la actitud), a una respuesta no verbal (la conducta), más fuerte debe ser la relación entre ellos. La lógica de la cadena causal que va de las creencias a las conductas, junto con el principio de compatibilidad, llevaron a Fishbein y Ajzen a desarrollar la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y, más recientemente, Ajzen (1991) adicionó el control al modelo y desarrolló la Teoría de la Conducta Planeada (TCP). En esta última, como en la teoría anterior, el concepto central por ser el antecedente inmediato a la

conducta, es la intención⁴², la cual, se asume que es un indicador de qué tanto la gente desea tratar y cuánto esfuerzo planean dedicar a una conducta.

Durante el tiempo transcurrido desde los trabajos de Osgood, Suci y Tannenbaum, Rosenberg y Hovland, hasta la versión más actual de los modelos de cambio de actitudes que repercuten en las conductas, resulta interesante cómo se pasó de pensar que al conocer las actitudes era posible predecir los comportamientos, a una visión en la que las intenciones nos acercan con mayor precisión a la conducta, jugando un papel mediador entre esta última y las actitudes. Ajzen (1991) recuerda cómo hubo un momento en el que, ante la limitada capacidad de las actitudes generales para predecir las conductas, hubo quienes incluso exigieron que se abandonara el concepto.

Ajzen (2001) hace un señalamiento pertinente en el sentido de que las definiciones que declaran que las actitudes son disposiciones para evaluar objetos psicológicos parecen implicar que adoptamos una actitud y solamente una, hacia un objeto o cuestión determinados; la investigación sugiere que esto es una visión demasiado simplista y errónea del constructo. Por el contrario, las evidencias muestran cada vez más, que podemos tener actitudes duales hacia un mismo objeto en el mismo contexto, o incluso múltiples actitudes hacia el mismo objeto, o actitudes iguales hacia diferentes objetos psicológicos; se debe considerar –más bien- la presencia de múltiples actitudes dependientes del contexto hacia los grupos sociales. Esto no quiere decir que no existan actitudes duraderas, y éstas de hecho han probado ser fuertes por poseer características tales como: ser relativamente estables a través del tiempo, ser resistentes a la persuasión (y por tanto, relativamente difíciles de modificar), y predecir el comportamiento manifiesto (Ajzen, 2001). Otro elemento que incrementa la fortaleza de las actitudes es la relevancia personal de la información para las personas que se ven expuestas a la misma.

⁴² Se parte, como ya se vio, del supuesto de que si una persona posee una intención es más altamente probable que efectúe una conducta.

Las actitudes cumplen varias funciones, siendo una de las más importantes la de permitir a las personas enfrentar y ajustarse a su ambiente social, es decir, tienen una función adaptativa. A ésta se agregan otras: la función de conocimiento, la función ego-defensiva, la función de ajuste social, y la función utilitaria. Estas funciones actitudinales pueden estar, en opinión de Ajzen (2001), asociadas con posiciones o asuntos sociales. Ahora bien, si concedemos que, de manera directa o indirecta, las actitudes influyen sobre la conducta, es importante distinguir entre dos tipos de actitudes: unas dirigidas hacia objetos físicos, grupos étnicos, raciales o de otro tipo, instituciones, políticas, eventos y otros objetivos generales; el segundo tipo se refiere a actitudes hacia la realización de determinados comportamientos con respecto a un objetivo (Ajzen y Fishbein, 2005); como se verá, esta distinción es importante pues de acuerdo con los hallazgos de investigación, las actitudes sobre comportamientos específicos son mejores elementos para explicar y predecir el comportamiento, que aquellas que hacen referencia a objetos poco precisos.

3.6.1. LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

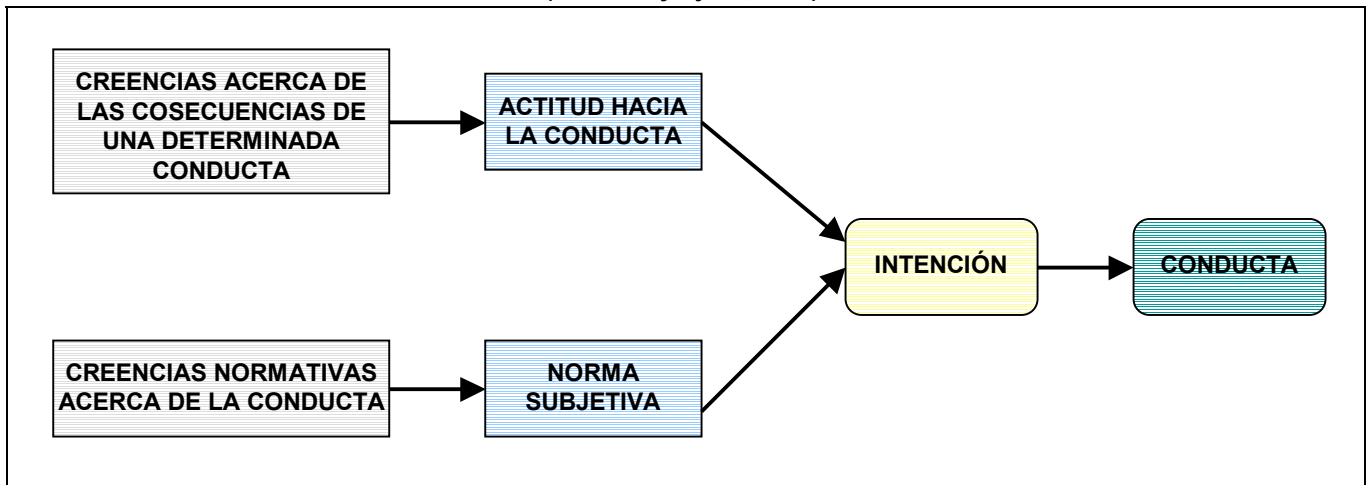
En una época en la que el estudio de las actitudes tenía un gran auge entre los científicos sociales, y en particular entre las y los psicólogos sociales, la emergencia de la Teoría de la Acción Razonada (TAR) a mediados de los años setenta del siglo pasado, constituyó un desarrollo importante para el cuerpo de conocimientos constituido alrededor de dicho constructo. Así, éste era un modelo que integraba un conjunto de elementos que iban más allá de la afirmación de que las actitudes permitían predecir las conductas, pues la dificultad con la que las y los investigadores se toparon para probar ese principio llevaron a algunos de ellos como Martin Fishbein y Icek Ajzen a pensar en que había más factores interviniendo en esa relación y en consecuencia, a elaborar un esquema más complejo que recuperaba los tres elementos propuestos por Rosenberg y Hovland, pero que los vinculaba en una cadena causal.

Para remediar la pobreza de los resultados obtenidos al aplicar los esquemas que sostenían que las actitudes generales y los rasgos de personalidad eran útiles para predecir conductas, se propuso la agregación de comportamientos específicos a través de ocasiones, situaciones y formas de acción; la idea detrás de este principio era que cualquier abundancia de comportamientos refleja no sólo la influencia de una disposición relevante general, sino también la influencia de varios otros factores únicos de la ocasión particular, de la situación, y de la acción a ser observada (Ajzen, 1991). Esta lógica de agregación de factores subyace a la TAR.

Partiendo de esto, esta fue la primera teoría que sugiere que la intención es un mediador de la influencia de otras variables sobre la conducta, y el antecedente inmediato de la misma (García y Barragán, 2002), siendo este el concepto central del modelo. Liska (1984), reconocía que una de las virtudes del modelo es que éste daba un cierto orden conceptual para el estudio del difícil vínculo entre actitudes y conductas, al proporcionar una definición conceptual de las actitudes, al especificar una parsimoniosa estructura causal, y conceptualizando otras variables dentro de tres categorías; este orden, sin embargo, se logró limitando el tema de estudio a los comportamientos voluntarios, dejando fuera las dificultades que implica tomar en cuenta factores derivados de la interacción con otras personas, como la cooperación social, por mencionar alguno.

Dado que la TAR tiene una orientación evidentemente cognitiva, ésta asume que los seres humanos son animales racionales que deciden las acciones que han de realizar, y que sistemáticamente procesan la información disponible. El cambio de comportamientos desde esta perspectiva es visto, sobre todo, como un cambio en la estructura cognitiva que subyace a ese comportamiento (Fishbein y Middlestadt, 1989). Los componentes del modelo son las actitudes, la norma subjetiva –precedidas ambas por sus creencias respectivas-, la intención y la conducta, como se puede ver en la gráfica 1.

Gráfica 1
Modelo de la Acción Razonada (TAR)
(Fishbein y Ajzen, 1975)



Como es posible apreciar, esta teoría puede ser vista como una serie de hipótesis que vinculan: a) el comportamiento a las intenciones, b) las intenciones con una influencia combinada de las actitudes y las normas subjetivas, y c) las actitudes y las normas subjetivas hacia las creencias conductuales y normativas, respectivamente (Fishbein y Middlestadt, 1989). Además, de acuerdo con la TAR, la intención debería corresponder al comportamiento en términos de cuatro elementos: la acción, el objetivo, el contexto y el tiempo, y la variación de cualquiera de éstos cambia la definición del comportamiento considerado (Fishbein, 1997); es por esto tan importante que, cuando se están investigando las actitudes y el comportamiento bajo esta perspectiva, queden estas cuatro condiciones suficientemente especificadas, por ejemplo, solicitar el uso del condón a la pareja regular para evitar una infección por VIH/SIDA la próxima vez que se tenga una relación sexual. Asimismo, cuando una persona se ha formado una intención fuerte para realizar una conducta, si no hay limitaciones ambientales para prevenir a la persona de llevar a cabo su intención, la probabilidad de que el comportamiento se ejecute es cercana a 1.

Pero de la misma manera en que la intención influye a la conducta, ésta se ve determinada a su vez por las actitudes hacia la ejecución de un determinado comportamiento, y la norma

subjetiva relativa al mismo⁴³. Según Sheeran y Taylor (1999), las primeras se refieren al juicio evaluativo que hacen las personas respecto de la realización de una determinada conducta (por ejemplo, solicitar el uso del condón a la pareja regular), el cual está determinado por las creencias sobre los beneficios y los obstáculos para realizarla; las normas por otra parte, se refieren a la percepción que tienen los individuos de la presión social que reciben para que ejecuten la conducta, y también se derivan de las creencias personales sobre lo que los 'otros significativos' piensan que el individuo debe hacer o no (por ejemplo, la pareja, las amigas, los padres, las hermanas y hermanos) (ver también Fishbein, 1997).

Liska (1984) revisó un conjunto de investigaciones que emplearon la TAR, e hizo algunas críticas que vale la pena mencionar. En primer lugar, sugería que la intención no es una causa necesaria y suficiente del comportamiento, por tanto, consideraba que los autores de la teoría debían reformular su ecuación para explicar la conducta voluntaria e involuntaria. En segundo término, aún cuando encontraba necesario y útil que la TAR hiciera una distinción conceptual clara entre las intenciones, las cogniciones y las actitudes, en su opinión, el modelo especificaba erróneamente la estructura causal subyacente a las relaciones entre los componentes; en particular, su apreciación era que las intenciones podrían no mediar necesariamente la relación entre actitudes y comportamiento, sobre todo tomando en cuenta que las actitudes son inestables y frecuentemente no se forman sino hasta inmediatamente después de que se ha dado el comportamiento. La tercera crítica era que la investigación que él conocía hasta ese momento mostraba que las actitudes no mediaban completamente, el efecto de las cogniciones⁴⁴ sobre las intenciones. Por último, el modelo de Fishbein y Ajzen especifica una estructura causal recursiva que subyace a las relaciones entre comportamiento, intenciones y actitudes, pero algunas tradiciones teóricas, y hallazgos de la investigación empírica parecían sugerir que el comportamiento afectaba, al mismo tiempo, a las intenciones y las actitudes.

⁴³ Estos dos conceptos, y los demás de la TAR y la TCP serán definidos en el siguiente subapartado.

Ahora bien, en los veinte años transcurridos desde la publicación de las críticas de Liska, una gran cantidad de trabajos que han utilizado la TAR han arrojado evidencias en sentido contrario de algunas de esos juicios, pues la intención, hasta hoy, ha demostrado ser el mejor predictor de la conducta si nos atenemos a la lógica propuesta por el modelo; ciertamente, ese único factor no explica la totalidad de la varianza en los fenómenos estudiados, pero sí proporciones importantes de ella, como es posible constatar en estudios como los de Leone, Perugini y Ercolani (1999) y Perelló Valls y cols. (1998) por mencionar sólo algunos. En lo que toca a la influencia de los comportamientos sobre las actitudes y las intenciones, ésta es una discusión que está aún vigente y que ha sido abordada por algunas de las autoras y autores que contribuyen con algún capítulo de *The Handbook of Attitudes*, recientemente publicado⁴⁵ y que, aún sin haber sido resuelta, aporta elementos para la reflexión sobre la complejidad de este proceso. Evidentemente, existen otros factores que tienen alguna influencia sobre el comportamiento que no están contemplados explícitamente en el esquema del modelo, pero que ya han sido explorados, como por ejemplo el comportamiento pasado (ver Ajzen, 2002b; también se recomienda revisar Norman y Smith, 1995).

3.6.2. LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA

Atendiendo a sus propias inquietudes en relación con la pobre validez predictiva de las actitudes para explicar el comportamiento, así como a la observación hecha por autores como Liska (1984) en el sentido de que la TAR era un modelo apropiado para explicar las conductas voluntarias pero que no abarcaba aquellas que no lo eran, Ajzen hizo una revisión de dicho entramado conceptual, y agrega un constructo similar al concepto autoeficacia acuñado por Bandura en 1982, con el fin de corregir las limitaciones de la TAR a ese respecto.

⁴⁴ Inferimos que se refiere a las creencias.

⁴⁵ En particular, se recomienda revisar el capítulo titulado *The influence of behavior on attitudes* (Olson y Stone, 2005).

La Teoría de la Conducta Planeada (TCP) surge, según Ajzen (1991) como una extensión de la TAR, y como en la teoría original la intención de los individuos para realizar una determinada conducta es la variable central de la TCP la cual, se asume, captura los factores motivacionales que influyen a un comportamiento⁴⁶. La regla general indica que, entre más fuerte sea la intención de involucrarse en una conducta, debería ser mayor la probabilidad de que en efecto ésta se realice. Ahora bien, igual que como se da por hecho en la TAR, la intención así formulada tendrá una expresión conductual sólo si el comportamiento en cuestión se encuentra bajo el control voluntario de los individuos, esto es, si las personas deciden llevarlo a cabo o no; como esto no siempre es posible, se requiere incorporar otros factores no motivacionales, como disponibilidad de recursos tales como tiempo, dinero, habilidades, cooperación de otros, etc. Es decir, para tener éxito en lograrlo, no basta con desear realizar la acción, sino tener un control real sobre tal ejecución.

Es así como se incorpora la variable control conductual percibido al modelo, constructo que tiene antecedentes en otras concepciones como los “factores facilitadores” de Triandis (1977), el “contexto de oportunidad” de Sarver (1973), los “recursos” de Liska (1984) y el “control de la acción” de Kuhl (1985) (todos ellos citados en Ajzen, 1991). Se asume entonces que las intenciones y el control que se percibe tener interactúan entre sí, y tienen un efecto sobre el comportamiento; dicho de otro modo, se espera que la intención influya a la conducta en la medida en que las personas tienen control conductual, y la ejecución debería incrementarse con el control conductual en la medida en que las personas están motivadas para intentarlo.

Ahora bien, es necesario distinguir la percepción del control, del control real sobre la conducta, pues hay situaciones en las que las condiciones pueden estar dadas y existir los recursos, pero lo realmente importante es que las personas se sientan en la capacidad de llevar a cabo una acción. El control conductual percibido ha sido equiparado con otros conceptos que

⁴⁶ A este respecto, el autor menciona que existe evidencia de cómo las personas que desean intentar, aún cuando

hacen referencia al control, pero Ajzen (1991; Ajzen, en prensa) hace una distinción con el locus de control percibido de Rotter (1966)⁴⁷, la teoría de la motivación de Atkinson (1964)⁴⁸, y la autoeficacia de Bandura (1982) (todos los autores son citados por Ajzen, 1991) con la que sin embargo acepta que existen ciertas similitudes pues para acuñar su propio concepto, recuperó la experiencia del programa de investigación de Bandura y otros autores en los que se pudo observar que el comportamiento de las personas está fuertemente influido por su confianza en sus habilidades para desempeñarlo.

La TCP, entonces, coloca el concepto de autoeficacia, transformado en control conductual percibido, en un entramado más general de relaciones entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos. Así, el control conductual percibido, junto con las intenciones, pueden ser empleadas directamente para predecir la realización del comportamiento; por tanto, si se mantiene constante la intención, el esfuerzo empleado para ejecutar una acción junto con el control conductual percibido incrementa la probabilidad de una conclusión exitosa (Ajzen, 1991).

Igual que en el modelo de la TAR, la TCP postula la existencia de tres factores determinantes de las intenciones, conceptualmente independientes entre sí (Ajzen, 1989 y 1991):

- 1. *La actitud hacia el comportamiento.* Se refiere al grado en el cual una persona tiene una evaluación favorable o desfavorable hacia la conducta en cuestión.
- 2. *La norma subjetiva.* Se refiere a la presión social que se percibe ejercen las personas significativas para los individuos para efectuar o no una conducta.

deban invertir mucho esfuerzo, realizar determinados comportamientos (Ajzen, 1991).

⁴⁷ En relación con este concepto, Ajzen (1991) menciona que, mientras el locus de control percibido hace referencia a una expectativa generalizada que permanece estable a través de las situaciones y formas de acción, el control conductual percibido se refiere a la facilidad o la dificultad que una persona aprecia que tiene la realización de un comportamiento.

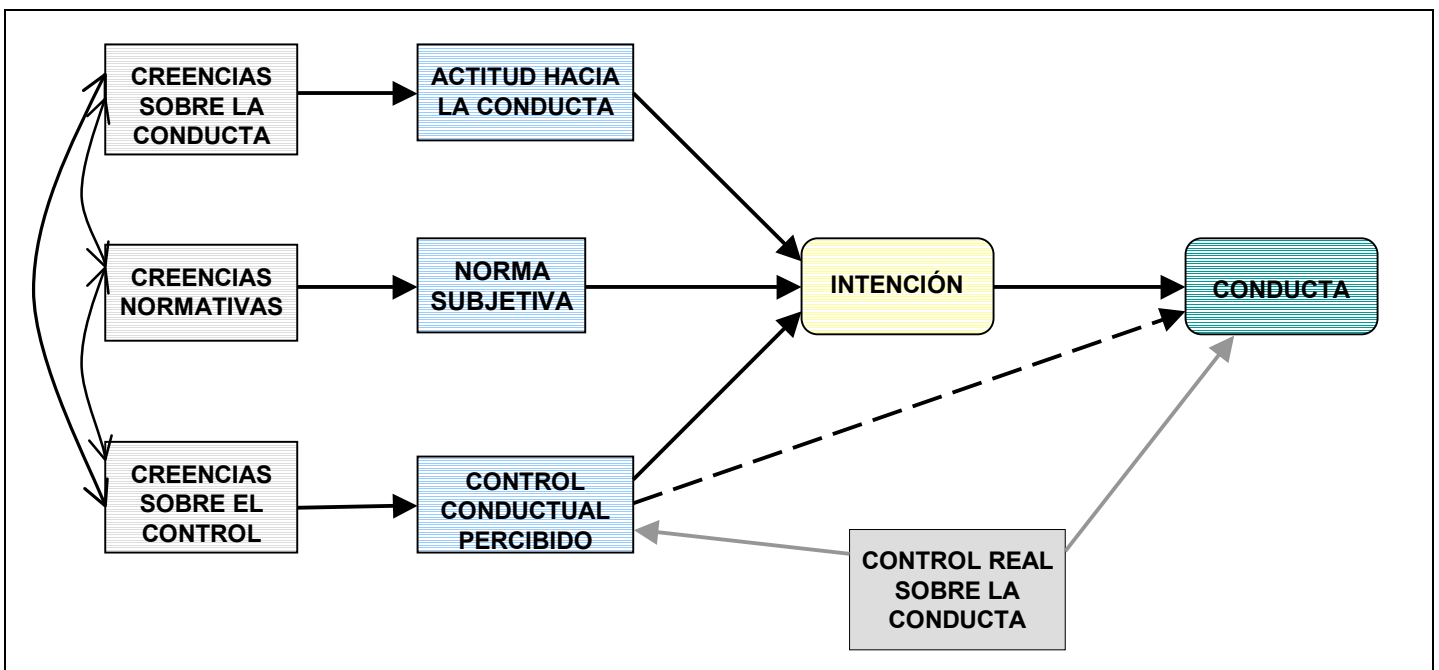
⁴⁸ En este caso, el concepto hace referencia a la expectativa de éxito, definida como la probabilidad que se percibe se tiene para tener éxito en una determinada tarea. Aún cuando esta variable tiene en común con el control conductual percibido el hecho de que en ambos casos se hace alusión a un contexto conductual específico y no a una predisposición generalizada, la motivación de la que habla Atkinson si parece ser general, condición contradictoria con el constructo incluido en la TCP.

- 3. *El grado de control conductual percibido*. Es la facilidad o dificultad percibida para efectuar la conducta, y se asume que refleja la experiencia pasada, así como los obstáculos o impedimentos anticipados.

En general, mientras más favorable sea la actitud y la norma subjetiva respecto de una conducta y se perciba un mayor control sobre ella, más fuerte será la intención de realizarla. Ajzen (1989) menciona que se debe distinguir también la existencia de tres clases de creencias: las creencias respecto a la conducta, las creencias normativas y las creencias respecto del control que se tiene sobre la conducta, que anteceden a las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido, respectivamente. En este nivel de la teorización, el autor mantiene firme su aseveración de que las intenciones para realizar una determinada conducta permiten una mejor predicción de dicha conducta (ver también Ajzen, 1991 y 2002a).

La integración de todos los elementos de la TCP se presenta en la siguiente gráfica:

Gráfica 2
Teoría de la Conducta Planeada (TCP)
(Ajzen, 1991, 2002a)



Cada uno de estos elementos y sus relaciones se definen de la siguiente manera:

- ✓ Creencias sobre la conducta. Vinculan a la conducta de interés con los resultados esperados de la misma, y es la probabilidad subjetiva de que la conducta producirá un determinado resultado.
- ✓ La actitud hacia la conducta es el grado en que la ejecución del comportamiento es evaluada positiva o negativamente.
- ✓ Las creencias normativas se refieren a las expectativas del comportamiento que las personas perciben tienen sus referentes importantes, como pueden ser la esposa o el esposo, la familia, los amigos o amigas y –dependiendo de la población y el comportamiento estudiado- el doctor, la maestra, la supervisora o supervisor, y las y los compañeros de trabajo. Se asume que estas creencias sobre las normas, en combinación con la motivación que tienen las personas para cumplir las expectativas de los distintos referentes, determinan la norma subjetiva predominante, la cual está relacionada con la probabilidad de que el/la referente piense que la persona debería ejecutar el comportamiento en cuestión.
- ✓ La norma subjetiva es la presión social percibida para involucrarse o no en un comportamiento, y se asume que está determinada por el conjunto de creencias normativas concernientes a las expectativas de los referentes importantes para la persona.
- ✓ Las creencias sobre el control tienen que ver con la presencia percibida de factores que pueden facilitar o impedir la ejecución de un comportamiento y se asume que estas creencias sobre el control, en combinación con el poder percibido de cada factor de control, determina el control que se percibe la persona tiene sobre el comportamiento.
- ✓ El control conductual percibido se refiere a la apreciación que tiene la gente de su capacidad para desempeñar un comportamiento determinado, y está dada por el conjunto total de las creencias de control que tiene una persona, como pueden ser aquéllas acerca de la presencia de factores que pueden facilitar o impedir la realización de la conducta.
- ✓ La intención es la representación cognitiva de la prontitud con que una persona puede llevar a cabo un comportamiento determinado, y se le considera como el

antecedente inmediato del comportamiento y está basada sobre la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva, y el control percibido de la conducta.

- ✓ El control real sobre el comportamiento se refiere al grado en el cual una persona tiene las habilidades, los recursos y otros requisitos previos para desempeñar un comportamiento determinado. El cumplimiento exitoso de una conducta depende no sólo de una intención favorable, sino también de un nivel suficiente de control conductual, el cual puede ser utilizado en la predicción de la conducta.
- ✓ La conducta es la respuesta manifiesta observable en una situación dada respecto de un blanco determinado. Observaciones conductuales individuales pueden ser agregadas a través de los contextos y los momentos para producir una medida del comportamiento más ampliamente representativas. En la TCP, la conducta es una función de las intenciones compatibles y el control conductual percibido. Conceptualmente, se espera que el control conductual percibido modere el efecto de la intención sobre el comportamiento de manera tal que una intención favorable produzca la conducta sólo cuando el control conductual percibido sea fuerte; en la práctica sin embargo, a menudo se encuentra que las intenciones y el control conductual percibido tienen efectos importantes sobre el comportamiento, pero ninguna interacción significativa.

La investigación empírica sobre el comportamiento sexual es abundante y prueba la eficacia del modelo en contextos diversos. Por ejemplo, Bogart y cols. (2000), exploraron siete creencias acerca de los posibles resultados de utilizar condón femenino en un estudio en el que participaron 146 personas mexico-americanas mayores de edad (75 hombres y 71 mujeres) en una ciudad con alta presencia latina en los Estados Unidos. Cuatro de las creencias mencionadas eran positivas (por ejemplo, que si se usa es más fácil alcanzar el orgasmo) y las tres restantes, negativas. Una de los primeros resultados interesantes, aunque esperados, fue que las mujeres tuvieron creencias positivas más altas que las de los hombres, aunque también el promedio de sus puntajes en creencias negativas era ligeramente mayor al de éstos. Al correlacionar estos dos factores con los componentes de la Teoría de la Conducta Planeada para el conjunto de la muestra, la autoeficacia para el uso del condón femenino y el

conocimiento sobre el SIDA fueron las creencias negativas las que mostraron tener las relaciones más fuertes –y negativas casi todas ellas- con variables como las actitudes ($r=-.33$; $p<.001$), la autoeficacia ($r=-.28$; $p<.01$), y el conocimiento sobre el SIDA ($r=-.26$; $p<.001$), por mencionar sólo las más importantes. Las intenciones, por otra parte, tuvieron una relación débil con las actitudes ($r=.25$; $p<.01$), las normas subjetivas ($r=-.12$; n. s.), y sobre todo con la autoeficacia ($r=.30$; $p<.001$), así como con el conocimiento sobre el SIDA ($r=-.29$; $p<.01$) y la utilización del condón en la última relación sexual ($r=.24$; $p<.01$).

En los análisis de regresión jerárquica múltiple, controlando la variable sexo, en los que la dependiente era la intención de usar el condón femenino (la probabilidad de que ellas y sus parejas sexuales utilizaran un condón femenino en la siguiente relación sexual), y las independientes los factores de la TCP (considerando a la autoeficacia como control conductual percibido), y el conocimiento sobre el SIDA. El modelo obtenido para el grupo de mujeres se ajustó adecuadamente y explicaba el 24% de la varianza ($F_{(4,69)}=5.35$; $p<.001$) con las variables actitudes ($B=.38$), norma subjetiva ($B=-.02$), conocimiento sobre el SIDA ($B=.28$) y autoeficacia ($B=.29$). El modelo para el grupo de los varones incluyó la variable conocimiento sobre el SIDA ($B=-.46$) y también se ajustó en forma adecuada ($F_{(4,56)}=5.01$; $p<.01$), explicando el 26% de la varianza. Los autores concluyen que es importante integrar el factor conocimientos sobre el SIDA al modelo que explica las intenciones de emplear preservativos femeninos, al haber probado que ésta es una variable relevante para la predicción de las intenciones.

El trabajo de Ardouin, Bustos, Gayó y Jarpa (2001), pretendía mostrar que la TCP era un modelo adecuado para predecir la intención de 104 mujeres estudiantes universitarias de pedir a sus compañeros sexuales el uso del condón. Además, se proponían probar que el locus de control y el control conductual percibido correlacionaban en forma significativa entre sí y con la intención conductual. Los resultados, sin embargo, mostraron que el control conductual percibido y el locus de control no estaban relacionados entre sí, y que este último tenía una relación baja y

no significativa en términos estadísticos con la intención ($r=.12$, n.s.). Las variables de la TCP si mostraron relaciones entre sí, siendo las más importantes actitudes generales y específicas con la intención ($r=.54$, $p<.01$ en ambos casos), norma subjetiva con la intención ($r=.54$, $p<.01$), con la actitud general ($r=.42$, $p<.01$) y con la actitud específica ($r=.49$, $p<.01$), pero no correlacionó con el control conductual percibido.

Un análisis de regresión múltiple, al que fueron introducidas las variables de la TCP para predecir la intención, entraron la actitud específica hacia la conducta (pedir a la pareja que usara condón en todas sus relaciones sexuales) ($\beta=.36$), la norma subjetiva ($\beta=-.46$), el control conductual percibido ($\beta=.03$) y el locus de control ($\beta=.19$). Desafortunadamente, las autoras no reportan la proporción de varianza que este modelo explica, ni si éste se ajusta adecuadamente con los datos de la muestra. A partir de estos resultados, las autoras rechazan las hipótesis de relación entre el locus de control y el control conductual percibido, así como con la intención. Lamentablemente no se llegó, en los análisis de regresión a la búsqueda de un modelo que incluyera a la conducta, así que tampoco se probó si éste funcionaba con este tipo de población, pues sólo se llegó hasta la intención.

Lo que si es posible inferir del último estudio descrito es que la norma subjetiva es la variable que afecta más a la intención, hallazgo que coincide con lo reportado por Finlay, Trafimow y Moroi (1999) en relación con el funcionamiento del modelo de la TCP para predecir los comportamientos saludables de un grupo de estudiantes. A pesar de esto, parece haber cada vez más evidencia en el sentido de que la variable control conductual percibido es la más importante para explicar la intención de ejecutar un comportamiento como solicitar a la pareja sexual que use condón (Toledo Benítez, 2003)⁴⁹, y también cuando se busca predecir una conducta como realizarse la prueba del papanicolaou (ver Ramírez Sánchez, 2002).

⁴⁹ En este estudio, en el que participaron 250 mujeres casadas de un municipio del Estado de México, Toledo Benitez (2003) obtiene un modelo que se ajusta adecuadamente con los datos ($F_{(249)}=86.726$; $p<.05$) y en el que sólo entraron las variables control conductual percibido ($\beta=.635$) y las actitudes ($\beta=109$), para explicar el 40% de la varianza.

El modelo obtenido por Ramírez Sánchez (2002) llama la atención porque, después de obtener dos factores de control conductual percibido al realizar el análisis psicométrico de la escala correspondiente, uno negativo y otro positivo, fue únicamente el control negativo el que tuvo una influencia directa sobre la conducta ($\beta=.182$), y también sobre la intención ($\beta=-.242$), mientras que el positivo no afectó a ninguna de las dos variables mencionadas. De hecho, el control conductual percibido negativo fue la única variable que permitía predecir la conducta con un modelo que se ajustó adecuadamente ($F_{(1,249)}=8.983$, $p<.01$) y arrojó una R^2 ajustada de .29; llama la atención que, en este caso particular, la norma subjetiva no afectara ni a la intención ni a la conducta. La autora concluye que la TCP funciona sólo parcialmente con esta muestra de 250 mujeres que asistían a consulta médica en una clínica familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de México, a cuyas características fue atribuido ese resultado con la TCP.

Con esta descripción breve de los modelos de TAR y TCP queda claro que ambos, pero en particular el último, tienen un potencial importante en la búsqueda de explicaciones que nos ayuden a comprender de mejor manera el comportamiento de los seres humanos desde una perspectiva predominantemente cognitiva pero susceptible de integrar otros elementos que nos ayuden en esta tarea, como la percepción de riesgo referida en apartados anteriores, y la satisfacción con la relación de pareja, cuando se trata de mujeres unidas y la posibilidad de que éstas pidan a sus parejas que usen condón en sus relaciones sexuales.

3.7. SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN CON LA PAREJA

Este concepto fue incorporado para tratar de entender, en la lógica de la relación de pareja, cómo elementos tales como la comunicación, la intimidad, el compromiso, y la seguridad, influyen en la forma como las mujeres conciben el riesgo de contraer VIH/SIDA y solicitan, o no, que sus compañeros utilicen el condón. Los estudios sobre este tema, conceptualizado sobre todo como *satisfacción marital*, abarcan una gran cantidad de dimensiones de la interacción entre los miembros de la pareja, tales como el tiempo de convivencia, los estilos de

comunicación, las expectativas que se tienen en diversas áreas, etc. Dentro de esta dimensión, un área importante es la intimidad, que incluye varios de los elementos mencionados y que, consideran algunos autores, es una condición indispensable para que se de la satisfacción.

La relación con la pareja supone siempre la existencia de una relación cercana con otra persona, en la que se espera que haya un alto grado de atracción y pasión, interdependencia mutua e intimidad, y la expectativa de que el vínculo será durable y en el que habrá un compromiso importante por parte de ambos miembros (Levinger, 2000). Debido a estas características, se espera que con el tiempo, haya en la relación una comunicación altamente personal, que el conocimiento compartido por los integrantes de la pareja pase de lo público a lo privado, y que la interacción entre ellos se base en las expectativas mutuas en relación con el otro y con la relación.

En lo que respecta a la intimidad, existen diversas definiciones pero, en opinión de Navarro Pertusa (2004), la mayoría de ellas coinciden en considerarla bien como una característica de las relaciones, o como una condición, tal vez la más relevante para la evaluación de las relaciones personales de los individuos. De acuerdo con esta autora, existe un número considerable de estudios que muestran que la intimidad es un factor que predice el amor y también altos niveles de satisfacción y confianza en una relación personal, y llama la atención sobre el innegable peso que tiene el contexto social en las relaciones de intimidad en relación con las amigas y amigos o con la pareja.

La intimidad, continúa Navarro Pertusa (2004) es un concepto que admite múltiples definiciones, y que hace referencia a cuestiones tales como la privacidad, una emoción, un vínculo afectivo, un rasgo de personalidad, una disposición motivacional, y muy a menudo, una relación sexual o amorosa. Los instrumentos de medición de la intimidad, como el Personal Assesment of Intimacy in a Relationship (PAIR), contemplan las siguientes dimensiones: intimidad emocional (proximidad de sentimientos y capacidad para hablar sobre ellos y

compartirlos), intimidad social (contar con amigos comunes y una red social similar), intimidad sexual (proximidad física, y contacto físico y/o sexual), Intimidad intelectual (compartir las ideas, poder hablar de temas diversos y de las cosas relevantes), e intimidad lúdica (compartir aficiones, modos de diversión).

Es importante considerar la dimensión de intimidad cuando se hace referencia a la satisfacción con la relación de pareja, ya que "...la interacción íntima, por definición, transmite a quienes participan en ella sensaciones de bienestar y sentimientos positivos sobre uno mismo, sobre la otra persona y sobre la interacción." (Navarro Pertusa, 2004:175). Entre las cualidades afiliativas que caracterizan este tipo de relación destacan la confianza, la confidencialidad, la apertura de uno mismo, y el apoyo mutuo, y entre los aspectos que definen el grado de intimidad en una relación de pareja, la comunicación emocional y la confianza resultan ser los más relevantes. En estudios sobre uso del condón realizados con parejas jóvenes, la intimidad, el compromiso, la confianza, y la duración de la relación son factores que aportan importantes elementos para entender la dinámica en la que se gesta el riesgo o la posibilidad de la protección mutua (Civic, 1999).

En consonancia con lo anterior, y de acuerdo con la literatura revisada, la llamada satisfacción marital está sustentada en la percepción que tienen los miembros de la pareja sobre su relación y sobre la otra persona, misma que se traduce en una evaluación o actitud. De ahí que las definiciones que algunas autoras y autores han acuñado coinciden en que la satisfacción marital consiste en una evaluación tanto de la relación que una persona tiene con otra, que es su pareja, con quien se entiende, mantiene una convivencia permanente, como de esa persona. Por ejemplo, Díaz-Loving, Alvarado Hernández, Lignan Camarena y Rivera Aragón (1997), integran lo propuesto por autores como Blood y Wolfe (1960), Hicks y Platt (1970), Burr (1970), y Chadwick, Albrecht y Kinz (1976) entre otros, para definir a la satisfacción marital como la evaluación global y subjetiva que una persona hace de su cónyuge y su relación, con base en

aspectos específicos de la vida matrimonial. Dicho de otro modo, es la percepción que se tiene de la pareja, misma que tiene relación con situaciones tales como el número de años que tienen casados o unidos, frecuencia y duración de la convivencia, número de hijas e hijos, el afecto y la dependencia, la comunicación, y la percepción de las características del compañero o compañera, entre otros (Vera Noriega, Laborín Álvarez y Domínguez Plata, 2000).

Ahora bien, si la satisfacción se entiende como una evaluación, no resulta extraño que se le defina como la actitud que tiene una persona sobre su matrimonio, misma que se puede estimar en una escala que va desde lo negativo hasta lo positivo (Nina, 1991 citada en Ojeda García, Díaz Loving y Rivera Aragón, 1997). Dicha actitud sin embargo, no es estable, sino que generalmente se ve sujeta a cambios a lo largo del tiempo, de acuerdo con las experiencias de vida que se van teniendo con la pareja (Díaz-Loving y cols., 1997).

Entre los diversos elementos que componen una relación de pareja, uno que juega un papel de gran importancia en lo que a satisfacción se refiere, es la comunicación, pues se ha demostrado que existe una relación positiva entre la buena comunicación y la satisfacción marital, pues ésta propicia el acercamiento y el buen entendimiento entre sus miembros (Ojeda García y cols., 1997). De ahí que, mientras más características positivas se perciban de la interacción con la pareja, se tenga una mayor satisfacción con la relación (Rivera, Díaz-Loving y Flores, 1988 citados en Ojeda García y cols, 1997).

Para los fines de este estudio, no se retoma el concepto satisfacción marital, sino satisfacción con la relación con la pareja, por ser el primero, más amplio de lo que se requiere para esta situación particular, en que circunscribimos a la satisfacción a los aspectos de intimidad, compromiso, expectativa de duración en el largo plazo y comunicación. Por otro lado, no estamos suponiendo que la relación que las mujeres con quienes se lleva a cabo esta investigación mantienen con sus compañeros sea necesariamente larga (hemos establecido un año como mínimo), y tampoco que estén casadas, pues basta con que estén unidas con sus

compañeros, en términos de compartir el mismo espacio vital y mantener con ellos una convivencia constante, independientemente de si ésta se ha formalizado legal o religiosamente o no.

3.8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS, VARIABLES E HIPÓTESIS

Dicho todo lo anterior, ¿será el modelo de la TCP adecuado para estudiar las conductas sobre solicitud del condón a la pareja regular de un grupo de mujeres cuya actividad principal es el trabajo doméstico en su hogar, integrando elementos como la percepción de riesgo y la comunicación con la pareja, y controlando el nivel de satisfacción con la relación de pareja?

De esta primera se desprenden las siguientes preguntas: ¿son las creencias, las actitudes, las normas y el control conductual constructos útiles para explicar la intención y la conducta de solicitud de uso del condón con un grupo de mujeres que dedican la mayor parte de su tiempo al trabajo doméstico en su hogar?, ¿qué papel juegan la percepción de riesgo, los conocimientos sobre el condón y la satisfacción con la relación de pareja en el comportamiento de estas mujeres?

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de esta investigación fue probar el funcionamiento del Modelo de la Conducta Planeada con mujeres urbanas que tuvieran como actividad principal la realización de trabajo doméstico en el hogar, integrando un indicador de satisfacción con la relación con la pareja para conocer si este elemento estaba actuando como mediador o influyendo alguno de los elementos del modelo para predecir la conducta de solicitud de utilización del condón a la pareja regular en las relaciones sexuales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Constatar si el Modelo de la Conducta Planeada resultaba adecuado para estudiar la petición de utilización del condón con la pareja regular en la última relación sexual en el caso de mujeres principalmente amas de casa de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

2. Verificar si la satisfacción con la relación de pareja está relacionada con las creencias actitudinales, normativas y de control en relación con la solicitud del uso del condón a la pareja regular entre un grupo de amas de casa de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Dependiente:

Conducta (solicitud de empleo de condón a la pareja regular en la última relación sexual)

Independientes:

Actitud

Norma subjetiva

Control percibido

Intención

Creencias sobre la conducta

Creencias sobre la norma subjetiva

Creencias sobre el control conductual

Satisfacción con la relación con la pareja

Percepción de riesgo ante el contagio por VIH/SIDA

Comunicación con la pareja sobre los condones

Otras variables:

Edad

Estado civil

Religión

Condición laboral

Nivel de escolaridad de las mujeres

Nivel de escolaridad de los esposos o parejas

Ocupación de las mujeres

Ocupación de las parejas

Participación en las labores del hogar

Participación de las parejas en las labores del hogar

Historia previa en relación con el uso de preservativos

Conocimiento sobre los condones y sus formas de utilización

CONCEPTUAL

Conducta. Es la respuesta manifiesta observable en una situación dada respecto de un objetivo determinado.

Actitud. Es el grado en que la ejecución del comportamiento es evaluada positiva o negativamente.

Norma subjetiva. Es la presión social percibida que ejercen los otros significativos para involucrarse o no en un comportamiento

Control conductual percibido⁵⁰. Es la apreciación que tiene la gente de su capacidad para desempeñar un determinado comportamiento, así como de la dificultad de la tarea.

Intención. Es la representación cognitiva de la prontitud con que una persona puede llevar a cabo un determinado comportamiento.

Creencias sobre la conducta. Es la evaluación positiva o negativa de los resultados que se espera obtener con la ejecución de una conducta determinada; es la probabilidad subjetiva de que la conducta producirá un determinado resultado y se asume que influyen a las actitudes hacia el comportamiento.

Creencias sobre la norma subjetiva. Son las expectativas del comportamiento que las personas perciben tienen sus referentes importantes, como pueden ser la esposa o el esposo, la familia, los amigos o amigas. Son subyacentes a la norma subjetiva.

Creencias sobre el control conductual. Es la presencia percibida de factores que pueden facilitar o impedir la ejecución de un comportamiento que incluyen la capacidad para realizarlo y la estimación de la dificultad de la tarea. Proveen la base de la percepción del control que se tiene sobre la conducta.

Satisfacción con la relación de pareja. Es la evaluación de la calidad del vínculo con la pareja, que incluye aspectos como intimidad, compromiso y comunicación.

Percepción de riesgo ante el contagio por VIH/SIDA. Es la representación cognoscitiva que tienen las mujeres sobre las posibilidades que tienen de desarrollar SIDA si no se usa condón en las relaciones sexuales: una persona conocida, una persona de su familia, las mujeres casadas, las mujeres que tienen muchas parejas sexuales y ellas mismas.

Comunicación con la pareja sobre condones. Se refiere a la frecuencia con que intercambian con sus parejas comentarios relacionados con los preservativos.

⁵⁰ A pesar de que el modelo completo de la TCP contempla la medición del control conductual real, en este estudio dicha variable no fue incluida, por considerar que, de acuerdo con los estudios previos consultados, la percepción de control es suficiente para un funcionamiento adecuado de la teoría y para explicar una proporción importante de la varianza; además, era difícil recoger ese elemento dada la temática elegida.

OPERACIONAL

Conducta. Haber solicitado a la pareja regular que utilizara un preservativo en su última relación sexual, medida con una pregunta dicotómica que indagaba si las mujeres habían hecho esta solicitud a sus compañeros en la última relación sexual que habían sostenido con ellos: “La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja actual, ¿le pidió que utilizara condón?”

Actitud. La consideración que hicieron las mujeres sobre lo adecuado, conveniente, positivo, bueno y benéfico que resultaba que solicitaran a sus parejas regulares que usaran condón en sus relaciones sexuales.

Norma subjetiva. Se refiere a la idea que tenían las participantes sobre la manera como sus amigas, su pareja y su familia acerca del hecho de que ellas pidieran el uso del condón a sus parejas, misma que podría motivarlas a hacerlo o a desistir de intentarlo.

Control conductual percibido. Se midió con una escala que contenía preguntas sobre qué tan capaces se sentían las mujeres para sugerir a sus compañeros que emplearan un condón en su siguiente relación sexual o incluso de comprarlos y portarlos en la bolsa o tenerlos a mano para usarlos.

Intención. La expresión del deseo o la convicción de las mujeres de pedir a sus parejas que usaran condón en su siguiente relación sexual.

Creencias sobre la conducta. Se midieron con una escala que incluía ítems sobre lo bueno o malo, lo adecuado o inadecuado, y lo positivo o negativo que era que las mujeres, los hombres, y las personas en general pidieran a sus parejas que utilizaran condón en sus relaciones sexuales o lo utilizaran.

Creencias sobre la norma subjetiva. Lo que ellas pensaban que sus amigas, su familia y su pareja opinarían sobre el hecho de que ellas pidieran a su pareja usar condón, y lo que suponían que tales personas harían con sus propias parejas.

Creencias sobre el control conductual. Eran suposiciones acerca de su capacidad para convencer a su pareja que empleara condón en sus relaciones sexuales con ellas, y la dificultad que creían que podía tener hacer tal solicitud, así como conseguir preservativos.

Satisfacción con la relación de pareja. Fue el agrado que les provocaba a las mujeres compartir pensamientos íntimos con la pareja, comunicarse sobre cualquier tema con ellos, sentir que sus parejas las comprendían y estaban comprometidos, y tener expectativas de una duración larga de la relación.

Percepción de riesgo ante el contagio por VIH/SIDA. Es la probabilidad que suponen que tienen diferentes tipos de personas de adquirir el VIH/SIDA si no usan condón cuando tienen relaciones sexuales.

Comunicación con la pareja sobre condones. Cada cuánto tiempo comentan con sus parejas el tema de los condones.

HIPÓTESIS

- H₁**. El modelo de la TCP es adecuado para estudiar el comportamiento de solicitar el uso del condón a la pareja regular de mujeres de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México cuya ocupación principal es ser amas de casa.
- H₂**. La satisfacción con la relación de pareja tendrá un efecto moderador sobre el comportamiento de las variables de la TCP en relación con la solicitud del uso del condón a la pareja regular en este grupo de mujeres.
- H₃**. Incorporar elementos como la percepción del riesgo de adquirir VIH/SIDA, y la comunicación con la pareja aumentará el poder predictivo del modelo de la TCP.
- H₄**. La variable más relevante para explicar la intención de las mujeres de pedir el uso del condón a sus parejas regulares será la norma subjetiva.
- H₅**. El control conductual percibido positivo tendrá una influencia directa sobre el comportamiento, tal como se ha reportado en otros estudios.

4. MÉTODO.

4.1. PARTICIPANTES

En este estudio se contó con la colaboración de 321 mujeres de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México que tuvieran en ese momento una pareja estable y cuya actividad principal fuera el trabajo doméstico en su hogar elegidas por muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión utilizados fueron que éstas debían haber vivido con sus compañeros por lo menos desde un año antes de la realización de la investigación y que, de contar con una labor remunerada, ésta no les requiriera una dedicación de tiempo completo, a dedicaran pocas horas al día.

La edad promedio de las participantes fue de 33 años (DE= 8.67), en un rango de los 15 hasta los 53. Asimismo, la media en relación con el tiempo que tenían viviendo con la pareja fue 11.94 años (DE= 8.49). Finalmente, el 42.7% de ellas (n=137) contaba con una actividad fuera de sus hogares (el 57.1% restante, n=182 dijeron dedicarse sólo a las tareas del hogar), que les requería invertir 6.62 horas al día (DE=2.83) en promedio. De este modo, aún cuando la mayoría de ella no se dedicaban exclusivamente al hogar pero sí una parte importante de su tiempo, para fines de esta investigación, éstas serán consideradas como *amas de casa* o mujeres que se ocupan de manera importante de las tareas domésticas en su propia casa.

Comenzamos haciendo una breve descripción de los aspectos relativos a las características de las mujeres y sus parejas, como por ejemplo algunos datos sociodemográficos como la escolaridad y la ocupación de ambos, pero también otros relativos a la dinámica de la relación, como es la distribución de responsabilidades, la negociación de recursos en el hogar y la comunicación sobre sexualidad y anticoncepción. A continuación, se expone la información relativa al conocimiento sobre preservativos y la forma correcta en que deben almacenarse y emplearse, y sobre percepción de riesgo personal y de personas allegadas a las participantes.

4.1.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES Y SUS PAREJAS

En lo relativo al estado civil de la unión con sus parejas, la mayor parte de ellas se encontraba casada por las leyes civil y religiosa (42.7%, n=137), seguidas de aquellas que vivían en unión libre (26.5%, n=85) y sólo por lo civil (26.2%, n=84); una proporción menor (4.7%, n=15) mencionó estar casada sólo por la iglesia. Y precisamente, en lo que toca a la religión que profesaban las participantes, el 83% (n=259) de ellas se identificaron a sí mismas como católicas⁵¹, 9.3% (n=29) dijo no tener ninguna creencia religiosa, otra el 5.1% (n=16) y sólo el 2.6% eran protestantes (n=8).

El promedio de hijas e hijos por cada una de las 286 mujeres que declararon tener descendencia fue de 2.53 (DE=1.39), mismo que se corresponde con la media nacional de 2.6 en mujeres de 12 años y más, en el año 2000 de acuerdo con los datos disponibles (ver INEGI, 2004), en un rango que iba de 1 a 9; las 35 participantes restantes no aceptaron tener hijas o hijos. La correlación entre el número de hijas e hijos y la edad de las participantes fue de .50 y estadísticamente significativa al nivel $p < .01$.

En cuanto a la escolaridad máxima de las mujeres y sus esposos, las proporciones más altas correspondieron en ambos casos a aquellas personas que contaban con estudios de secundaria y bachillerato concluidos y, tal como se esperaba, los niveles extremos, primaria y licenciatura o mayor, tuvieron frecuencias menores, como puede verse en la tabla 1.

⁵¹ De acuerdo con el INEGI (2000 y 2004), 88% de la población de 5 años y más en México era católica, siendo ligeramente mayor la proporción de mujeres (88.4%) que la de varones (87.7%) en esa condición. La proporción de mujeres protestantes, según las mismas fuentes era de 7.7% (6.8% de varones), mientras que en otras religiones las proporciones eran 0.3% de mujeres y 0.4% de hombres, y quienes no profesaban ninguna religión eran 2.8% de las mujeres y 4.3% de los hombres.

Tabla 1.
Escolaridad de las participantes y sus parejas

Escolaridad	Mujeres		Parejas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1 Sin escolaridad	6	1.9	3	1.0
2 Primaria incompleta	15	4.7	12	3.8
3 Primaria completa	46	14.5	42	13.3
4 Secundaria incompleta	10	3.2	6	1.9
5 Secundaria completa	85	26.8	91	28.9
6 Bachillerato incompleto	13	4.1	11	3.5
7 Bachillerato completo	60	18.9	74	23.5
8 Carrera técnica o comercial	39	12.3	18	5.7
9 Licenciatura	42	13.2	53	16.8
10 Posgrado	1	.3	5	1.6
Total*	317	100	315	100

* Casos no considerados: 4.

Como puede observarse en la tabla anterior, poco más de la mitad de las mujeres tenían estudios de nivel básico (hasta secundaria completa), y sus compañeros contaban con una escolaridad un poco más alta que la de ellas. Al cruzar la escolaridad de las participantes con la de sus esposos, se encontró que generalmente había una correspondencia en el nivel de ambos; así el 14.4% (n=45) de estas mujeres tenía estudios de secundaria completa, y sus parejas poseían el mismo nivel, otro 10.6% (n=33) contaban ambos con bachillerato y 7.6% (n=23) más tenían –los dos- estudios de licenciatura.

Como ya se mencionó, la principal actividad desarrollada por las mujeres se encontraba relacionada con las labores domésticas (53.4%, n=163)⁵², y a continuación se encontraron las derivadas de los oficios -como costureras, cocineras y obreras entre otras- y las ventas –de cosméticos, ropa y calzado, principalmente- (13.4% y n=41 en ambos casos), las administrativas y de servicios –empleadas, cajeras, enfermeras, telefonistas, etc.- (8.9%, n=27), las docentes en niveles preescolar y primaria sobre todo (8.5%, n=26), y finalmente las estudiantes (2.2%, n=7).

En lo que toca a los compañeros, éstos tenían una gran variedad de actividades, entre las que destacaron: empleado (20.5%, n=63), chofer de autobús, taxi o microbús (13.3%, n=41), comerciantes con negocio propio o vendedores (13%, n=40), trabajadores de oficio como

hojalateros, carpinteros, tapiceros (11.7%, n=36), obreros (8.4%, n=26), estudiantes, profesores o investigadores (4.9%, n=15) y profesionales de la ingeniería (3.6%, n=11). Entre la amplia gama de opciones presentadas por las participantes, había también abogados, psicólogos, agentes de viajes, fotógrafos, inspectores, campesinos, guionistas de televisión, pasteleros, militares, etc., mismos que representaban proporciones menores a las descritas.

Cuando se les preguntó quién realizaba principalmente dos actividades fundamentales para el funcionamiento del hogar, quehaceres y dar dinero para su sostenimiento, aún cuando muchas de las mujeres no se ciñeron a las dos opciones presentadas (usted, su pareja), si revelaron que la división de las tareas sigue respondiendo a los estereotipos de género vigentes en nuestra cultura. Así, como se muestra en la tabla 2, los quehaceres quedaban sobre todo en manos de las mujeres (77.8%), mientras que los varones seguían siendo los principales proveedores de la casa (67.2%); a pesar de esto, es interesante cómo una proporción considerable de mujeres participaba ya con aportaciones económicas para el sostenimiento del hogar, del mismo modo que un conjunto de varones mayor al 20% se involucraban en la realización de las labores domésticas en el hogar⁵³.

Tabla 2.
Distribución de las actividades para el mantenimiento del hogar

En su hogar, ¿quién hace principalmente las siguientes cosas?	USTED	SU PAREJA	AMBOS	TOTAL
Quehaceres del hogar*	246 77.8%	3 0.9%	67 21.2%	316 100%
Dar dinero a la casa**	11 3.5%	209 67.2%	91 29.3%	311 100%

* Casos no considerados: 5.

**Casos no considerados: 10.

Ahora bien, junto con lo anterior, se exploró el papel que jugaban las mujeres y sus parejas en la toma de decisiones en relación con la distribución de los recursos en el hogar, así como en

⁵² Algunas de ellas, sin embargo, declararon combinar el trabajo doméstico con actividades tales como la venta de dulces o ropa, e incluso regularización escolar de niñas y niños.

⁵³ Desafortunadamente, no es posible saber cuántas de las respuestas en este sentido son producto de la deseabilidad social, considerando que el cuestionario les era entregado en un sobre cerrado y no se tenía acceso a éstos hasta que eran devueltos en el mismo sobre cerrado.

lo que respecta a la dinámica sexual y reproductiva. Los resultados, que se presentan en la tabla 3, muestran cómo las mujeres parecían percibir una situación de cierta equidad entre ellas y sus compañeros en lo concerniente al gasto de dinero en el hogar, al número de hijas e hijos por procrear, e incluso, y de manera importante, en relación con cuándo y cómo tener relaciones sexuales y el empleo de métodos anticonceptivos. Llama la atención sin embargo, que en alrededor del 20% de los casos, ellos tenían un mayor control tanto en lo que respecta a los gastos en el hogar como a las cuestiones vinculadas con la sexualidad y la anticoncepción. Por el otro lado, ellas dijeron tener mayor capacidad de decisión en lo que toca al uso de los métodos anticonceptivos y, sobre todo, en la elección de quién debería utilizarlos; a pesar de esto, es notorio cómo el área donde es mayor la probabilidad de que sea el compañero o bien los dos miembros de la pareja quienes tomen las decisiones sea cómo tener relaciones sexuales.

Tabla 3.
Toma de decisiones sobre sexualidad y anticoncepción

En su hogar, ¿quién decide...	USTED	SU PAREJA	AMBOS	TOTAL
Cómo se gasta el dinero en el hogar?*	112 36.8%	65 21.4%	127 41.8%	304 100%
Cuántos hijos tener?**	106 35.7%	45 15.2%	146 49.2%	297 100%
Cuándo tener relaciones sexuales?***	73 24.7%	68 23%	155 52.4%	296 100%
Cómo tener relaciones sexuales?****	52 17.9%	77 26.6	161 55.5%	290 100%
Si se usan métodos anticonceptivos?*****	101 38.1%	53 20%	111 41.9%	265 100%
Quién de los dos usa los métodos anticonceptivos?*****	126 47.7%	73 27.7%	65 24.6%	264 100%

* Casos no considerados: 17.

** Casos no considerados: 24.

*** Casos no considerados: 25.

**** Casos no considerados: 31.

***** Casos no considerados: 56.

***** Casos no considerados: 57.

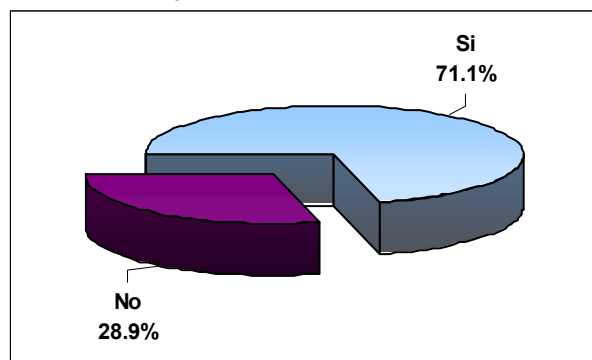
4.1.2. COMUNICACIÓN CON LA PAREJA

La literatura revisada resalta en muchos de los casos el papel que juega la comunicación con la pareja en la conducta preventiva en relación con el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (Vizconde Pantoja y Marván Garduño, 1999); en otros documentos se hace

hincapié en la necesidad de involucrar cada vez más a los varones en la realización de acciones saludables en el terreno de la salud sexual y reproductiva.

En este estudio se le preguntó a las mujeres si alguna vez habían platicado con su pareja la posibilidad de utilizar condones en sus relaciones sexuales (ver gráfica 1) y qué tan a menudo lo comentaban. En la gráfica 1 se aprecia con claridad cómo casi tres cuartas partes de las participantes reportaron haber hablado del tema alguna vez con sus compañeros, proporción que es importante, aunque no deja de llamar la atención que casi tres de cada diez dijeran no haberlo hecho. En lo que respecta a la frecuencia con que conversaban sobre el tema, 21.3% no lo hacía nunca (n=66), 35.5% (n=110) casi nunca, 28.4% casi siempre (n=88) y sólo 14.8% (n=46) siempre.

Gráfica 1.
Porcentaje de mujeres que alguna vez han platicado con su pareja la posibilidad de usar condones

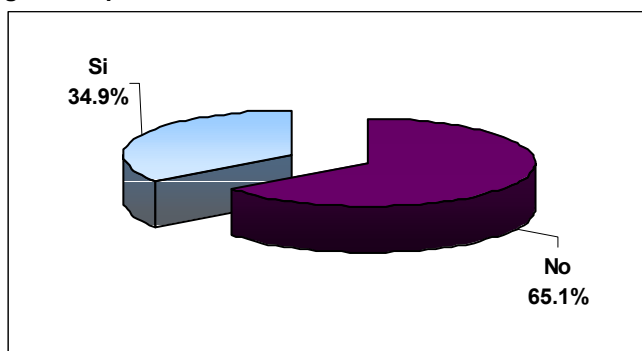


Cuando se cruzaron las respuestas a la pregunta a la que hace referencia la gráfica anterior con aquella que indagaba si las mujeres habían solicitado alguna vez a su pareja que usara preservativo en sus relaciones sexuales, se encontró que el 83.3% (n=185) de las que habían platicado alguna vez con su pareja sobre la posibilidad de emplearlo, también les habían pedido utilizarlo, mientras que el 16.7% (n=37) restante, aunque lo habían conversado, no habían llegado a solicitarlo. En el caso de quienes dijeron no hablar del tema con sus compañeros, destaca cómo a pesar de eso, 37.1% de ellas (n=33) sí les habían pedido alguna vez que se lo colocaran; el 62.2% (n=56) restante de las 89 que contestaron en ese sentido, no

pidieron a sus parejas usar el condón. La correlación entre las dos variables, de acuerdo con el coeficiente phi, fue de .457 y resultó estadísticamente significativa ($p < .01$), por lo que entre más alta sea la probabilidad de que platicuen con sus parejas sobre el tema, mayor será también la probabilidad de que les pidan que utilicen el preservativo.

Este dato sin embargo se modifica cuando se cruzan las respuestas dadas a la pregunta ¿alguna vez ha platicado con su pareja la posibilidad de utilizar condones en sus relaciones sexuales? con el hecho de que hubieran pedido o no a sus compañeros emplear un preservativo en la última relación sexual. El análisis de frecuencias (ver gráfica 2) mostró lo siguiente:

Gráfica 2.
Porcentaje de mujeres que pidieron a sus parejas regulares que utilizaran condón en su última relación sexual



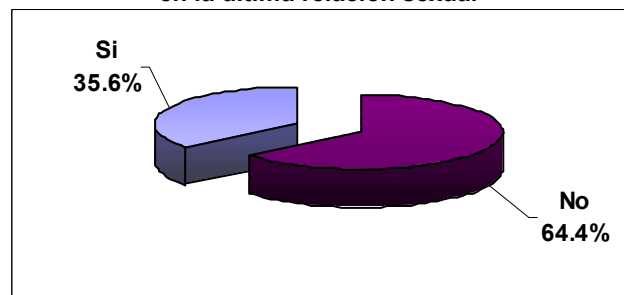
Como puede apreciarse, las proporciones de las respuestas prácticamente se invirtieron, en relación con lo que se presenta en la gráfica 1. Así, sólo poco más de 3 de cada 10 de las de las participantes en esta investigación (34.9%, $n=109$) habían pedido que se usara un condón en la última ocasión que tuvieron sexo con sus parejas regulares, contra un 65.1% ($n=203$) que contestaron que no habían hecho tal solicitud.

Una tabla cruzada de las respuestas a esta pregunta con aquella en la que se pedía que dijeran si alguna vez habían platicado con sus compañeros sobre utilizar condones, mostró que de las 220 mujeres que lo habían hecho, 44.5% ($n=98$) además lo solicitaron durante su última relación sexual con la pareja regular; las otras 122 (55.5%) hablaron del tema pero no hicieron

esa solicitud. De aquellas que no habían hablado del asunto con sus compañeros sin embargo, un 12.1% (n=11) si les pidieron que usaran el condón; las 80 restantes (87.9%) no habían conversado ni pidieron el preservativo.

Por último, una pregunta que se refería directamente al empleo del preservativo durante la última relación sexual (“Independientemente de que usted se lo haya pedido o no, la vez más reciente que tuvo relaciones sexuales con su pareja actual, ¿él utilizó condón?”) recogió las siguientes respuestas:

Gráfica 3.
Mujeres cuyos compañeros utilizaron condón en la última relación sexual



Como puede verse, la proporción de personas que reportaron que su compañero había usado condón en la última relación sexual es muy similar a la de quienes dijeron haberlo solicitado, aunque, al hacer el cruce de ambas preguntas, se encontró que en el 84.3% de los casos de las mujeres que dijeron haber pedido a sus compañeros usar condón, éstos efectivamente lo habían empleado (n=91); sin embargo, el porcentaje de personas que dijeron no haberlo pedido y que efectivamente no lo utilizaron fue mayor (90.6%; n=183). Es interesante cómo un 15.7% de aquellas que lo pidieron no lo usaron (n=17), lo cual podría estar reflejando dificultades a la hora de negociar con la pareja y, en la situación contraria hubo un grupo (9.4%; n=19) que aún cuando no lo solicitó, reportó haberlo utilizado en su último encuentro sexual con el compañero regular.

4.2. INSTRUMENTO

Tomando como referencia las escalas desarrolladas por Ramírez Sánchez (2002) para medir las variables de la TCP en relación con la conducta de realizarse el papanicolaou para prevenir el desarrollo del cáncer cérvico uterino, y las de Ardouin y cols. (2001) para estudiar la petición del uso del condón en mujeres universitarias, se elaboró un cuestionario de autoaplicación que constó de 4 secciones:

- Una con preguntas abiertas y cerradas que solicitaba datos relativos a la actividad desempeñada por las mujeres, así como información sobre su relación con la pareja, datos sociodemográficos y de toma de decisiones en el hogar y reproductivas.
- En la segunda se incluyeron las escalas de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) con reactivos tipo likert (1=Totalmente de acuerdo a 4=Totalmente en desacuerdo): creencias sobre la conducta, creencias sobre la norma subjetiva, creencias sobre el control conductual, actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención. Es preciso aclarar que para este estudio no se midió el control real sobre la conducta, pues eso ameritaría realizar una aplicación posterior para verificar que las mujeres realmente pedían a sus compañeros que usaran el condón.
- La tercera exploró mediante preguntas abiertas y de opción múltiple la percepción de riesgo y algunos conocimientos sobre el uso del condón, así como la solicitud de parte de las mujeres a la pareja de su empleo en sus relaciones sexuales y utilización del preservativo en general, desde el inicio de su vida sexual.
- Por último, se incluyó una escala tipo likert (1=Totalmente en desacuerdo a 4=Totalmente de acuerdo) con reactivos sobre la intimidad, el compromiso y la satisfacción en la relación con la pareja.


La descripción de cada una de las escalas que conformaron el instrumento se encuentra en el capítulo de resultados, donde se presenta toda la información relativa a su estructura y a su comportamiento psicométrico, y se incluye un ejemplar del mismo en la sección de anexos de este documento. Vale la pena mencionar que, tanto en las escalas con formato likert como en las preguntas de opción múltiple, se decidió dejar sólo cuatro opciones de respuesta para favorecer la discriminación en los reactivos, porque se partió del supuesto de que la escolaridad de las

participantes no sería muy elevada, especialmente las de aquellas que solamente realizaban trabajo doméstico, tanto en el propio hogar como en otros domicilios (53.7% del total, n=162).

4.3. PROCEDIMIENTO

Una vez que se verificó que las mujeres a las que se invitaba a participar en el estudio cumplían con los requerimientos necesarios y que se les explicó el objetivo de la investigación, las encuestadoras (casi todas ellas estudiantes de la carrera de psicología social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa) procedían a entregarles el cuestionario en un sobre cerrado, para darles una mayor confianza y libertad de respuesta. En ese momento se les hizo hincapié en el anonimato y la confidencialidad con que sería tratada la información que proporcionaran y se les solicitó que devolvieran el cuestionario en el mismo sobre cerrado en el que les había sido entregado. Cada sobre llevaba consigo un mensaje en el que se especificaba el propósito de la investigación y que, además de pedir la colaboración de las participantes, trataba de disminuir la ansiedad que éstas pudieran tener al contestar el cuestionario, el cual se redactó en los siguientes términos:

**Cuestionario sobre Uso del Condón en mujeres
de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA**

Buenos días/tardes:

Soy _____, estudiante de psicología social de la UAM- Iztapalapa. Estoy participando en una investigación de la Universidad. Esta investigación busca conocer lo que piensan acerca del uso del condón mujeres casadas (o que vivan con su pareja). Estoy buscando entrevistar mujeres que dedican la mayor parte de su tiempo al hogar. Quiero pedirle que me conteste un cuestionario que dura alrededor de 40 minutos.

Por ser un tema delicado que requiere ser tratado con discreción y respeto, voy a entregarle el cuestionario en un sobre cerrado, y usted deberá devolvérmelo, cuando haya terminado, dentro del mismo sobre. Sus respuestas son anónimas, es decir, no se le pide ningún dato de identificación (nombre, dirección, teléfono).

Casi todo el cuestionario se responde tachando un cuadrado, pero hay unas pocas preguntas para que usted escriba lo que considere. Le pedimos que lea con cuidado las instrucciones al principio de cada sección y, si tiene alguna duda, me la pregunte antes de entregarlo para que pueda terminarlo. Es muy importante que no deje nada sin contestar, ya que la información incompleta afecta nuestro trabajo.

En algunos casos, al no contar con el tiempo para llenarlo en ese mismo momento, fue necesario dejar el cuestionario en manos de las participantes y se volvía a buscarlas en un lapso razonable, para recogerlo.

Cuando se tuvieron reunidos los cuestionarios, se procedió a su revisión y captura, procedimiento en el que algunos tuvieron que ser desechados por no contar con toda la información solicitada (por ejemplo hubo quien dejó toda la sección de TCP sin responder) o porque eran personas solteras o separadas que no se encontraban viviendo con una pareja en ese momento.

4.4. ANÁLISIS

La información recabada fue sometida a análisis de frecuencias para depurar los datos que finalmente conformaron la base. Posteriormente, se corrieron análisis descriptivos para conocer el comportamiento de las variables antes de someterlas a otros procedimientos. Se eligió realizar análisis de correlación producto-momento de Spearman para conocer las probables relaciones entre los factores de la TCP más los que fueron agregados, y t de Student para comparación de medias entre dos grupos una vez que se comenzó a segmentar a la muestra. La aplicación del análisis factorial y el análisis de confiabilidad aplicando la fórmula alfa de Cronbach permitieron conocer la estructura de las escalas, y probar su validez y confiabilidad. Por último, se ejecutaron dos tipos de análisis de regresión: lineal y logística, de acuerdo con la pertinencia de su utilización, considerando las características de los datos.

5. RESULTADOS.

Se presentan los resultados en varias secciones, con el fin de dar el mayor orden posible a su descripción y para facilitar su posterior análisis. En primer término se describirán los conocimientos sobre el condón y el riesgo que percibían las mujeres ante la amenaza del VIH/SIDA. En las últimas partes se analizarán las escalas con las que se midieron las variables de la Teoría de la Conducta Planeada y se establecerán las relaciones existentes entre tales elementos, y algunos otros como el de satisfacción con su relación de pareja.

5.1. CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE RIESGO

La literatura revisada ofrece algunas evidencias sobre la importancia que tiene la comunicación con la pareja en relación con la percepción de riesgo ante un probable contagio por VIH/SIDA y las acciones que toman las personas para evitarlo o no (véase por ejemplo, Vizconde Pantoja y Marván Garduño, 1999). Por esta razón, en este estudio se exploraron dichas dimensiones, con la finalidad de saber si la relación entre esas variables se observaba también en este grupo de mujeres, y cuál es su comportamiento estadístico.

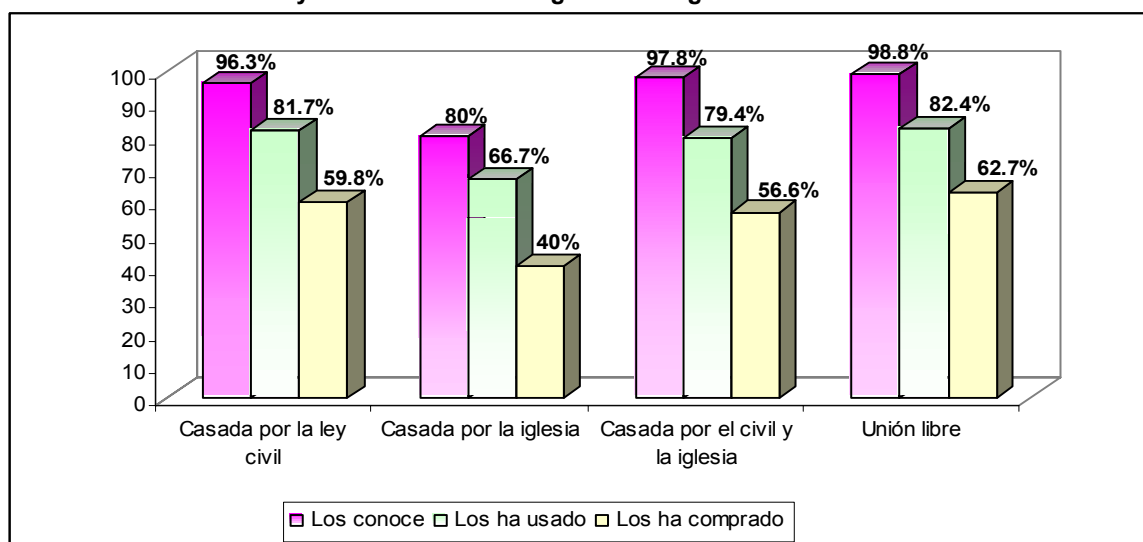
5.1.1. CONOCIMIENTO SOBRE LOS PRESERVATIVOS Y SUS FORMAS DE UTILIZACIÓN

En la revisión de la literatura se encontraron algunos estudios en los que se reporta cómo el conocimiento que las personas tienen de lo que son los preservativos, el haberlos tocado y obviamente saber cómo colocarlos correctamente, parece ejercer una influencia importante sobre la conducta de utilización de los mismos (Vizconde Pantoja y Marván Garduño, 1999; Monroy Juárez, en proceso). En el cuestionario utilizado en esta investigación se incluyeron cinco preguntas para explorar el conocimiento de las participantes en relación con los condones, los lugares donde éstos deben ser guardados para evitar que se deterioren, y sobre la forma correcta en que deben utilizarse.

Ya en uno de los capítulos previos de este documento se mencionaba que en 1997 nueve de cada diez mujeres en edad fértil conocían los condones, de acuerdo con una encuesta nacional levantada por el INEGI. Los resultados de esta investigación muestran un porcentaje mayor de mujeres que dijeron conocer los preservativos, 96% (n=308), aunque la proporción de quienes además de conocerlos los habían utilizado alguna vez fue menor, 80.2% (n=255), y disminuyó aún más al considerar la proporción de aquellas que los habían comprado alguna vez (58.2%, n=184). Al cruzar las tres categorías, se encontró que 183 de las 321 mujeres (82.8%) dijeron conocer, haber usado y/o haber comprado alguna vez preservativos.

Estos porcentajes sin embargo, varían según el estado civil de las mujeres, pues al considerar ese factor, el grupo de mujeres que declararon vivir en unión libre con sus compañeros fue el que obtuvo el mayor porcentaje de conocimiento, de utilización y de compra de condones alguna vez en la vida, mientras que el grupo de las que se encontraban unidas sólo por la iglesia tuvieron los porcentajes más bajos en los tres rubros; las casadas por la ley civil y por las leyes civil y eclesiástica tienen también porcentajes altos tanto en conocimiento como en empleo y compra (ver gráfica 1).

Gráfica 1.
Porcentaje de mujeres que dijeron conocer los preservativos y haberlos utilizado alguna vez según estado civil

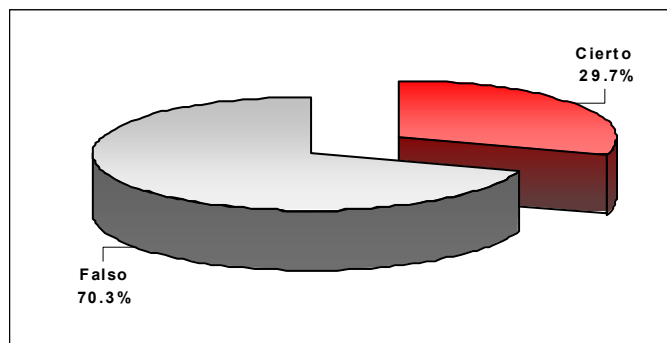


Las diferencias más importantes entre los grupos de las que contaban con trabajo extradoméstico y las que sólo realizaban labores en su hogar únicamente se observaron cuando se les preguntó si habían comprado preservativos, pues las primeras obtuvieron un 62.5% (n=85) mientras que las segundas tuvieron un 54.7% (n=98) respecto de sus propios grupos. En los otros dos rubros, la diferencia apenas fue ligeramente mayor al 1%.

En la pregunta que se refería al lugar en el que deberían guardarse los preservativos para evitar que se rompieran o se dañaran, 50.3% (n=152) eligió la opción “la cartera o bolsa de mano”, 15.9% (n=48) seleccionó “una bolsita de plástico en la bolsa de la camisa”, 11.9% (n=36) “la bolsa del pantalón”, y 4.3% (n=13) la bolsa de lápices o los cosméticos; el restante 17.5% (n=53) dijo no saber. Asimismo, las participantes consideraron que el mejor lugar en la casa para guardar los condones es “un cajón del buró, junto a la cama” (77.5%, n=241), seguido de “la caja de las medicinas” (13.5%, n=42) y “el baño” (2.9%, n=9); del mismo modo que en el caso anterior, un 6.1% (n=19) marcó la opción no sabe, y ninguna de ellas seleccionó la opción “el refrigerador” como un lugar en casa para guardar preservativos.

Al cuestionar si, al practicar sexo oral o anal es necesario usar condón para evitar el riesgo de adquirir infecciones, las participantes contestaron de la siguiente manera (ver gráfica 2):

Gráfica 2.
Porcentaje de mujeres que consideran falso o cierto que no se necesita usar condón si se practica sexo oral o anal

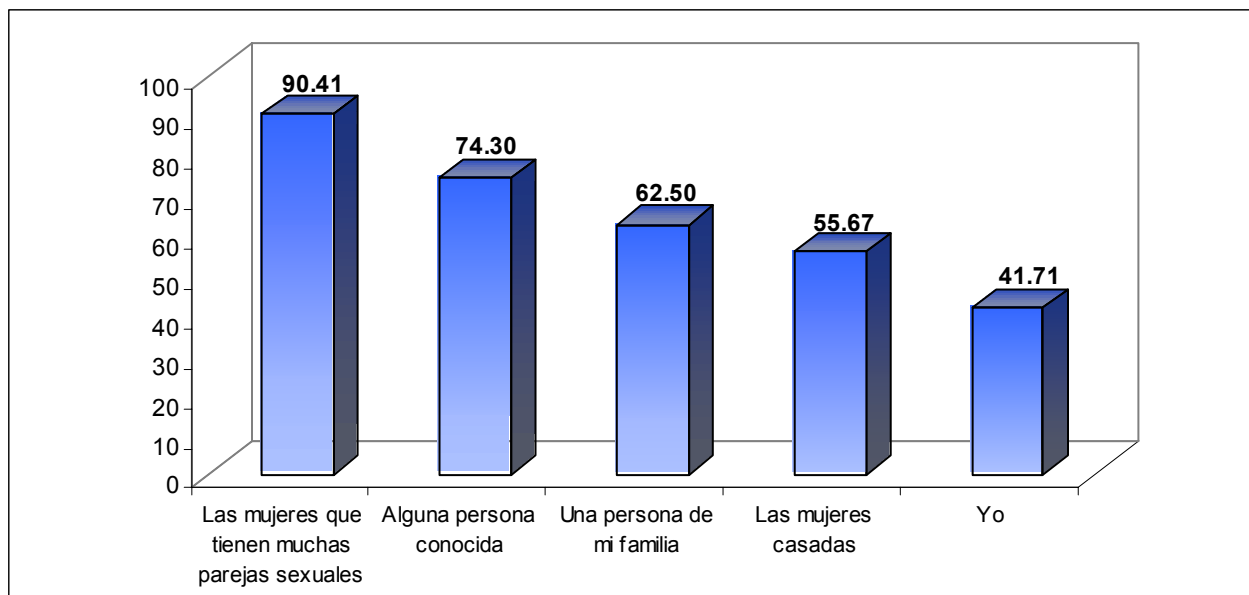


Aquí, si bien más de dos terceras partes eligieron la respuesta correcta (70.3% dijeron que era falsa la afirmación, n=206), un importante 29.7% (n=87) pensaba que no era necesario protegerse al practicar sexo oral o anal.

5.1.2. PERCEPCIÓN DE RIESGO ANTE EL CONTAGIO POR VIH/SIDA

La apreciación que hicieron las participantes en relación con el riesgo en el que podían encontrarse distintos actores en relación con el contagio de VIH/SIDA, fue diferenciada de acuerdo probablemente con la cercanía que consideraban tener en relación con las personas a las que se hacía referencia. En todos los casos, la instrucción dada a las mujeres les solicitaba que consideraran qué tan probable era que cada una de éstas se contagiara de SIDA si no utilizaban condón (rango de 1 a 100), dando lugar a los siguientes promedios:

Gráfica 3.
Medias de los puntajes de la percepción de riesgo
ante el contagio por VIH/SIDA de las mujeres y otros actores cercanos



Así, tal como se puede observar en la gráfica 3, entre menos familiaridad consideraban tener con éstas, le atribuían una mayor probabilidad de contagiarse. Es interesante cómo, de acuerdo con las respuestas obtenidas, entre las opciones presentadas, si pensaban en mujeres que tienen muchas parejas sexuales (muy probablemente consideradas como “promiscuas” por

las respondientes), era casi totalmente probable que se contaminaran con el virus del SIDA si no utilizaban condón; en el otro extremo se encuentran ellas mismas, quienes, de acuerdo con lo expresado en los cuestionarios, tenían menos del 50% de posibilidades de verse en esa situación. Las mujeres casadas fueron la segunda categoría con un menor promedio, probablemente por identificarse como pertenecientes a ese grupo. ¿Qué creencias subyacen a esta apreciación?

Al contrastar las medias en percepción de riesgo personal entre las mujeres que habían pedido a su compañero que usara condón en la última relación sexual (n=92) y las que no lo habían hecho (n=170), si bien se encuentran diferencias numéricas entre ambas (M=39.54 vs. M=33.08), debido a la gran dispersión de los datos, no fue posible establecer si llegaban a ser estadísticamente significativas. Lo mismo sucede cuando se comparan los promedios de la percepción en relación con su propio riesgo, por quienes efectivamente emplearon el preservativo (M=38.14, n=96) con las que no lo hicieron (M=33.41, n=165). Esto hace suponer que puede haber una asociación entre tal percepción y el hecho de que soliciten y/o realmente usen preservativos en sus relaciones sexuales.

Al comparar la percepción de riesgo ante el VIH/SIDA de ellas mismas y de otras personas, mediante una prueba t de Student al grupo de las que declararon contar con un trabajo remunerado fuera de su casa con aquellas que sólo realizaban trabajo doméstico en su propio hogar, se observaron diferencias entre las medias de ambos grupos, consistentemente mayores para el de las mujeres que contaban con un trabajo extradoméstico, aunque sin llegar a ser estadísticamente significativas. Esto confirma lo que ya se ha reportado en estudios previos en el sentido de que las mujeres que salen de sus hogares para desarrollar alguna actividad laboral suelen percibir un mayor riesgo de infección por VIH/SIDA, pero también por otras enfermedades en las relaciones sexuales en las que no se emplea un preservativo, ya sea con compañeros casuales o con la pareja regular.

Una prueba t de Student para muestras independientes, para comparar las medias de percepción de riesgo controlando la consideración de que es cierto o falso que no es necesario utilizar un condón cuando se practica sexo oral o anal, arrojó los siguientes resultados (ver tabla 1):

Tabla 1.
Percepción de riesgo ante el posible contagio por VIH/SIDA según la consideración de que debe o no emplearse preservativo en las relaciones sexuales orales o anales

¿Qué tan probable es que...	Si se practica sexo oral o anal no es necesario usar condón	N	Media	DE	F(gl)	t
las mujeres que tienen muchas parejas sexuales se contagien de SIDA por no usar condón?	Cierto	71	86.5	19.1	9.840 (255)	2.378*
	Falso	186	91.6	13.3		
se contagie de SIDA alguna persona conocida por no usar condón?	Cierto	68	71.3	25.9	.146 (113.276)	1.100
	Falso	182	75.3	24.2		
una persona de mi familia se contagie de SIDA por no usar condón?	Cierto	67	54	31.4	.123 (114.416)	2.670*
	Falso	179	65.9	30.2		
las mujeres casadas se contagien de SIDA si no usan condón con sus parejas?	Cierto	67	49	30.2	2.623 (105.313)	2.517*
	Falso	180	59.5	26.2		
yo me contagie de SIDA si no uso condón con mi pareja en la próxima relación sexual?	Cierto	70	35.6	32.2	.235 (129.521)	.047
	Falso	180	35.8	33.3		

* p<.05.

Como puede observarse en esta tabla, las mujeres que consideraban necesario utilizar condón en las relaciones sexuales orales o anales tuvieron consistentemente las medias más altas en percepción de riesgo de contagio por VIH/SIDA en las cinco condiciones presentadas. Las diferencias entre los grupos sin embargo, sólo resultaron estadísticamente significativas cuando se hizo referencia a las mujeres con muchas parejas sexuales, a una persona de la familia y a las mujeres casadas en general, cuando se da la condición de que no utilizan condón.

Al comparar las medias relativas a la percepción de riesgo por estado civil y religión mediante un análisis de varianza de una vía (ANOVA one-way) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque los promedios más altos fueron obtenidos en el primer caso por quienes estaban casadas por el civil o vivían en unión libre con sus parejas, y en el segundo, por las personas que declararon profesar una religión diferente a la

católica o protestante, excepto en la condición donde se les pidió que evaluaran su propio riesgo, donde fueron las protestantes las que obtuvieron el valor más alto.

5.2. INTIMIDAD, COMPROMISO Y SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN DE PAREJA

En la literatura revisada para esta investigación, aparecen dos aspectos de la relación de pareja como factores que parecen estar teniendo un peso importante en el momento en que las mujeres abordan el tema de la utilización de medidas de prevención de VIH/SIDA y otras ITSs con la pareja regular, que son la intimidad y el compromiso. Por ejemplo, Castañeda (2000) y Hirsch y cols. (2002) concluyeron que la intimidad es un elemento que, en el caso de los varones, tiene un valor importante y parece ser una razón por la que no utilizan preservativos con sus parejas regulares; las mujeres en cambio, valoran más el compromiso que perciben que tienen sus compañeros con ellas, y es una variable que disminuye la probabilidad de que éstas pidan que ellos usen un condón en sus relaciones sexuales.

Para esta investigación se desarrolló una escala que medía la intimidad y el compromiso en una dimensión más amplia, que es la de la satisfacción con la relación con la pareja, misma que se circunscribió a los aspectos sentimentales, de comunicación y sexuales, sin indagar sobre otras posibilidades como los conocimientos compartidos sobre diversas temáticas, o las expectativas mutuas, que sí han sido incluidas en otros estudios (por ejemplo Levinger, 2000). Así, se redactaron 12 reactivos, mismos que debían ser contestados en una escala de cuatro puntos que iban de 1=Totalmente en Desacuerdo (TD) a 4=Totalmente de Acuerdo (TA). Mediante un análisis factorial con rotación varimax con normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales se probó que la escala era unidimensional y, excepto el último reactivo (“No sería difícil que mi pareja haya tenido relaciones sexuales con otra persona”), los restantes once cargaron en un solo factor, por lo que se decidió eliminarlo del análisis. Posteriormente se eliminó también el reactivo “Si pudiera elegir de nuevo, cambiaría de pareja” por resultar teórica y lógicamente inconsistente con el resto de los ítems, además de haber

obtenido la carga factorial más baja entre el conjunto, lo que aumentó ligeramente la confiabilidad de la escala.

El único factor resultante del análisis explicaba el 70.6% de la varianza total, y tuvo una confiabilidad de .953 de acuerdo con la prueba alfa de Cronbach (ver tabla 2):

Tabla 2.
Reactivos que conforman el factor intimidad,
compromiso y satisfacción con la relación con la pareja

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
Me siento satisfecha con la relación sentimental con mi pareja	.914	2.9	.99	.886
Me siento satisfecha con la relación sexual con mi pareja	.904	2.95	1.0	.849
Me siento relajada estando junto a mi pareja	.890	2.92	.97	.855
Puedo hablar de cualquier tema con mi pareja	.885	2.82	1.0	.846
Me siento relajada hablando con mi pareja de mis planes personales para el futuro	.853	2.86	1.0	.812
Pienso que mi relación con esta pareja durará mucho tiempo	.815	2.87	1.0	.768
Revelo a mi pareja cosas muy íntimas sobre mí misma	.796	2.76	.95	.756
Revelo a mi pareja mis sentimientos más íntimos	.793	2.74	.95	.745
Estoy muy comprometida en la relación sentimental con mi pareja	.790	2.89	1.0	.762
He puesto mucho de mi parte para que la relación con mi pareja funcione	.729	2.91	1.0	.697
Alfa de Cronbach	.953	28.63	2.78	-

Como se observa en la tabla 4, los reactivos se ordenaron de acuerdo con los aspectos propios de la relación con la pareja tales como la satisfacción emocional y sexual, la confianza para hablar de cualquier tema, la estabilidad percibida, la intimidad, y el compromiso que ellas dijeron tener para que la relación con la pareja funcionara. Los puntajes de los reactivos fueron sumados para crear una variable que se llamó *satisfacción con la relación con la pareja*, susceptible de ser incluida en otros análisis, como se describirá posteriormente. El promedio para esta variable fue 27.96 (DE=8.86), en un rango de valores entre 2 y 40 (n=312).

La comparación de las medias con una t de Student para muestras independientes en la variable satisfacción en la relación con la pareja no mostró diferencias entre el grupo de las mujeres que tenían un trabajo remunerado fuera de sus hogares (n=132, M=27.98, DE=9.73) y el de aquellas que realizaban trabajo doméstico en sus propios hogares (n=179, M=27.98,

DE=8.19). Un análisis de varianza de una vía (ANOVA one-way) tampoco arrojó diferencias importantes entre los grupos por estado civil, religión o número de hijas e hijos⁵⁴.

5.3. LOS COMPONENTES DEL MODELO DE LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA (TCP)

A continuación se presentan los análisis sobre el comportamiento de las escalas que conforman el modelo de la Conducta Planeada, tanto en lo que se refiere a la depuración y validación de los instrumentos, como a su funcionamiento con la muestra. Finalmente, se exponen los modelos que integran los elementos anteriores, derivados de los análisis de regresión.

Para medir los componentes de la Teoría de la Conducta Planeada se redactaron 77 reactivos, 39 para creencias y 38 para actitudes, norma subjetiva, control percibido e intención. La conducta se midió con una pregunta dicotómica que indagaba si en la última relación sexual las mujeres habían solicitado a sus parejas que utilizaran el condón. Las diferentes subescalas se analizaron en forma independiente por haber sido constringidas desde el principio, como dimensiones diferentes, dado que, al introducir el conjunto total de ítems al análisis factorial exploratorio, éstos se mezclaban y daban lugar a conjuntos de elementos difíciles de interpretar tanto empírica como teóricamente. A continuación se describe el análisis de cada uno de los grupos de reactivos, y su integración en el modelo final.

5.3.1. CREENCIAS

El constructo creencias se midió con un conjunto de 39 afirmaciones, mismas que se respondían en una escala con cuatro valores que iba de 1 Totalmente de Acuerdo (TA) a 4 Totalmente en Desacuerdo (TD); después de la captura de los datos, estos valores fueron invertidos para facilitar su manejo en los análisis estadísticos, quedando 1 Totalmente en

⁵⁴ Tomando en cuenta las reservas con que debe tomarse, este resultado difiere de lo encontrado por Vera Noriega y cols. (2000) y otros estudios en cuanto a la existencia de una relación inversa entre el número de hijas e hijos y el grado de satisfacción reportado por las parejas.

Desacuerdo (TD), 2 En Desacuerdo (D), 3 De Acuerdo (A) y 4 Totalmente de Acuerdo (TA). Este conjunto de reactivos se dividía en seis subescalas: creencias positivas acerca de la actitud, creencias negativas acerca de la actitud, creencias positivas acerca de la norma subjetiva, creencias negativas acerca de la norma subjetiva, creencias positivas sobre el control que se percibe tener en relación con la conducta, y creencias negativas sobre el control. A continuación se describen las características de cada una de ellas.

5.3.1.1. CREENCIAS SOBRE LA CONDUCTA

CREENCIAS POSITIVAS ACERCA DE LA CONDUCTA

Los siete reactivos con que se midió este componente se respondían en la escala de 1 a 4 ya mencionada, y fueron sometidos a un análisis exploratorio de factores con rotación varimax, normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales, que convergió en 3 iteraciones; de acuerdo con la tabla de valores propios (*eigen values*) la escala era unidimensional, aunque fue necesario depurarla eliminando el reactivo 1 (“Las mujeres que compran condones son valientes”) por no cargar en el primer factor de la matriz no rotada - mientras que los seis restantes si lo hacían- y porque afectaba la confiabilidad del conjunto; esta última razón fue el motivo para eliminar también el reactivo 63 (“Las mujeres que piden a sus parejas que usen condón son personas seguras de sí mismas”). Posteriormente, se volvió a correr el factorial, y también el alfa de Cronbach, quedando la escala final como se muestra en la tabla 3:

Tabla 3.
Reactivos que conforman el factor creencias positivas sobre la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
5. Los hombres que usan condón cuidan a sus parejas	.736	3.36	.82	.536
28. Las mujeres que piden a sus parejas que usen condón en sus relaciones sexuales son responsables	.712	3.32	.77	.503
73. Es bueno que las mujeres pidan a sus parejas que usen condón en sus relaciones sexuales	.692	3.19	.78	.479
48. Creo que es adecuado que las mujeres pidan a sus parejas que usen condón cuando tienen relaciones sexuales con ellas	.644	3.08	.83	.429
3. Creo que las personas que usan condón son responsables	.638	3.41	.86	.479
Alfa de Cronbach	.715	15.9	3.16	-

El factor es confiable y explica el 47.03% de la varianza total, razón por la que los reactivos del mismo fueron sumados para crear la variable *creencias positivas sobre las actitudes*, que fue introducida como variable independiente en análisis de regresión que se corrió en una fase posterior de la investigación. La media del factor fue de 15.9 y la DE=3.16 en un rango de valores entre 3 y 20 (n=321).

CREENCIAS NEGATIVAS ACERCA DE LA CONDUCTA

Las *creencias negativas sobre la conducta* en relación con la solicitud del condón a la pareja regular se midió con siete reactivos con la misma escala de respuesta que el factor anterior, mismos que fueron sometidos a un análisis exploratorio de factores con rotación varimax, normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales, que convergió en 3 iteraciones; de acuerdo con la tabla de valores propios (*eigen values*) la escala era unidimensional, y no fue necesario eliminar ninguno de los elementos, que en conjunto explicaban el 44.65% de la varianza y obtuvieron una confiabilidad de .792, como se aprecia en la tabla 4. Una vez probada la validez y la confiabilidad de la escala, se procedió a sumar los reactivos para obtener el indicador de la variable, cuyos valores iban de 2 a 27, con una media de 12.75 y una desviación estándar de 4.25 (n=318).

Tabla 4.
Reactivos que conforman el factor creencias negativas sobre la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
19. Las mujeres que tienen una sola pareja no deben usar condón	.730	2.11	.943	.592
18. Sólo las personas que tienen muchas parejas sexuales deben utilizar condón	.726	2.01	1.1	.584
75. Las mujeres que piden a sus parejas que usen condón son promiscuas	.669	1.70	.822	.520
29. Una mujer pide a su pareja que use condón no es una persona confiable	.668	1.78	.884	.524
64. Es una falta de respeto que una mujer pida a su pareja que use condón cuando tienen relaciones sexuales	.659	1.73	.874	.508
33. Utilizar condón con mi pareja le quita el placer a las relaciones sexuales	.613	1.97	.896	.466
6. Las personas que usan condones se acuestan con cualquiera	.600	1.72	.796	.454
Alfa de Cronbach	.792	12.75	4.25	-

5.3.1.2. CREENCIAS SOBRE LA NORMA SUBJETIVA

CREENCIAS POSITIVAS ACERCA DE LA NORMA SUBJETIVA

Este constructo constaba originalmente de siete reactivos, los cuales fueron sometidos a un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax y normalización Kaiser. El ítem No. 20 (“Creo que mis amigas piden a sus parejas que usen condón cuando tienen relaciones sexuales con ellos”) sin embargo, hubo de ser eliminado por tener el valor más bajo en la tabla de comunalidades después de la extracción en el análisis factorial (.192), así como la carga factorial más baja (.438) y por afectar la confiabilidad del factor, el cual explicaba el 43.49% de la varianza total, y quedó conformado como se muestra en la tabla 5. Posteriormente, los reactivos fueron sumados para crear la variable *creencias positivas sobre la norma subjetiva*, misma que tuvo una media de 15.4 y la DE=4.15 en un rango de valores entre 2 y 24 (n=317):

Tabla 5.
Reactivos que conforman el factor creencias positivas sobre la norma subjetiva relativa a la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
45. Creo que mi familia vería bien que pida a mi pareja que use condón en nuestras relaciones sexuales	.763	2.72	.88	.587
46. A mis amigas les agradaría saber que pido a mi pareja que use condón cada vez que tengo relaciones sexuales con él	.696	2.48	.91	.500
39. Mi pareja considera que es benéfico que usemos condón en nuestras relaciones sexuales	.662	2.89	.88	.483
65. Mis amigas consideran benéfico que las personas usen condón con sus parejas	.615	2.74	.84	.430
20. Mi pareja apreciaría mucho que le pida que use condón cuando tenemos relaciones sexuales	.612	2.69	.79	.431
34. Creo que las personas de mi familia usan condón en las relaciones sexuales con sus parejas	.593	2.52	.92	.413
Alfa de Cronbach	.737	15.1	4.15	-

CREENCIAS NEGATIVAS ACERCA DE LA NORMA SUBJETIVA

Este constructo se midió con seis reactivos, mismos que al ser sometidos a un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax y normalización Kaiser mostraron pertenecer a un único factor, cuya confiabilidad fue de .7441, y que explicaba un 44.35% de la varianza total (ver tabla 6):

Tabla 6.
Reactivos que conforman el factor creencias negativas sobre la norma subjetiva relativa a la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
71. Mi pareja pensaría mal de mí si le pidiera que usara un condón cuando tenemos relaciones sexuales	.707	1.97	.91	.525
36. Mi familia piensa que es malo que utilice condón en mis relaciones sexuales con mi pareja	.704	1.78	.81	.529
66. Mi familia piensa que las mujeres que piden condón a sus parejas son poco confiables	.704	1.92	.83	.523
49. Mi pareja piensa que las mujeres que piden a sus parejas que usen condón tienen relaciones sexuales con muchos hombres	.671	1.88	.92	.486
70. Mis amigas piensan que mi pareja y yo no debemos usar condón	.649	1.93	.84	.466
7. Pienso que mis amigas no considerarían apropiado que yo pida a mi pareja que use condón	.546	1.94	.93	.373
Alfa de Cronbach	.744	11.41	3.47	-

Los seis reactivos fueron sumados para crear la variable *creencias negativas sobre la norma subjetiva*, cuyo promedio fue 11.41 (DE=3.47) en un rango de valores entre 6 y 23 (n=276).

5.3.1.3. CREENCIAS SOBRE EL CONTROL CONDUCTUAL

CREENCIAS POSITIVAS SOBRE EL CONTROL CONDUCTUAL

Para medir esta variable se redactaron seis reactivos, mismos que fueron sometidos a un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax y normalización Kaiser. De acuerdo con lo arrojado por el análisis, la escala tenía una estructura unidimensional y todos los ítems cargaron en la matriz de componentes no rotada, excepto uno (62. “Las mujeres que convencen a sus parejas de usar condón son capaces de lograr todo lo que se proponen”), por lo que se procedió a eliminarlo. Al correr de nuevo el análisis de factores, los cinco reactivos restantes cargaron solamente en un factor, el cual explicaba 48.85% del total de la varianza (ver tabla 7).

Tabla 7.
Reactivos que conforman el factor creencias positivas sobre el control percibido hacia la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
16. Me considero capaz de convencer a mi pareja de usar condón si ya los tengo a la mano la próxima vez que tengamos relaciones sexuales	.815	3.13	.89	.634
15. Pienso que sería fácil pedir a mi pareja que use condón la próxima vez que tengamos una relación sexual	.758	3.05	.85	.549
2. Creo que puedo conseguir condones, aún cuando estén caros	.662	3.07	.71	.457
52. Para convencer a mi pareja de usar condón, es suficiente que yo le pida que lo haga	.656	2.79	.93	.459
74. Creo que las mujeres que piden a sus parejas que usen condón son capaces de convencerlos de cuidar más la salud de ambos	.579	3.28	.79	.389
Alfa de Cronbach	.733	14.84	3.14	-

Como se muestra en la tabla, al aplicar la fórmula alfa de Cronbach para estimar la confiabilidad de la escala, esta mostró ser consistente, pues obtuvo un coeficiente de .733. Se creó a continuación la variable *creencias positivas sobre el control* con la suma de los valores de los reactivos mostrados en la tabla 10, la cual tuvo una media de 14.84 (DE=3.14) en un rango de valores entre 6 y 20 (n=317).

CREENCIAS NEGATIVAS ACERCA DEL CONTROL

El conjunto que se desarrolló para medir esta variable constaba de seis reactivos, con la misma escala de respuestas ya mencionada, no sufrió modificación alguna al ser sometido al análisis factorial exploratorio (método de componentes principales, con rotación varimax y normalización Kaiser), pues se confirmó su unidimensionalidad, tal como se aprecia en la tabla 8. La proporción de varianza explicada por este grupo de reactivos fue de 46.16%, y su confiabilidad .762 de acuerdo con lo arrojado al aplicar la fórmula alfa de Cronbach.

Tabla 8.
Reactivos que conforman el factor creencias negativas sobre el control percibido hacia la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
32. Si logro convencer a mi pareja de que use condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales será porque corra con suerte	.793	1.85	.88	.626
30. Para pedir a mi pareja que use condón, tengo que esperar a que esté de buen humor	.740	1.82	.87	.561
17. Haga lo que haga, mi pareja no aceptaría ponerse un condón	.723	1.84	.94	.561
25. Si decido pedirle a mi pareja que utilice un condón en nuestras relaciones sexuales puedo tener problemas con él	.707	1.92	.90	.521
4. Los condones son tan caros que es imposible usarlos	.535	1.81	.84	.379
47. Creo que no sirve de nada utilizar condón con mi pareja para evitar infecciones, pues de algo me tengo que morir	.533	1.50	.80	.379
Alfa de Cronbach	.762	10.75	3.54	-

La variable denominada *creencias negativas sobre el control* resultante de la suma de los reactivos, tuvo una media de 10.75 y una desviación estándar de 3.54, en un rango de valores entre 6 y 22 (n=293).

5.3.1.4. CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE CREENCIAS

Con las variables obtenidas después de la realización de los análisis factoriales, se corrió un análisis de correlación *producto-momento de pearson* con el fin de conocer las posibles relaciones entre tales elementos, mismas que se muestran en la tabla 9:

Tabla 9.
Tabla de correlaciones entre los factores de las escalas de creencias

	Creencias actitudinales positivas	Creencias actitudinales negativas	Creencias positivas norma subjetiva	Creencias negativas norma subjetiva	Creencias positivas sobre el control	Creencias negativas sobre el control
Creencias actitudinales positivas						
Creencias actitudinales negativas	-.393**					
Creencias positivas norma subjetiva	.353**	-.099				
Creencias negativas norma subjetiva	-.345**	.665**	.070			
Creencias positivas sobre el control	.598**	-.306**	.461**	-.297**		
Creencias negativas sobre el control	-.335**	.618**	-.075	.651**	-.313**	

** . p<.01

Como se puede apreciar, las variables que presentaron los coeficientes de correlación más altos fueron las relativas a las creencias negativas, mismas que se asocian en forma positiva (actitudinales y de la norma, $r=.665$; actitudinales y de control, $r=.618$; de control y de la norma subjetiva, $r=.651$) y son estadísticamente significativas al nivel .01. Esto significa que entre mayores sean las creencias negativas sobre cualquiera de las variables de la TCP que predicen la intención, mayores serán las creencias del mismo tipo para los otros constructos. Las creencias positivas de los tres tipos correlacionan entre sí, aunque con una intensidad menor que las negativas que se acaban de mencionar (actitudes y de la norma, $r=.353$; actitudes y de control, $r=.598$; de la norma y de control, $r=.461$; todas estas asociaciones fueron significativas en términos estadísticos al nivel $p<.01$).

Junto con esto, las creencias positivas y negativas sobre cada uno de los objetos (actitudes, norma subjetiva y control) correlacionan negativamente, lo cual era lógico esperar (a mayores creencias positivas sobre la actitud, menores creencias negativas sobre la actitud, y viceversa; $r=-.393$), excepto en el caso de la norma subjetiva, donde ambos tipos de creencias no parecen estar asociadas, y tampoco con las creencias negativas relativas a las actitudes y al control.

5.3.2. LAS ACTITUDES, LA NORMA SUBJETIVA, EL CONTROL PERCIBIDO Y LA INTENCIÓN

Una vez depuradas las escalas de las creencias, y conformadas como indicadores, se realizó el mismo procedimiento para los constructos de la TCP, mismos que, junto con lo obtenido con las creencias que les anteceden, fueron introducidos a los análisis de regresión lineal por etapas que integraban todos los componentes del modelo, que se describen más adelante.

5.3.2.1. ACTITUDES HACIA LA PETICIÓN DE USO DEL CONDÓN A LA PAREJA REGULAR

La escala inicial constó de ocho reactivos que debían responderse entre 1=Totalmente de Acuerdo (TA) a 4=Totalmente en Desacuerdo (TD), y que hacían referencia a la valoración positiva o negativa que hacían las mujeres en relación con la conducta de solicitar a sus compañeros que usaran condón en sus relaciones sexuales. Al someter estos reactivos a un análisis factorial con rotación varimax con normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales que convergió en 3 iteraciones, fue posible constatar la unidimensionalidad de la escala, al cargar todos en el primer factor de la matriz no rotada, por lo que no fue necesario eliminar ninguno. Al revisar la matriz no rotada sin embargo, este conjunto de ítems, se descomponía en dos factores, quedando claramente separados uno que se refería a actitudes positivas y otro a negativas. La proporción de varianza explicada por este conjunto de reactivos fue 59.16%.

Ante esa situación, se decidió, en aras de la consistencia teórica de este componente de la TCP, conservar todos los reactivos en un factor único, pues la totalidad de ellos se refiere al constructo actitudes, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 10.
Reactivos que conforman el factor actitudes hacia la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
58. Es bueno usar condón con mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales	.784	3.13	.77	.657
61. Pedir a mi pareja que utilice condón cuando tenemos relaciones sexuales es inadecuado	.737	3.17	.88	.631
57. Decirle a mi pareja que use condón cuando tenemos relaciones sexuales es algo positivo	.702	3.15	.75	.557
44. Es adecuado utilizar condón con mi pareja en nuestras relaciones sexuales	.675	3.02	.83	.535
53. No es conveniente usar condón con mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales	.669	3.01	.92	.546
38. Es inapropiado pedir a mi pareja que use condón en nuestras relaciones sexuales	.619	3.14	.89	.503
68. Es benéfico pedir a mi pareja que use condón cuando tenemos relaciones sexuales	.605	3.11	.78	.470
21. Usar condón con mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales es dañino para mi salud	.524	.345	.80	.416
Alfa de Cronbach	.818	24.26	5.09	-

Como es posible apreciar en la tabla 10, el factor es confiable, por lo que los reactivos del mismo fueron sumados para crear la variable *actitudes*, que fue empleada en los posteriores análisis de regresión. La media del factor fue de 24.26 y la DE=5.09 en un rango de valores con mínimo de 4 y máximo de 32.

5.3.2.2. LA NORMA SUBJETIVA

La escala de esta dimensión contenía inicialmente ocho reactivos, mismos que debían ser contestados de 1=Totalmente de Acuerdo (TA) a 4=Totalmente en Desacuerdo (TD) y hacían referencia a los otros significativos para las mujeres, que en este caso eran la pareja, la familia y las amigas. Al someter este conjunto de reactivos a un análisis factorial con rotación varimax con normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales, mismo que convergió en tres iteraciones, fue posible probar que la escala era unidimensional y se procedió a eliminar los tres reactivos que no cargaban en el primer factor de la matriz de componentes⁵⁵. Al correr el análisis de confiabilidad para los cinco ítems restantes, hubo la necesidad de eliminar uno más

⁵⁵ Los reactivos eliminados fueron los siguientes “22. Es muy importante para mí lo que creen mis amigas de que yo pida condón siempre que tenga relaciones sexuales”, “54. Es muy importante para mí lo que cree mi familia respecto de que mi pareja y yo usemos condón en relaciones sexuales”, y “24. Las personas que son importantes para mí piensan que yo debo pedirle a mi pareja que use condón”.

“60. Es muy importante para mí lo que crea mi pareja si yo le pido usar condón cuando tenemos relaciones sexuales”) con lo que el factor final, que explicaba el 55.8% de la varianza total quedó de la siguiente manera:

Tabla 11.
Reactivos que conforman el factor norma subjetiva en relación con la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
12. Mi pareja ve bien que yo le pida que use condón cuando tenemos relaciones sexuales	.830	2.87	.89	.639
13. Mi familia ve bien que mi pareja y yo utilicemos condón en nuestras relaciones sexuales	.768	2.80	.88	.661
11. Mis mejores amigas aprueban que mi pareja y yo usemos condón cuando tenemos relaciones sexuales	.747	2.85	.94	.673
59. Mi pareja piensa que debemos usar condón en nuestras relaciones sexuales	.631	2.77	.93	.737
Alfa de Cronbach	.730	11.30	2.7	-

Después del análisis factorial, se sumaron los puntajes de los reactivos para crear la variable *norma subjetiva*, misma que tuvo una media de 11.30 y una desviación estándar de 2.70 en un rango de valores entre 4 y 16.

5.3.2.3. EL CONTROL PERCIBIDO POR LAS MUJERES SOBRE LA CONDUCTA DE SOLICITAR EL USO DEL CONDÓN A LA PAREJA REGULAR

Para medir este constructo se redactaron 14 reactivos con una escala de respuesta que iba de 1=Totalmente de Acuerdo (TA) a 4=Totalmente en Desacuerdo (TD) que contemplaban las dos dimensiones observadas en otros estudios como el de Ramírez Sánchez (2002), en el que se obtuvieron dos factores de control, uno positivo y otro negativo. Al correr un análisis factorial con la totalidad de los reactivos con rotación varimax con normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales, aunque todos, excepto uno cargaban en el primer factor de la matriz no rotada, la confiabilidad era demasiado baja, por lo que se decidió separar los ítems de control positivo y los de control negativo. En estudios previos en los que se probó el funcionamiento del modelo con muestras de mujeres mexicanas como el de Ramírez Sánchez (2002), se encontraron también estos dos factores de control, uno positivo y otro negativo, mismos que mostraron tener un efecto distinto sobre la conducta. Tomando en cuenta la

existencia de este antecedente, se consideró pertinente diferenciar ambos aspectos del control en esta investigación.

Así, el control positivo sobre la solicitud del uso del condón comprendía los cinco reactivos contenidos en la tabla 12, mas uno que hubo que eliminar⁵⁶ por no cargar en el primer factor de la matriz no rotada, en la que se demuestra la unidimensionalidad del constructo. La varianza explicada en este caso fue de 50.42% del total.

Tabla 12.
Reactivos que conforman el factor del control percibido positivo en relación con la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
77. Puedo convencer a mi pareja de usar condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales	.812	3.03	.86	.615
76. Puedo pedirle a mi pareja que use condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales	.795	3.04	.79	.596
67. Las mujeres como yo deben ser capaces de pedir a sus parejas que usen condón	.679	3.05	.79	.480
26. Soy capaz de pedirle a mi pareja que utilice condón en nuestra siguiente relación sexual	.647	3.03	.86	.468
40. Soy capaz de ir a la farmacia a comprar condones para usarlos en la próxima relación sexual con mi pareja	.591	3.04	.88	.415
Alfa de Cronbach	.747	15.20	2.96	-

Los puntajes de estos cinco reactivos se sumaron y dieron lugar a la creación de la variable *control percibido positivo*, cuyo valor fue empleado en los análisis de regresión lineal que se corrieron con todos los componentes de la TCP. El promedio obtenido para esta variable fue de 15.20, con una DE=2.96 en un rango entre 5 y 20.

Con los ocho reactivos restantes se corrió también un análisis factorial con rotación varimax con normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales. Al mostrar la tabla de varianza total explicada que el valor propio inicial del primer factor era más del doble del segundo, se constató que la escala era unidimensional, por lo que no fue necesario eliminar ningún reactivo. La matriz rotada, sin embargo, mostraba que en esa dimensión existían dos

⁵⁶ El ítem excluido fue "23. Que mi pareja utilice condón en nuestras relaciones sexuales depende de que yo se lo pida."

componentes, uno referido principalmente a la capacidad de convencimiento de las mujeres con sus compañeros para que emplearan preservativo en sus relaciones sexuales, y otro en el que destacaba la dificultad para conseguirlos.

Resultaba inconveniente para el análisis, sin embargo, tener dos factores de control percibido negativo, así que se tomó la determinación de conservar sólo uno, por lo que los valores de las cargas factoriales que se presentan en la tabla 13 corresponden a la matriz no rotada. La proporción de varianza total explicada por este factor fue 49.6%.

Tabla 13.
Reactivos que conforman el factor del control percibido negativo
en relación con la solicitud del uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
8. Aunque yo consiga los condones, no soy capaz de convencer a mi pareja de utilizarlos	.650	1.97	.90	.452
14. Me siento incapaz de pedirle a mi pareja que use condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales	.650	1.95	.93	.462
27. Aunque yo le pida a mi pareja que utilice condón en nuestras relaciones sexuales, el que lo use o no sólo depende de él	.640	2.19	.91	.347
37. Usar condón en nuestras relaciones sexuales depende de mi pareja, no de mí	.627	1.92	.90	.483
55. Es muy difícil para mí acudir a un centro de salud a pedir condones porque están muy lejos de donde vivo	.621	1.84	.85	.314
56. Es imposible que yo consiga condones para la próxima relación sexual con mi pareja porque no tengo tiempo para comprarlos	.536	1.82	.82	.480
69. Es difícil para mí pedir a mi pareja que use un condón en la siguiente ocasión que tengamos relaciones sexuales	.502	2.05	.85	.375
72. Yo no puedo decidir cuándo pedirle a mi pareja que use condón en nuestras relaciones sexuales	.476	1.91	.84	.466
Alfa de Cronbach	.729	15.65	4.12	-

Los puntajes de los reactivos contenidos en la tabla fueron sumados para constituir la variable *control percibido negativo*, cuya media fue de 15.65 y la DE=4.12 en un rango de valores con mínimo de 8 y máximo de 28.

5.3.2.4. INTENCIÓN DE PEDIR A LA PAREJA QUE USARA CONDÓN

Este constructo fue evaluado con ocho reactivos con una escala de respuesta que iba de 1=Totalmente de Acuerdo (TA) a 4=Totalmente en Desacuerdo (TD) que evaluaban el propósito de las mujeres para pedir a sus esposos o compañeros que utilizaran un preservativo en la

siguiente relación sexual. Con éstos se corrió un análisis factorial con rotación varimax, normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales, cargando todos en la matriz no rotada, razón por la que no se eliminó ninguno de los ítems. Este único factor explicaba el 55.69% de la varianza total, y la confiabilidad del conjunto de reactivos fue de .884, la más alta entre los elementos de la TCP (ver tabla 14).

Tabla 14.
Reactivos que conforman el factor de la intención de pedir el uso del condón a la pareja regular

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. Item-total
50. Voy a pedirle a mi pareja que use condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales	.829	2.88	.82	.745
42. Voy a conseguir condones para la próxima ocasión que mi pareja y yo tengamos relaciones sexuales	.816	2.84	.85	.726
51. De hoy en adelante voy a pedirle a mi pareja que use condón siempre que tengamos relaciones sexuales	.792	2.74	.87	.705
41. Le voy a recordar a mi pareja que consiga condones para usarlos la próxima vez que tengamos relaciones sexuales	.789	2.88	.81	.693
31. Tengo planeado pedir a mi pareja que use un condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales	.733	2.74	.92	.643
35. La próxima vez que tengamos relaciones sexuales quiero pedir a mi pareja que use condón	.728	2.74	.90	.640
43. Tengo la intención de tener relaciones sexuales sólo si mi pareja utiliza condón	.645	2.49	.96	.544
9. La próxima vez que tengamos una relación sexual pienso pedir a mi pareja que utilice un condón	.605	2.82	.96	.510
Alfa de Cronbach	.884	22.14	5.26	-

Los puntajes de los ocho reactivos se sumaron para crear la variable numérica *intención*, cuyo formato facilitó su inclusión en los análisis posteriores. La media del factor fue de 22.14 y la DE=5.26 en un rango de valores con mínimo de 8 y máximo de 32.

5.3.2.5. CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DEL MODELO

Una vez que se tuvieron las nuevas variables, se corrió un análisis de correlación bivariada *producto momento de pearson*, obteniéndose los coeficientes que se muestran en la tabla 15. En la misma, es posible confirmar que las relaciones entre todas las variables son estadísticamente significativas al nivel .01, y positivas en todos los casos, excepto con el control conductual negativo, que correlaciona negativamente con las demás variables del modelo. Como se esperaba, la intención correlaciona alto y en sentido positivo con la norma subjetiva ($r=.623$) y

con el control percibido positivo ($r=.607$), pero bajo y en sentido negativo con el control percibido negativo ($r=-.241$).

Las actitudes correlacionan alto y en forma positiva con el control percibido positivo ($r=.620$) y con la intención ($r=.572$), y un poco más bajo pero también positiva con la norma subjetiva ($r=.468$), y negativamente con el control percibido negativo ($r=-.580$). La norma subjetiva correlaciona positivamente con el control percibido positivo ($r=.482$) además de con las actitudes ($r=.468$) y la intención, pero negativamente con el control percibido negativo ($r=-.350$). Finalmente, aun cuando no es muy fuerte, existe una relación negativa entre el control percibido positivo y el control percibido negativo ($r=.333$).

En síntesis, todas las variables del modelo correlacionan en forma positiva entre ellas, excepto con la percepción de control negativa, tal como se esperaba, lo que significa que, entre más positivas fueron las actitudes de las participantes, sus valores en intención, norma subjetiva y control también eran más positivos. Del mismo modo, entre más alta o positiva fue la intención, más favorables fueron las actitudes, la norma subjetiva y el control positivo. Contrariamente, entre más altas fueron las actitudes, la norma subjetiva y el control positivo, la percepción de control negativo fue más baja.

Tabla 15.
Correlaciones de pearson entre las variables del Modelo de Conducta Planeada

Variables	Actitudes	Intención	Norma subjetiva	Control percibido positivo	Control percibido negativo
Actitudes					
Intención	.572**				
Norma subjetiva	.468**	.623**			
Control percibido positivo	.620**	.607**	.482**		
Control percibido negativo	-.580**	-.241**	-.350**	-.333**	

** . $p < .01$.

5.4. PRUEBA DEL MODELO DE LA CONDUCTA PLANEADA

Conociendo las relaciones existentes entre las variables, se procedió a correr los análisis de los modelos de predictivos en tres etapas, una primera con tres regresiones lineales para conocer el efecto de las creencias sobre los constructos de la TCP (actitudes, norma subjetiva y control percibido), en segundo lugar, otra regresión lineal para conocer en qué medida los factores de la TCP incidían en la intención de las mujeres para pedir a sus compañeros el uso del preservativo en sus relaciones sexuales⁵⁷; en tercer lugar, se corrió un análisis de regresión logística⁵⁸ para saber si el conjunto de variables contempladas en el modelo eran útiles para predecir la conducta de haber pedido el condón a la pareja en la última relación sexual. Los resultados extraídos mediante dichos procedimientos fueron integrados en un único modelo gráfico, mismo que se presenta más adelante (ver gráfica 4).

En la primera etapa, se corrió un análisis de regresión lineal con método *stepwise*, introduciendo como variable dependiente a las **actitudes** y como independientes a las creencias positivas y negativas en relación con la conducta; el modelo obtenido incluyó a las dos variables independientes y, de acuerdo con los resultados del ANOVA de la regresión se ajustó adecuadamente ($F_{2,317}=141.845$; $p<.001$), permitiendo explicar el 47.1% del total de la varianza. Como puede observarse en la gráfica 7, la influencia de las creencias positivas sobre la conducta fue positiva ($\beta=.539$), mientras que la que va de creencias negativas hacia la actitud es negativa, lo que quiere decir que entre más alto sea el valor en las creencias de este tipo, menos favorable será la actitud expresada por las participantes ($\beta=-.266$).

⁵⁷ Recordemos aquí que la proporción de mujeres que participaron en el estudio y que dijeron haber pedido a su pareja regular que usara condón en la última relación sexual fue de 34.9%, tal como se describe en el apartado 5.1.2. Se da este dato como referencia, por constituir el reporte de tal solicitud la medición de la variable dependiente conducta de la TCP.

⁵⁸ Las variables de la TCP fueron medidas con escalas intervalares, mientras que la pregunta que indagaba la conducta era dicotómica; de ahí que, para conocer los factores que influyen la intención, se aplicara la regresión lineal, y en la última parte del análisis, en la que la conducta era la variable a predecir, se corriera la logística.

En seguida, se corrió otro análisis de regresión lineal con método *stepwise*, colocando como variable dependiente a la **norma subjetiva**, y como independientes a las creencias positivas y negativas en torno a dicha norma; de nueva cuenta, se obtuvo un modelo que incorporó a ambas variables, y que explicaba el 39.6% de la varianza total, ajustándose adecuadamente de acuerdo con el ANOVA de la regresión ($F_{2,279}=92.305$; $p<.001$). Del mismo modo que en el caso de las actitudes, las creencias positivas sobre la norma subjetiva influyeron positivamente a la norma y las creencias negativas tuvieron un efecto negativo sobre la misma ($\beta=.570$ y $\beta=-.224$ respectivamente) (ver gráfica 4).

Posteriormente, se introdujo al análisis de regresión lineal, con el mismo método que los anteriores, a las creencias positivas acerca del control como variable independiente, y al **control percibido positivo** como dependiente, obteniendo un modelo que se ajustó en forma adecuada ($F_{1,292}=225.692$; $p<.001$) y que permite explicar el 43.5% de la varianza total. En este caso, la influencia de la variable independiente fue positiva sobre la dependiente ($\beta=.661$).

Por último, se corrió un análisis de regresión lineal con método *stepwise*, con el **control percibido negativo**⁵⁹ como variable independiente, y con las creencias negativas sobre el control como variable independiente; el modelo arrojado por el análisis permitió explicar el 53.4% de la varianza total, y se ajustó adecuadamente, según los valores del ANOVA de la regresión ($F_{1,278}=319.374$; $p<.001$); al ser las dos variables negativas, el sentido de la influencia de la independiente sobre la dependiente fue positivo ($\beta=.732$). Los resultados de todas las regresiones descritas se integran en el modelo general para la TCP, que se presenta en la gráfica 4.

⁵⁹ Recuérdese que el análisis factorial aplicado a la escala de control percibido elaborada para este estudio, confirma la existencia de dos tipos de control, uno positivo y otro negativo, encontrado en investigaciones previas en las que se empleó el modelo de la Teoría de la Conducta Planeada (por ejemplo, véase Ramírez Sánchez, 2002).

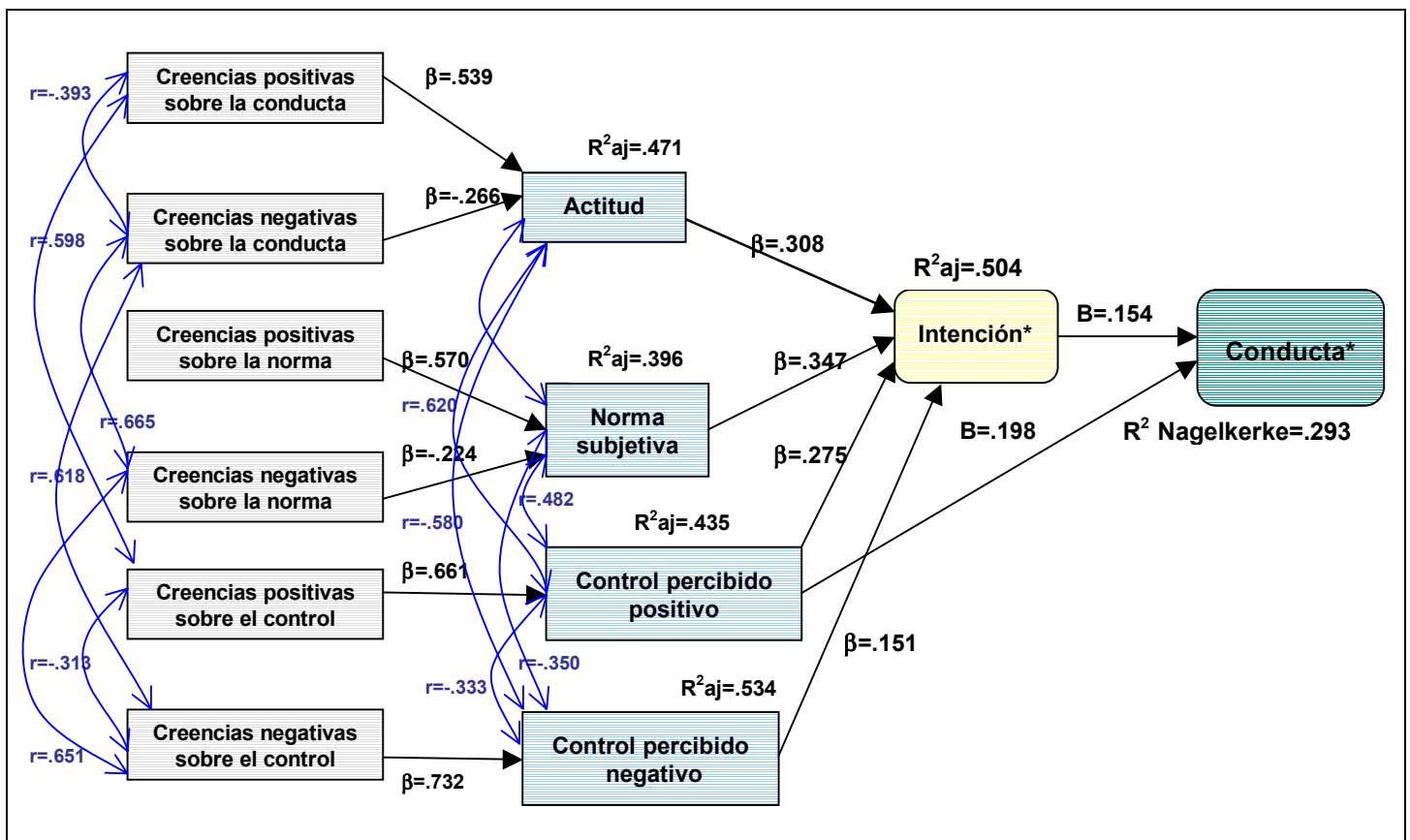
Finalmente, para obtener el mejor modelo para explicar la **intención** de solicitar el empleo del condón a la pareja regular en la siguiente relación sexual, se corrió un análisis de regresión lineal con método *stepwise* introduciendo como variables independientes las actitudes, la norma subjetiva, y dos factores de control percibido (positivo y negativo). El modelo resultante incluyó a todas las variables mencionadas y se ajustó adecuadamente, explicando el 50.4% del total de la varianza de acuerdo con los resultados de la ANOVA de la regresión ($F_{4,225}=59.068$; $p<.001$), lo que confirma su adecuado funcionamiento para este problema y con esta muestra.

Como puede observarse en la gráfica 4, los pesos de las variables incluidas en el modelo muestran la importante influencia que tiene la norma subjetiva sobre la intención de las participantes de pedir el uso del condón a la pareja en la siguiente relación sexual ($\beta=.347$). Si se recuerda que en este caso los otros significativos eran la pareja, las amigas y la familia, no es de extrañar que, entre mayor sea la percepción de aprobación de la conducta de parte de estos actores, mayor sea la intención de las mujeres para que efectivamente el comportamiento se ejecute. Las actitudes por otra parte, fueron también un factor importante que incidía positivamente en las intenciones ($\beta=.308$; una actitud más favorable se corresponde con una mayor intención de realizar la conducta); en siguiente lugar la percepción positiva de control sobre la conducta tuvo un efecto positivo sobre la intención ($\beta=.275$), entrando en último sitio, el control percibido negativo que fue la variable menos relevante en el modelo, pero cuya influencia existe y es positiva ($\beta=.151$), aun cuando esto parezca contradictorio.

En la siguiente fase del análisis, se corrió una regresión logística binaria con método *forward conditional*, introduciendo como variables independientes la actitud, la intención, la norma subjetiva, el control percibido positivo y el control percibido negativo, y como dependiente la **conducta ejecutada** de haber pedido a la pareja que utilizara un condón en la última relación sexual. Como lo indica la teoría, las únicas variables que mostraron tener algún efecto sobre la dependiente fueron la percepción positiva de control y la intención, ambas en un sentido positivo,

lo que quiere decir que, entre mayor control se perciba para ejecutar la conducta, y al mismo tiempo entre mayor sea la intención de realizarla, más alta será la probabilidad de que el comportamiento se lleve a cabo ($B=.1981$ y $B=.154$ respectivamente). Este modelo tiene un ajuste adecuado, y explica el 29.3% de la varianza; finalmente, el nivel de clasificación adecuada alcanzada con este análisis fue del 74.42% de los casos ($-2 LL=233.627$; $R^2 \text{ Nagelkerke}=.293$; $p<.001$), tal como se muestra en la gráfica 4.

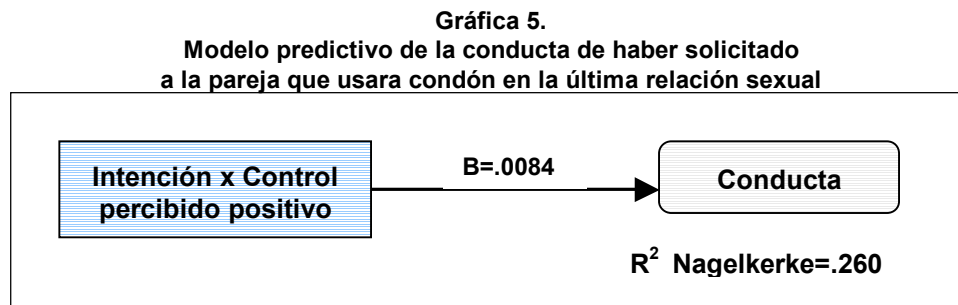
Gráfica 4.
Funcionamiento del modelo completo de la Teoría de la Conducta Planeada
para el conjunto total de participantes



* En el caso de la intención, la $n=321$ casos, y para la conducta se contó con $n=109$ por ser éstas las reportaron haber pedido a su compañero que usara condón en la última relación sexual.

Para tratar de observar la influencia no sólo de variables separadas, sino también el posible efecto de algunas interacciones entre las mismas, se corrió otro análisis de regresión logística con método *forward conditional*, introduciendo todas las del modelo de la TCP y la interacción entre control positivo e intención (las dos que predicen el comportamiento) como independientes,

y como dependiente la conducta de haber solicitado a la pareja que usara preservativo en la última relación sexual. De este ejercicio se obtuvo un modelo que se ajustó adecuadamente, en el que la interacción intención-control percibido positivo fue el único elemento que mostró tener algún efecto sobre la conducta, aún cuando el valor del coeficiente B no fue muy alto, con una clasificación apropiada del 70.23% de los casos ($-2 LL=242.670$; $R^2 \text{ Nagelkerke}=.260$; $p<.001$); cabe hacer notar que la combinación de los dos elementos resta intensidad a dicho efecto, pues la proporción de varianza explicada con ésta baja del 29.3% mostrado en la gráfica 6, a 26% (ver gráfica 5):



Una vez probado el funcionamiento adecuado de la TCP con esta muestra, se procedió a repetir el análisis introduciendo como variables independientes, además de las del modelo (sin las creencias), aquellas relativas al riesgo que se percibe tienen de contagiarse por VIH/SIDA cinco tipos de personas⁶⁰: las mujeres que tienen muchas parejas sexuales, una persona conocida, una persona de la familia de las participantes, las mujeres casadas, y las propias encuestadas.

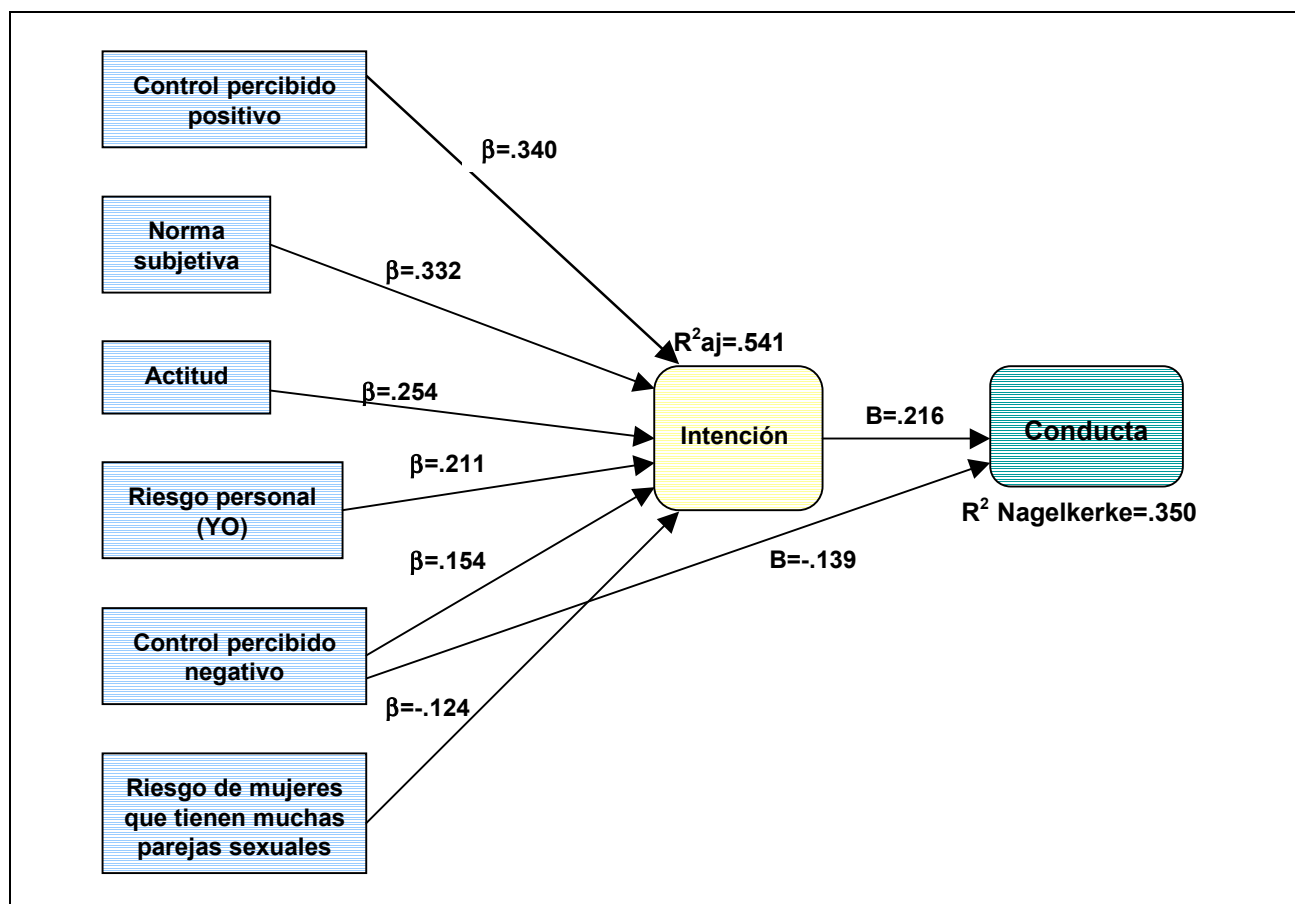
La variable dependiente, en la primera parte del análisis (regresión lineal con método *stepwise*) fue la **intención**, y se obtuvo un modelo que se ajusta adecuadamente ($F_{6,190}=38.261$; $p<.001$) y explica el 54.1% de la varianza. En dicho modelo, entraron las siguientes variables independientes: norma subjetiva mostrando un efecto positivo ($\beta=.340$), control percibido positivo

⁶⁰ La descripción detallada de lo obtenido con las cinco preguntas que hacían referencia al riesgo se encuentra en el apartado 5.2.2.

($\beta=.332$), actitud ($\beta=.254$), el riesgo personal ($\beta=.211$), el control percibido negativo ($\beta=.138$), y el riesgo que piensan tienen las mujeres que tienen muchas parejas sexuales, aunque en un sentido negativo y contradictorio ($\beta=-.124$).

Al correr una regresión logística binaria, con método *forward conditional* con las variables mencionadas arriba como independientes, y la **conducta** de haber pedido a la pareja que utilizara un condón en la última relación sexual como dependiente, se obtuvo un modelo que se ajustó adecuadamente, siendo únicamente la intención ($B=.216$) y el control percibido negativo ($B=-.139$) las variables que explicaban la conducta en un 35%. La proporción de casos correctamente clasificados fue 77.37% (-2 LL=193.920; R^2 Nagelkerke=.350; $p<.001$). La gráfica 6 sintetiza las dos fases de este análisis:

Gráfica 6.
Funcionamiento del modelo de la Teoría de la Conducta Planeada
y el riesgo de contagiarse de VIH/SIDA para el conjunto total de participantes



Si se observa con atención el esquema anterior, puede notarse cómo la introducción de las variables relativas al riesgo elevaron el nivel de predicción de la intención en poco más de 4%, y la de la conducta en casi un 6%, si comparamos estos resultados con los mostrados en la gráfica 4, en la que sólo fueron incluidas las variables de la TCP.

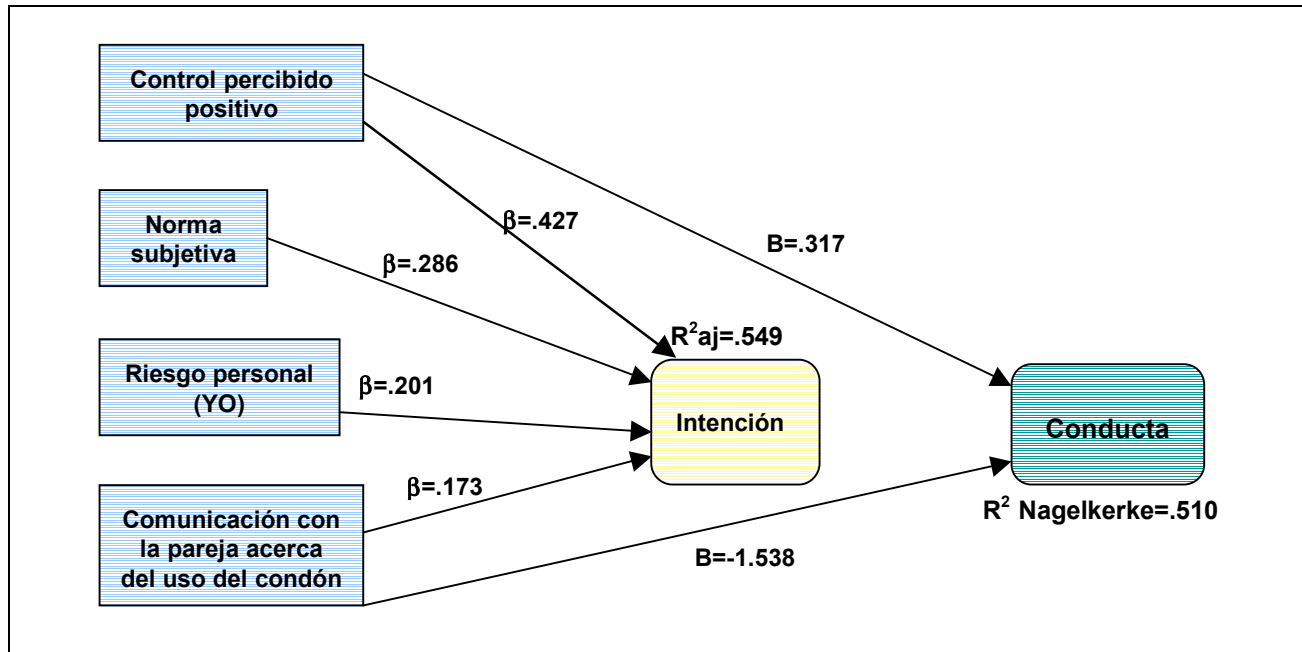
En un siguiente análisis de regresión lineal (método *stepwise*), se tomaron como variables independientes las actitudes, la norma subjetiva, el control positivo y negativo, el riesgo que consideran tienen las mujeres que tienen muchas parejas sexuales, una persona conocida, una persona de la familia de las participantes, las mujeres casadas, y las propias encuestadas, además de la satisfacción con la relación con la pareja, y la comunicación con el compañero en relación con el uso del condón⁶¹, y como dependiente la **intención** de solicitar el condón. El modelo obtenido incluyó sólo al control positivo ($\beta=.427$), a la norma subjetiva ($\beta=.286$), a la percepción de riesgo personal ($\beta=.201$), y la comunicación con la pareja sobre el uso del condón ($\beta=.173$; una comunicación frecuente en relación con el tema, favorecía que tuvieran una mayor intención de ejecutar la conducta), ajustándose adecuadamente ($F_{4,186}=57.546$; $p<.001$), y explicando el 54.9% de la varianza total.

En la siguiente etapa, la regresión logística binaria (método *forward conditional*) en la que se introdujeron las variables anteriores como independientes, y la **conducta** ya definida como dependiente, se obtuvo un modelo en el que únicamente resultaron relevantes el control percibido positivo ($B=.317$) y la comunicación sobre el uso del condón con la pareja ($B=1.538$), quedando la intención fuera del modelo por primera vez; esto quiere decir que toda la intención manifestada por las participantes se restringía sobre todo a la acción de comunicar su solicitud a sus compañeros. Ambas explicaban el 51% de la varianza, con un 78.61% de casos

⁶¹ La pregunta indagaba qué tan a menudo las participantes comentaban con su pareja la posibilidad de usar condón en sus relaciones sexuales, y la escala de respuesta iba de 1 (nunca) a 4 (siempre).

correctamente clasificados (-2 LL=158.786; R^2 Nagelkerke=.510; $p < .001$). Las dos fases descritas se integran en el modelo presentado en la gráfica 7:

Gráfica 7.
Funcionamiento del modelo de la Teoría de la Conducta Planeada,
incluyendo el riesgo de contagio de VIH/SIDA, la satisfacción con la relación con la
pareja y la comunicación relativa al uso del condón para el conjunto total de participantes



Por supuesto, llama la atención el papel tan relevante que adquiere la comunicación con la pareja sobre el empleo de preservativos en las relaciones sexuales, aún por encima de la percepción de riesgo y de la intención, que hasta ahora había sido el predictor más importante de la conducta. El control percibido, por otro lado, consistentemente había mostrado ser el segundo factor para explicar la conducta, en este y otros estudios (ver por ejemplo Ramírez Sánchez, 2002).

En la última fase del análisis, se separó al conjunto de participantes en dos grupos, de acuerdo con el nivel de satisfacción que declararon tener en su relación con la pareja⁶², tomando en cuenta la división en cuartiles de las calificaciones obtenidas en esa dimensión. La suma de los valores de las variables que conformaban esta escala, tuvo una media de 27.96 (DE=8.86),

en un rango que iba de 2 a 40; el valor en el cuartil 25 fue 22, en el 50 fue 30, y en el 75 fue 35. El grupo que se denominó con baja satisfacción con la relación de pareja fue aquel cuyos puntajes estaban en el percentil 25 y hacia abajo, mientras que el alto tomó en cuenta aquellos valores que se encontraron entre el percentil 75 a 100. La distribución en los grupos fue equilibrada, quedando como sigue:

Tabla 16.
Grupos por grado de satisfacción con la relación con la pareja

Grupos	Frecuencia	Porcentaje válido
1 Grupo bajo	81	48.2%
2 Grupo alto	87	51.8%
Total	168	100%
Casos no considerados	153	
Total	321	

Con estos grupos, se corrieron los análisis para probar el modelo de la TCP, considerando sólo las variables del mismo, e incluyendo las de percepción de riesgo y la de comunicación con la pareja sobre uso del condón en sus relaciones sexuales.

5.4.1. MODELO DE LA CONDUCTA PLANEADA PARA EL GRUPO DE MUJERES CON BAJA SATISFACCIÓN EN SU RELACIÓN CON LA PAREJA

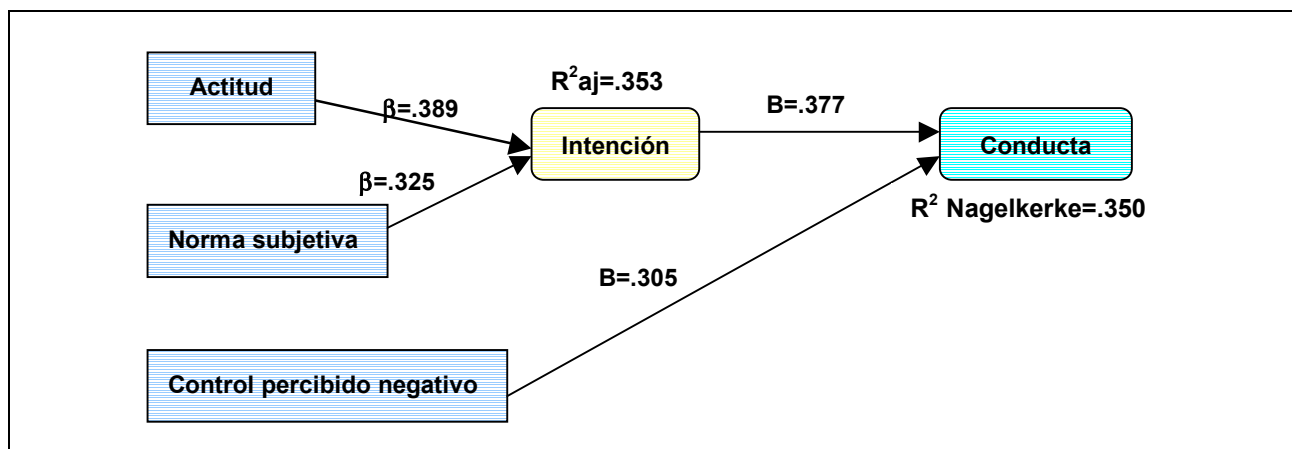
Siguiendo la lógica de análisis expuesta en el apartado anterior, se presentan los resultados de los análisis de regresión, lineal y logística para probar de nuevo la TCP con los grupos de baja y alta satisfacción con la relación con la pareja.

Un primer análisis de regresión lineal con método *stepwise*, introduciendo a la actitud, la norma subjetiva, y los dos factores de control (positivo y negativo) como variables independientes, y la intención como dependiente, arrojó un modelo cuyo ajuste era adecuado ($F_{2,48}=14.104$; $p<.001$), y explicó el 35.3% de la varianza. Las variables que quedaron en este modelo fueron la actitud y la norma subjetiva, y la influencia que tienen los factores sobre la variable dependiente fue positiva ($\beta=.389$ y $\beta=.325$ respectivamente).

⁶² La descripción completa sobre esta variable se encuentra en el apartado 5.1.3.

Ahora bien, el análisis de regresión logística binaria (método *forward condicional*) en el que se introdujeron las variables de la TCP mencionadas en el párrafo anterior más la intención como variables independientes y a la conducta de haber pedido al compañero que empleara un condón en la última relación sexual como dependiente, muestra que a ésta última la explican la intención ($B=.377$) y el control percibido negativo ($B=.305$); esto implica que una intención alta y una percepción de control negativo alto influyen en el hecho de que las mujeres finalmente pidieran o no a sus esposos o compañeros que usaran preservativos (ver gráfica 8). La proporción de varianza explicada alcanzada por este modelo es de 35% y el porcentaje de casos correctamente clasificados fue 69.39% (-2 LL=49.926; R^2 Nagelkerke=.350; $p<.001$).

Gráfica 8.
Modelo predictivo de la conducta de haber solicitado a la pareja regular que usara condón en la última relación sexual para el grupo con baja satisfacción con la relación con la pareja



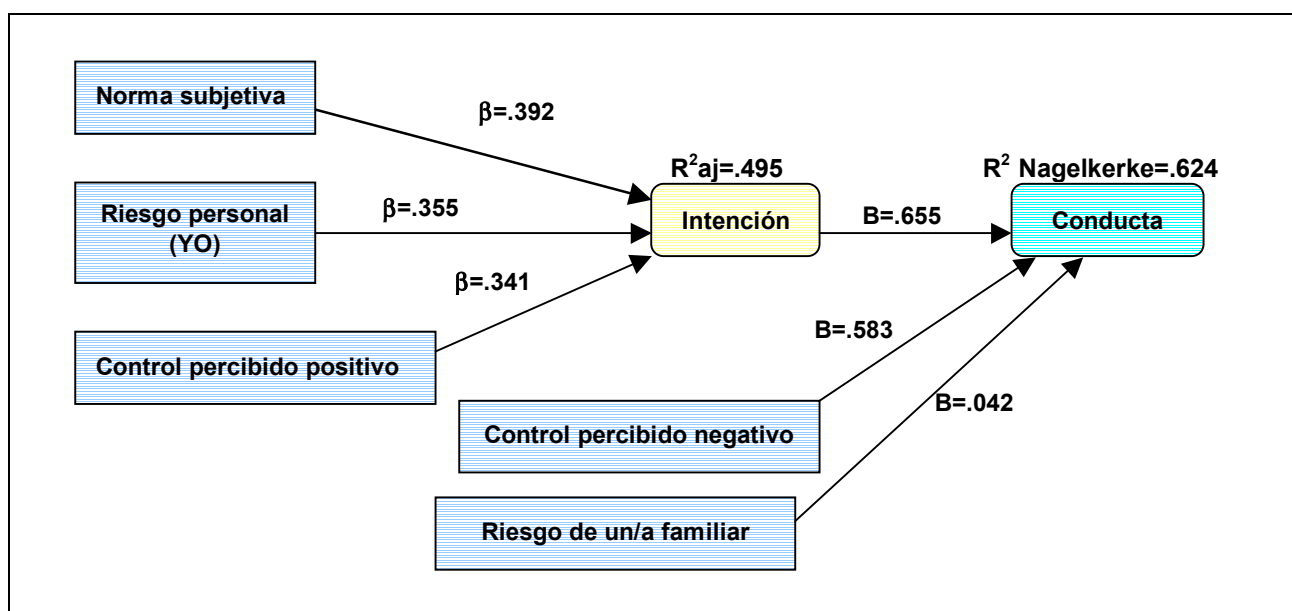
El siguiente análisis de regresión lineal (método *stepwise*) incluyó a las cuatro variables de la TCP (actitud, norma subjetiva, control positivo y control negativo) más las cinco que hacían alusión al riesgo de adquirir el VIH/SIDA por parte de diferentes personas con las que las participantes podían tener o no alguna relación⁶³. La variable dependiente fue, nuevamente, la intención de requerir el empleo del condón a la pareja regular en sus relaciones sexuales.

⁶³ Las mujeres que tienen muchas parejas sexuales, una persona conocida, una persona de la familia de las participantes, las mujeres casadas, y las mujeres que participaron en el estudio.

El modelo obtenido (ver gráfica 9) muestra que el control positivo, la norma subjetiva y el riesgo personal explican la intención de llevar a cabo la conducta mencionada, siendo positiva la influencia en los tres casos; esto es, entre más alto sea el control positivo la intención será mayor ($\beta=.392$), si el valor de la norma subjetiva aumenta influirá para que la intención sea cada vez mayor ($\beta=.355$) y, entre mayor sea la percepción del riesgo personal mayor será la intención ($\beta=.341$). La proporción de varianza explicada con este modelo fue 49.5%, y el mismo tuvo un ajuste adecuado ($F_{3,39}=13.732$; $p<.001$).

El análisis de regresión logística binaria (método *forward conditional*) realizado en la siguiente etapa, incluyó las mismas variables independientes que el anterior más la intención, siendo la conducta la dependiente. El modelo obtenido, el cual se muestra en la gráfica 9 tuvo un ajuste adecuado ($-2 LL=27.658$; $R^2\text{Nagelkerke}=.624$; $p<.001$) y el porcentaje de casos correctamente clasificados fue 82.5%; las variables relevantes fueron la intención ($B=.655$), control negativo ($B=.583$) y el riesgo que podría tener un miembro de la familia para contagiarse por VIH/SIDA ($B=.042$).

Gráfica 9.
Modelo predictivo de la conducta de haber solicitado a la pareja regular que usara condón en la última relación sexual para el grupo con baja satisfacción incluyendo percepción de riesgo



Nótese cómo en este conjunto de elementos, el riesgo personal desplazó a la actitud, y ésta es la única variable de la TCP que no entra en el modelo. Llama la atención también que los factores de control se relacionen de manera distinta con la intención y la conducta, pues mientras el positivo resultó ser un mejor predictor de la intención, el negativo tuvo un efecto directo sobre la conducta. Lo mismo sucede con los dos tipos de riesgo que entraron en cada una de las dos fases del análisis, pues mientras que el riesgo personal influía a la intención, el riesgo que se percibía podía tener una persona de la familia lo hacía sobre la conducta. Asimismo, la proporción de varianza que se logra explicar con la intención, el control percibido negativo y el riesgo de una persona familiar ante el VIH/SIDA fue significativamente importante, 62.4%.

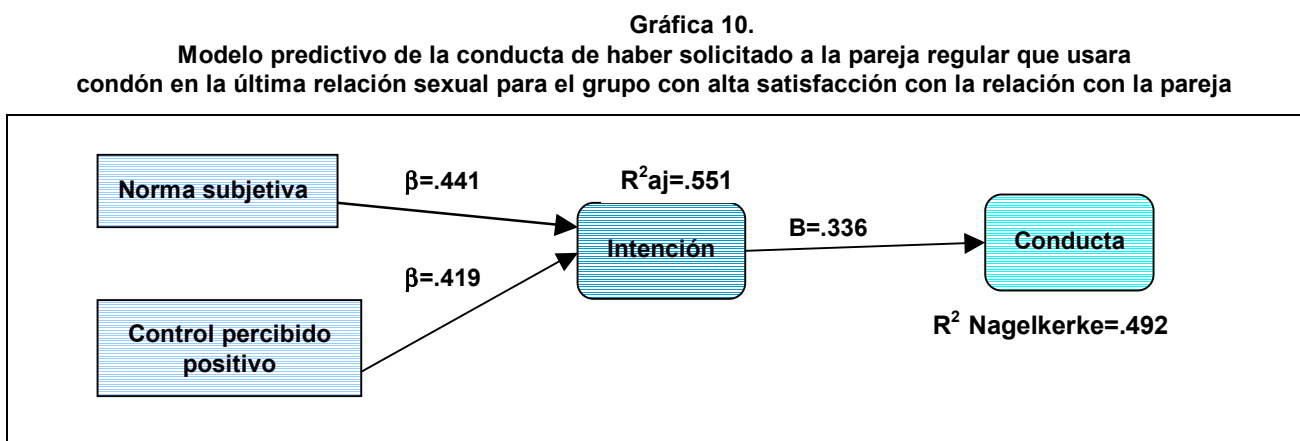
Finalmente, se buscó el mejor modelo para predecir la intención y la conducta para el grupo con baja satisfacción en su relación con la pareja, considerando, además de los elementos de la TCP y el riesgo percibido, la comunicación que declararon tener sobre el uso de preservativos con sus compañeros. Así, primero se corrió un análisis de regresión lineal con método *stepwise*, con las variables independientes: actitud, norma subjetiva, control positivo, control negativo, riesgo de las mujeres que tienen muchas parejas sexuales para contraer VIH/SIDA, riesgo de una persona conocida, riesgo de una persona de la familia, riesgo de las mujeres casadas, riesgo de la propia participante, y comunicación con la pareja sobre el uso del condón.

Después de aplicar ambos procedimientos, las soluciones tanto del análisis de regresión lineal como del logístico, se obtuvo de nueva cuenta la estructura del modelo presentado en la gráfica 9, por lo que se constata que el factor comunicación sobre el empleo del preservativo con sus parejas, no aporta a la explicación de la variable dependiente.

5.4.2. MODELO DE LA CONDUCTA PLANEADA PARA EL GRUPO DE MUJERES CON ALTA SATISFACCIÓN EN SU RELACIÓN CON LA PAREJA

En lo que concierne al grupo con alta satisfacción en su relación con la pareja, al introducir las cuatro variables de la TCP que predicen la intención (actitud, norma subjetiva, control positivo y control negativo) como variables independientes y a ésta como dependiente en un análisis de regresión lineal con método *stepwise*, se encontró lo siguiente: las variables que influyeron para que la intención se diera fueron la norma subjetiva ($\beta=.441$) y el control percibido positivo ($\beta=.419$), quedando fuera las actitudes y la percepción de control negativo. Esto significa que entre mayor presión se perciba que se tiene de parte de las personas significativas para las mujeres, y mientras mayor control positivo consideren tener sobre la solicitud de condón a la pareja, la intención sería mayor. Este modelo explicaba el 55.1% del total de la varianza, y se ajustó adecuadamente según el ANOVA de la regresión ($F_{2,61}=38.435$; $p<.001$).

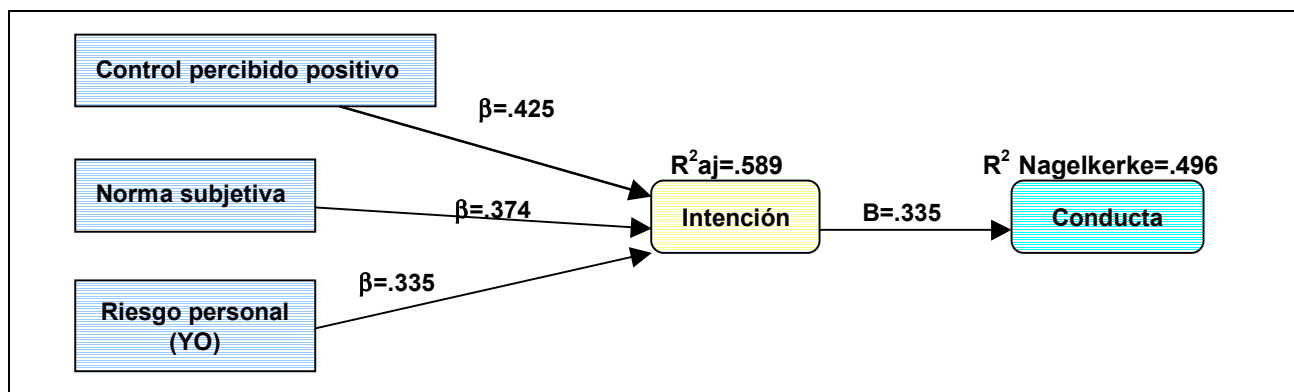
La regresión logística binaria a la que se introdujeron las mismas variables independientes que en el análisis anterior más la intención, y como dependiente la conducta, mostró que la única variable relevante para explicar a esta última era la intención ($B=.336$), con un 79.03% de casos adecuadamente clasificados ($-2 LL=54.077$; R^2 Nagelkerke=.492; $p<.001$), tal como se muestra en la gráfica 10:



En seguida se corrió otro análisis de regresión lineal con método *stepwise*, con las variables de la TCP (actitud, norma subjetiva, control positivo y control negativo) más las cinco de percepción del riesgo de adquirir el VIH/SIDA (referido a las mujeres que tienen muchas parejas sexuales, una persona conocida, una persona de la familia de las participantes, las mujeres casadas, y las propias participantes) como independientes y la intención como dependiente.

La solución obtenida mostró que las variables relevantes para predecir la intención fueron el control percibido positivo ($\beta=.425$), la norma subjetiva ($\beta=.374$), y el riesgo personal ($\beta=.335$); el modelo se ajustó adecuadamente ($F_{3,52}=25.870$; $p<.001$) y explicaba el 58.9% de la varianza. Posteriormente, la regresión logística binaria mostró que la intención era el único factor que explicaba la conducta ($B=.335$); el ajuste del modelo fue adecuado, con un 83.02% de casos adecuadamente clasificados ($-2 LL=46.967$; $R^2 \text{ Nagelkerke}=.496$; $p<.001$). La integración de las dos fases del análisis descritas se presenta en la gráfica 11:

Gráfica 11.
Modelo predictivo de la conducta de haber solicitado a la pareja regular que usara condón en la última relación sexual para el grupo con alta satisfacción incluyendo percepción de riesgo

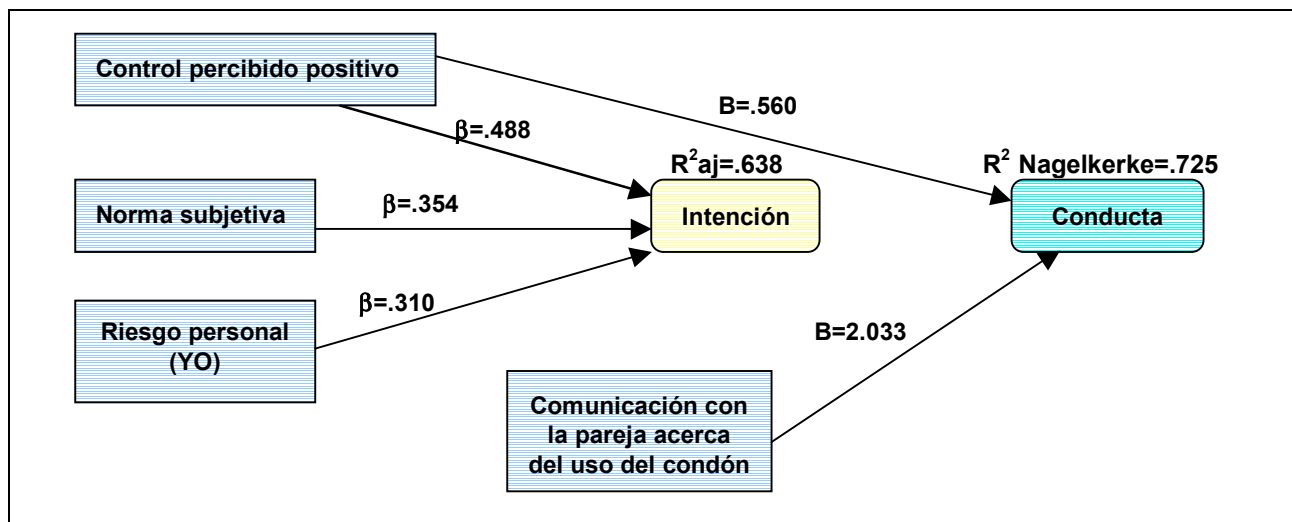


El último análisis se efectuó tomando como variables independientes a las mismas del modelo anterior, y agregando únicamente la comunicación sobre uso del condón con la pareja. En el análisis de regresión lineal (método *stepwise*), la variable dependiente fue la intención, y el orden en que los factores fueron incluidos en el modelo es el siguiente: control percibido positivo con el peso más alto ($\beta=.488$), norma subjetiva ($\beta=.354$) y percepción del riesgo personal

($\beta=.310$). El ajuste del modelo fue adecuado ($F_{3,51}=31.002$; $p<.001$) y explicaba 63.8% de la varianza.

La regresión logística binaria con método *forward conditional*, en la que la variable dependiente fue la conducta, y la intención se integró al grupo de las independientes, extrajo un modelo que se ajustó adecuadamente con los datos ($-2 LL=30.125$; R^2 Nagelkerke=.725; $p<.001$), con 84.62% de los casos clasificados correctamente. Dicho modelo incluyó al control positivo ($B=.560$), y a la comunicación con la pareja en relación con el uso del condón ($B=2.033$), quedando fuera, de nueva cuenta el predictor más importante considerado por la TCP, la intención (ver gráfica 12).

Gráfica 12.
Modelo predictivo de la conducta de haber solicitado a la pareja regular que usara condón en la última relación sexual para el grupo con alta satisfacción incluyendo percepción de riesgo y comunicación con la pareja sobre el uso del condón en sus relaciones sexuales



6. DISCUSIÓN.

Parece que cada vez más nos vemos obligados, en la investigación social, a abrir nuestros esquemas y a tener perspectivas que integren distintas dimensiones para el entendimiento de los fenómenos individuales y colectivos. Tal es el caso de problemas como la epidemia del VIH/SIDA, pues en los poco más de veinte años en los que este padecimiento ha estado presente en el mundo, hemos tenido la necesidad de ampliar nuestra visión para poder vislumbrar al menos la complejidad del suceso. No ha sido fácil, por cierto, asumir nuestra vulnerabilidad como individuos y como sociedades ante el virus, ni cambiar nuestras creencias y comportamientos para tratar de evitar que nos alcance; desde luego, es mucho más cómodo pensar que son los otros los que están en una posición en la que pueden infectarse y morir, y por supuesto que es preferible a veces no saber si se ha tenido un contacto riesgoso, pero esa 'ignorancia deliberada' o bien propiciada ha tenido consecuencias desastrosas en las poblaciones de muchas regiones del mundo.

Como es bien sabido, las mujeres y las niñas y niños –y por supuesto un número considerable de hombres también- de países a los que asola la pobreza y la enfermedad, como muchos del continente africano, pero también en Asia y América Latina, se han infectado sin haber hecho nada para merecerlo, y mueren a veces sin enterarse de cuál es el motivo. Se ha dicho en reiteradas ocasiones que, ante fenómenos de la magnitud del VIH/SIDA lo mejor es educar para prevenir, pero después de veinte años, parece que no se ha encontrado todavía la fórmula correcta para evitar el enorme costo de no haber actuado a tiempo. Los países están invirtiendo fortunas en fármacos para aminorar los efectos de las enfermedades oportunistas asociadas con el SIDA y prolongar la vida de quienes han tenido la mala fortuna de contagiarse, y nunca son suficientes para ayudar a todas las personas que los requieren. De no encontrar la manera de modificar los comportamientos sexuales de riesgo en las personas y las sociedades, el ritmo al que la epidemia se disemina va a provocar que, en algún momento, aparentemente no

muy lejano, estalle una crisis y nos tengamos que enfrentar, en pleno siglo XXI a escenarios como los que se vivieron cuando la lepra o la peste arrasaron a las poblaciones europeas.

Los resultados obtenidos con la investigación que aquí se presentan parecen confirmar que no estamos preparados como sociedad para hacer frente a una enfermedad tan peligrosa como el VIH/SIDA, a pesar de encontrarnos en una de las épocas de la historia de la humanidad en que contamos con todos los medios necesarios para prevenirla. De acuerdo con la información proporcionada por las participantes en este estudio, los roles de género que determinan el comportamiento de mujeres y hombres en nuestra sociedad, no se han modificado sustancialmente, y eso es posible constatarlo al observar por ejemplo, que las mujeres siguen encargándose de manera prioritaria de los quehaceres del hogar, y los varones de proveer los recursos económicos necesarios para la supervivencia del grupo familiar. Esto que aparentemente no tiene nada que ver con la sexualidad y las infecciones transmitidas por vía sexual, de alguna manera nos acerca a lo que sucede en las recámaras, donde hombres y mujeres negocian sus necesidades y sus deseos pues las pautas de comportamiento que dictan la masculinidad desalientan el uso del condón, y las propias de la femineidad que no animan a las mujeres a solicitarlo, tal como Roberts (1999) y Castañeda (2000) lo han señalado.

La aparente equidad que reportan tener las mujeres con sus parejas en relación con la forma como se toman las decisiones en el hogar para gastar el dinero, no parece mantenerse cuando se trata del uso de métodos anticonceptivos, los que, por mandato social, quedan a cargo de las mujeres, a quienes se responsabiliza de sus fallas, pero rara vez se les reconoce por sus aciertos. Esta aparente capacidad para optar por alguno de los métodos disponibles no se mantiene en el momento en el que el más apropiado es el condón, situación en la que quien tiene la autoridad para consentir en utilizarlo o no, es el varón. De ahí que llame la atención cómo aún cuando siete de cada diez de las mujeres participantes en el estudio aceptaron haber hablado alguna vez con su compañero sobre la posibilidad de usar preservativos en sus

relaciones sexuales, fue una proporción significativamente menor –menos del 50%- la que conversaba del tema con frecuencia con sus compañeros.

Es por cuestiones como esta que preocupa que, en un momento de la historia en la que se tiene la información necesaria para cuidar de nuestra propia salud al alcance de la mano, sectores significativos de la población, las mujeres en este caso, se encuentren en una situación de alta vulnerabilidad ante el contagio por VIH/SIDA aún cuando cuentan con conocimientos respecto de los riesgos y las medidas de prevención que pueden evitarlo (Panebianco Labbé, 2001). La solicitud del uso del condón al compañero sexual regular es realmente escasa, pues sólo tres de cada diez mujeres la expresan, según las respuestas de las participantes, lo que sólo viene a confirmar lo que en múltiples estudios ya se ha dicho, la negociación de este tipo de medidas resulta altamente difícil para las mujeres, por el tipo de consecuencias negativas que trae consigo una solicitud de ese tipo (por ejemplo Vizconde Pantoja y Marván Garduño, 1999).

Esto llama la atención porque mucho se ha escrito ya acerca de cómo contar con una mayor escolaridad o contar con un trabajo remunerado, favorece la asertividad de las mujeres en la mayor parte de los ámbitos de su vida; desafortunadamente el sexual no parece ser un área propicia para esto, pues las mujeres de este estudio que tenían actividades remuneradas no mostraron diferir en forma importante de aquellas que sólo realizaban labores en sus propios hogares sin recibir ningún pago por ellas. Lo que sí arrojó diferencias de acuerdo con las categorías en que fueron clasificadas las participantes, fue el estado civil, pues quienes tenían una convivencia de unión libre eran quienes sabían más sobre condones, usarlos en mayor proporción, y aún comprarlos; el grupo de las casadas por la iglesia, en cambio, obtuvieron los porcentajes más bajos en los tres rubros, lo que nos lleva a inferir que las creencias de tipo religioso en relación con lo que las mujeres pueden hacer y lo que no les está permitido, podrían estar teniendo un efecto en los comportamientos de las mujeres, en un entramado cultural

complejo, en el que instituciones como la iglesia católica tienen una gran influencia sobre las creencias y las acciones de las personas.

Ahora bien, aunque el nivel de conocimientos de este conjunto de mujeres es aceptable, casi una tercera parte de ellas consideró que no es necesario usar un preservativo cuando se tienen relaciones sexuales orales o anales. Si bien la proporción no es mayoritaria, el hecho de que tres de cada diez mujeres pensara que esto era correcto puede tener dos lecturas: o en realidad no tienen un conocimiento adecuado sobre las prácticas sexuales de riesgo, o bien han entendido en forma errónea lo que se ha difundido por muchos medios; en cualquiera de los dos casos, tendría que averiguarse porqué los mensajes en torno al sexo seguro y las prácticas preventivas no están llegando a las personas, o si lo están haciendo en forma distorsionada. A esto habría que agregar que, probablemente en algunos de los casos de estas mujeres, efectivamente esté operando el principio cultural que dicta que las mujeres no deberían saber mucho de sexo y que deja en manos de los varones la toma de acciones tanto para la prevención, como para el riesgo.

La comunicación con la pareja, en cambio, favorece la negociación y permite a las mujeres expresar sus necesidades, de acuerdo con lo reportado por las mujeres en el estudio, y muy probablemente, sus compañeros estén también más dispuestos a utilizar el preservativo, independientemente de si les es requerido o no. Esto, junto con la percepción de que se tiene una relación en la que la intimidad y el compromiso son elementos evidentes, además de una evaluación positiva del vínculo con el compañero, nos hablan de la gran necesidad que tenemos de incorporar aspectos propios de la interacción, no únicamente de las disposiciones o los rasgos individuales de unas o de los otros, tal como propone Castañeda (2000). En este estudio parece confirmarse lo que esta misma autora ha encontrado en relación con que los factores de intimidad y compromiso parecen favorecer la comunicación sobre sexualidad y estrategias de prevención, así que no resulta desproporcionado suponer que esto podría estar también

facilitando de alguna manera que desconocemos todavía, la utilización de métodos preventivos ante las ITSs y el VIH/SIDA.

La percepción de riesgo, igual que en otros estudios, fue diferenciada de acuerdo con el tipo de personas a las que se les adjudica la probabilidad de adquirir el virus. Es interesante cómo entre más lejana se percibiera la relación con los grupos de referencia para contraer el VIH/SIDA, mayor era la probabilidad que le adjudicaban a los mismos de contagiarse, y en la medida en que la proximidad aumentaba, la estimación de esa probabilidad disminuía. Es posible que en este caso no sólo haya una influencia de la proximidad real con los grupos, sino también una especie de percepción de cercanía o lejanía en relación con éstos; así, las mujeres que tienen relaciones sexuales con muchas parejas son, en la lógica de las participantes, el grupo más lejano a ellas en términos subjetivos, pues con seguridad no se ven a sí mismas en esa circunstancia; por el contrario, se sienten pertenecientes al grupo de las mujeres casadas, al que adjudican un riesgo radicalmente menor que al primero (la diferencia es de 35% entre ambos). Algunos trabajos, como el de Hirsch y cols. (2002) plantean que esta manera de poner distancia en relación con el riesgo puede estar cumpliendo una función de protección de la propia identidad, dado que no es deseable contraer una enfermedad, y menos aún si está tan estigmatizada socialmente como el VIH/SIDA, o bien tratando de evitar el fantasma de la infidelidad –de la pareja y en ocasiones también la propia.

En lo que toca a los objetivos general y particulares de esta investigación, en los siguientes párrafos se podrá apreciar que éstos fueron cumplidos a través de la ejecución del estudio, y con la ayuda de los análisis estadísticos expuestos en el capítulo anterior. En primer lugar, el modelo de la TCP en este caso funciona de manera adecuada, y presenta variaciones interesantes de acuerdo con condiciones específicas, como en el caso en el que se separó a los grupos de acuerdo con su nivel de satisfacción con la relación de pareja. El comportamiento de las escalas sobre cada una de las dimensiones de la teoría probaron ser válidas y confiables, aunque, como

en el estudio de Ramírez Sánchez (2002), el control conductual percibido se separó en dos factores, lo que parece indicar que en muestras de mujeres de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, esta variable podría no ser unidimensional, como en otras poblaciones, y más bien estar poniendo al descubierto que las mujeres de este grupo poblacional funcionan con dos tipos de control, y más aún, que en ciertas circunstancias, es más favorable para la conducta la influencia del factor negativo como en el estudio citado.

¿Será que en realidad no se midieron dos factores de control, sino que el negativo está haciendo referencia a la dificultad que perciben en realizar la conducta, por ejemplo? Otra posibilidad es que, el positivo esté midiendo algún aspecto de la personalidad, como podría ser la autoeficacia o la capacidad que perciben las mujeres que tienen para realizar el comportamiento, y el negativo por otro lado, tal vez podría estar reflejando las de género de nuestra cultura.

El modelo obtenido en este estudio con los datos de la muestra total, confirman que es factible la utilización del modelo de Ajzen (1991) para investigar los comportamientos sexuales de las personas en una sociedad con las características de la mexicana. Al probar el modelo completo mediante la realización de los análisis de regresión por etapas, se alcanzaron niveles altos de explicación de la varianza y, aunque en el caso de la conducta esta proporción es cercana al 30%, ésta representa un hallazgo interesante, si se le compara con los porcentajes obtenidos en investigaciones como las de Ramírez Sánchez (2002) que, con una muestra similar obtuvo 29% de explicación del comportamiento de realizarse la prueba de papanicolaou, proporción nada insignificante si se considera que ese es el nivel que generalmente se alcanza pero cuando se explica a la intención, que en el caso de esta investigación, la proporción de la varianza es del 50%, la misma lograda por Leone y cols. (1999) en su estudio comparativo de la TCP, la TAR y la Teoría de Autorregulación. Los trabajos de Toledo Benítez (2003) que también reporta un 29% en la intención, así como el de Bogart y cols. (2000), quienes lograron explicar un

24% de la intención de usar el condón femenino en una submuestra de mujeres, sostienen esta afirmación.

Ya se ha dicho que el modelo de la TCP funciona adecuadamente con los datos de esta investigación, pero ciertamente llama la atención el peso de la norma subjetiva que, en general, mostró ser más importante que el de la actitud y los dos tipos de control. Esta discusión ha sido ya abordada por autores como Finlay y cols. (1999), y vale la pena mantener el tema presente, pues en ciertos contextos y culturas donde se valora la opinión de los demás para la ejecución de los propios comportamientos, la norma subjetiva actúa como un factor que facilita o inhibe tales conductas. En este caso la presión que las mujeres percibían recibir de su pareja, la familia y las amigas estaba teniendo una influencia positiva sobre la solicitud del condón.

Posteriormente, al agregar los factores de percepción de riesgo, es el control positivo el que se posiciona en el primer lugar de importancia para explicar la intención, y de entre todas las posibilidades de riesgo presentadas para ser evaluadas por las mujeres, sólo el riesgo personal (pensar que ellas mismas podrían contagiarse de VIH/SIDA si no usaban condón en sus relaciones sexuales) y el que suponían tienen las mujeres que tienen muchas parejas sexuales entraron en la ecuación de la regresión; estos dos referentes son muy importantes, y por cierto opuestos en el imaginario colectivo. De esta manera, se probó que agregar los factores de percepción de riesgo al modelo mejora la predicción de la conducta, pues el valor de la R^2 ajustada pasó de .29 con los elementos de la TCP, a .35. El seis por ciento de la diferencia lo aportan los dos tipos de riesgo incluidos en el modelo extraído por la regresión.

Esta configuración sin embargo se modifica cuando se agrega el factor de comunicación con la pareja, pues de manera similar a lo reportado por otros estudios, al introducir otro tipo de variables en el modelo de la TCP, existe la posibilidad de que alguno(s) de éstos neutralice(n) el efecto de la intención y se vincule(n) directamente con la conducta. En esta investigación, el control percibido positivo y la comunicación con la pareja acerca del uso del condón, actúan en

forma directa sobre el comportamiento de solicitar el condón a la pareja regular, sin que la intención medie esa relación. Lo que es más, la intención no ejerce influencia alguna sobre la conducta. El modelo, sin embargo, se ajustó adecuadamente, y alcanzó un 51% de la varianza explicada. ¿Por qué la intención deja de ser un predictor de la conducta cuando se introduce la variable comunicación sobre uso del condón con la pareja regular?

Ahora bien, así como en los estudios como el mencionado de Leone y cols. (1999) y Ajzen (2002), en los que se muestra que el efecto de la conducta pasada sobre el comportamiento objetivo es en ocasiones más importante que el de la intención, en esta investigación llama la atención el efecto moderador que la satisfacción con la relación de pareja tiene sobre la conducta. Al separar a la muestra en dos grupos, con alta y baja satisfacción, resulta interesante que, al controlar esa condición, cuando se introducen a los análisis de regresión sólo los factores de la TCP, en el grupo de baja satisfacción no entrara el control positivo en la ecuación, y que el control negativo no tuviera influencia sobre la intención, pero sí sobre la conducta; este resultado recuerda lo reportado por Ramírez Sánchez (2002) en relación con la poco usual relación de este tipo de control con la conducta, lo que parece coincidir con lo expuesto en líneas anteriores sobre la posibilidad de que el control negativo en realidad se esté refiriendo a la dificultad que representa la realización de la tarea. Una probable hipótesis, difícil de probar con los datos disponibles, es que, por alguna razón, el hecho de percibir la solicitud del condón o de la realización de un examen de papanicolaou como una acción complicada de ejecutar, esto alienta a las mujeres a hacerlo.

Esto no sucede en el caso de las mujeres con alta satisfacción, en la que el modelo de la TCP se comporta según lo dictado por la teoría, excepto porque las actitudes quedan fuera del arrojado por el análisis de regresión. De nueva cuenta, es la norma subjetiva el factor con mayor peso, y junto con ésta sólo el control positivo predicen la intención. Para la explicación de la conducta, de acuerdo con este resultado, es suficiente la intención. Sería importante verificar si

esto se debe a la existencia de una correlación alta entre la norma subjetiva y las actitudes, que diera lugar a que ésta última variable fuera eliminada del modelo en el proceso del análisis de regresión.

Al comparar estos dos resultados por grupo, parece que las mujeres con baja satisfacción requieren de contar con una evaluación favorable de la conducta y una mayor presión social para proponerse realizarla, aunque las dificultades percibidas sean más importantes para realmente hacerlo que para sólo planteárselo como una intención. Para aquellas que tuvieron un nivel de satisfacción alto, contar con una percepción de presión social (norma subjetiva) y al mismo tiempo sentirse en la capacidad de realizar el comportamiento son elementos suficientes para que tengan la intención, y esta a su vez, es el único antecedente para pedir al compañero que use el preservativo.

Al introducir los factores de percepción de riesgo en los modelos para los dos grupos según su nivel de satisfacción, el resultante para el de baja satisfacción arroja una estructura realmente compleja en la que las actitudes no tienen cabida, y la norma subjetiva es la principal variable que afecta a la intención, seguida del riesgo personal y el control percibido positivo. La conducta, en cambio, queda explicada por la intención, el control percibido negativo, y el riesgo de que una persona de la familia se contagie. Vale la pena no perder de vista el comportamiento de las dos variables de control, que influyen en forma diferenciada a la intención y a la conducta; del mismo modo, resulta interesante que el riesgo personal sea un factor que determina la intención, pero para la conducta lo sea más el riesgo de que un familiar adquiera el VIH/SIDA.

La estructura del grupo con alta satisfacción resulta de nueva cuenta, más sencilla y apegada al modelo de la TCP, pero también excluye a las actitudes y además al factor negativo del control. En esta nueva configuración de elementos, el control positivo es la mejor predictora de la intención de pedir el condón al compañero sexual regular, seguido de la presión social o norma subjetiva y el riesgo personal. A la conducta sólo la explica la intención. De nueva cuenta,

el control positivo se erige como una condición propia de este tipo de mujeres, que las hace sentir más capaces que sus contrapartes, de proponerse realizar una acción.

En el último análisis controlando a los grupos, sólo el grupo de alta satisfacción modificó su configuración al introducir la comunicación con la pareja acerca del uso del condón, mientras que en el grupo de baja satisfacción no sucedió ningún cambio. En el nuevo modelo, igual que en el extraído con los datos del conjunto total de la muestra, la comunicación con la pareja desplaza a la intención en la predicción del comportamiento y, como en los otros dos modelos obtenidos en la condición de alta satisfacción, el control percibido positivo es la variable que tiene un mayor peso tanto en la intención, como en la conducta. Las actitudes, una vez más, quedaron fuera del modelo, y la norma subjetiva y el riesgo personal aportaron en la explicación de la intención.

Evidentemente, hay mucho por reflexionar en torno a estos hallazgos y aún más por explorar en torno al comportamiento sexual de las mujeres y sus parejas, pero por ahora al menos se confirman las hipótesis planteadas al principio de la investigación. En primer lugar, y como ya ha quedado de manifiesto en el desarrollo de este capítulo, se acepta la que afirma que el modelo de la TCP es un esquema adecuado para estudiar el comportamiento de solicitar el uso del condón a la pareja regular en mujeres de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. La segunda, que supone que la satisfacción tiene un efecto moderador sobre las variables del modelo también se acepta. La tercera ha sido también constatada en el sentido esperado al comprobar que la percepción de riesgo y la comunicación con la pareja aumentan el poder predictivo de la TCP. La cuarta, en relación con el papel relevante de la norma subjetiva, se acepta parcialmente, pues como se ha visto, si se varían las condiciones del análisis, esta variable puede ser superada en importancia, por el control percibido positivo. Finalmente, la que asume que existe una influencia directa del control percibido positivo sobre el comportamiento también se confirma parcialmente, pues en algunas condiciones esto no sucede, pero en la

condición de satisfacción alta con la relación de pareja, ésta siempre se encuentra presente en los modelos, ya sea influyendo a la intención o a la conducta.

Una inquietud derivada del elevado valor de las R^2 de los modelos obtenidos, es la relacionada con la causa de tener alguna que incluso supera el valor .75. Tal vez haya que revisar de nuevo la cantidad de personas que quedaron en los grupos de alta y baja satisfacción, que es donde se observa este fenómeno, pues en los análisis finales las ns se redujeron a 40 y 52 casos respectivamente, lo que podría probablemente estar produciendo ese tipo de resultados que no se asemejan a ninguno de los reportados en los diversos estudios revisados.

CONSIDERACIONES FINALES

Resulta interesante constatar la plasticidad de los modelos integradores como la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), pues en ciertas circunstancias la manera como se comportan depende sobre todo, de las características del tipo de población con la que se esté trabajando. Y es interesante porque existen otros esquemas teórico conceptuales que simplemente no funcionan cuando los datos que les alimentan parecen demasiado diferentes de aquellos con los que fueron probados durante su desarrollo.

En este caso parece confirmarse la necesidad de considerar dichas características tanto en el planteamiento de la investigación, como en el tratamiento de la información. Las mujeres no se comportan igual que los varones, ni responden de la misma manera a los estudios, y tampoco se asemejan, en muchas ocasiones, a las muestras norteamericanas o europeas. De ahí que debemos considerar cada vez más, factores de contexto que ayuden a comprender sus motivaciones y comportamientos.

En este estudio, por ejemplo, queda la duda de porqué la percepción del riesgo personal neutraliza en algunos de los modelos a la intención de usar el condón, e influye directamente a la conducta. Esto probablemente tenga una explicación que no ha sido todavía contemplada en la

TCP y en otras teorías como la de Acción Razonada, que tiene que ver más con factores de tipo afectivo que con el supuesto que sostiene a ambas propuestas de que las personas somos seres que realizan sus elecciones de manera racional. En este caso, parece que el temor a ser infectada y morir de SIDA produce que se omita uno de los pasos más importantes en este proceso cognitivo, que es el de proponerse voluntariamente realizar la conducta, para actuar aún sin hacerse esa consideración.

Es probable que en el mediano plazo, este tipo de modelos se vean en la necesidad de abrir sus esquemas para incorporar factores de tipo afectivo que hagan más integral el abordaje de problemas como el que aquí se ha estudiado, dadas las implicaciones subjetivas que tiene para las personas, en particular las mujeres, plantearse la posibilidad de modificar sus esquemas de comportamiento y de relación con los que les rodean. Por ejemplo, vale la pena considerar la existencia de actitudes ambivalentes, lo que explicaría porqué, a pesar de que las mujeres que participaron en el estudio muestran en general actitudes positivas hacia la solicitud del uso del preservativo, no siempre lo consideran conveniente cuando se trata de la pareja regular; la ambivalencia, según autores como McGregor, Newby-Clark y Zanna (1999) refleja la coexistencia de las disposiciones positivas y negativas hacia un objeto de la actitud, la cual puede resultar del conflicto entre una creencia y una cognición, o de un conflicto entre la cognición y el afecto (Eagly y Chaiken, 1993; Maio, Fincham y Lycett, 2000; McGregor y cols., 1999).

Asimismo, vale la pena atender la observación de Gómez y VanOss Marín (1996) en cuanto a que, para ser más efectivos en la aplicación de las estrategias encaminadas a prevenir y controlar la diseminación del VIH/SIDA, es necesario tomar en cuenta a los dos miembros de la pareja, y modificar las normas de género que influyen la toma de decisiones sobre el comportamiento sexual. Como ya se puede inferir de lo escrito por varios autores, actualmente no puede seguirse sosteniendo la hipótesis de una protección individual, sobre todo si atendemos al hecho de que, en el caso de las mujeres con pareja regular, no rigen su

comportamiento bajo ese principio, sino en la idea del involucramiento con el otro. De ahí que la integración de elementos contextuales para comprender una conducta individual que se gesta en el contexto de la interacción con la pareja sea relevante (ver Bajos y Marquet, 2000).

También quisiera rescatar la importancia que tienen los modelos integradores como la TAR y la TCP descritos para el estudio del comportamiento sexual de riesgo, considerando a las creencias como factores que tienen un peso muy importante en las conductas de las personas. Podría hacerse referencia aquí a toda una serie de mitos existentes alrededor de la sexualidad que influyen en la manera como ésta es ejercida, esto es claramente visible en el caso concreto de las mujeres, tanto rurales como urbanas (López y cols., 1994; Bronfman y Minello, 1992; Salgado de Snyder, y cols., 2000; Martina, Bolos y Bronfman, 1992; Del Río, Liguori, Magis, Valdespino, García y Sepúlveda, 1994). Un conocimiento erróneo creará creencias erróneas o falsas respecto del SIDA, su origen, la forma como se transmite, etc. y viceversa, lo que en vez de facilitar la tarea de prevención y mantenimiento de la salud, la seguirá dificultando.

Si podemos llegar a saber el grado real de conocimientos y creencias acerca del problema que representa el SIDA, los hábitos y costumbres en las relaciones sexuales y tal vez más importante, la intención de utilizar medidas preventivas, dentro del contexto propio de las mujeres, podremos motivar a las personas para que adopten conductas protectoras, a través de modelos de intervención que incorporen la autogestión en la educación para la salud en sus muy diversos aspectos, no solamente el sexual y reproductivo.

7. CONCLUSIONES.

De los resultados obtenidos en este estudio, se derivan algunas reflexiones que con seguridad darán lugar a futuros proyectos en los que se continúe trabajando en la búsqueda de elementos para una mejor comprensión del comportamiento sexual de las mujeres, así como para el desarrollo de estrategias de intervención que les permitan enfrentar adecuadamente las circunstancias que pueden colocarlas en una situación de vulnerabilidad.

Un primer aprendizaje es aquel que tiene que ver con no estudiar los fenómenos en forma aislada; hasta ahora ha sido poco útil aislar lo que piensan las mujeres de lo que perciben que sucede en su entorno, al que evidentemente están reaccionando todo el tiempo. Esto es, debemos considerar siempre lo que sucede en la interacción con las parejas, aunque sería mucho mejor poder también integrarlos a ellos a los estudios y a los procesos de intervención, con la finalidad de generar una experiencia compartida.

Por otro lado, las intervenciones en este terreno en lo sucesivo deberán considerar, entre otros factores:

- La especificidad de los grupos. Los argumentos vertidos en este documento no dejan lugar a dudas sobre la necesidad de considerar esta posibilidad, no como la única, sino dentro de una variedad más vasta, pues tampoco es deseable que se abandonen las estrategias para grupos más amplios de población.
- La posibilidad de implementar intervenciones breves, realizando trabajo individual en una sola sesión (ver Kalichman, DiFonzo, Kyomugrsha, Simpson, Presser y Bjordstrom, 2001). En el mismo sentido del punto anterior, algunos estudios han probado que, en circunstancias particulares, esta es una estrategia que ha demostrado tener eficacia cuando las personas no tienen la posibilidad de asistir a sesiones múltiples o de grupo, así que se aprovecha su visita a la consulta médica para realizar la intervención.

- La facilitación de la autoeficacia de las y los usuarios, siguiendo tanto la experiencia de Bandura y sus colaboradores, como en el sentido de aumentar en control percibido, pero también el real en torno a, por ejemplo, comprar condones y persuadir al compañero sexual de utilizarlos.
- La utilidad de las redes sociales y de apoyo en el proceso de modificación de las conductas individuales, pero sobre todo, las de los grupos sociales. Estudios realizados en diferentes lugares, como Hawai han mostrado que es altamente eficaz en el mantenimiento de conductas saludables como realizarse exámenes de seno y papanicolaou, si se cuenta con un grupo de personas conocidas que motivan a la persona a continuar con esos comportamientos. Asimismo, estos grupos generan y diseminan normas positivas en relación con acciones como las que se mencionan, así como la petición y el uso del condón y otras varias.

En síntesis, aún queda por delante el reto de crear normas culturales positivas respecto del cuidado de la salud colectiva e individual que, desde la familia, las escuelas, los medios masivos de información y las instituciones, fomenten un mayor empleo de medidas que eviten el contagio. En grupos como el de las mujeres que dedican su tiempo y su trabajo sobre todo al cuidado de la familia y los recursos para su subsistencia, una estrategia que puede resultar útil es la diseminación de estos mensajes positivos aprovechando la influencia de las redes sociales en las que aquellas personas significativas, como la misma pareja, los miembros de la familia y los pares, actúen como promotores de estos comportamientos saludables, como ya se ha probado en otros países

En este sentido y para el caso que nos ocupa, es importante recuperar las creencias y actitudes por ejemplo de las mujeres con las que se busque promover un cambio, porque solamente resultará relevante aquel tipo de información que esté anclado en las expresiones, usos y costumbres de su cotidianidad. Por ello cualquier tipo de intervención exitosa debe ser lo suficientemente versátil como para desarrollar conceptos similares en términos distintos, para que la información sea lo más completa posible.

Para llegar a esto, se propone incorporar en la investigación y la intervención, factores que aludan al vínculo emocional de las mujeres con sus compañeros, para enriquecer las explicaciones sobre los comportamientos preventivos y de riesgo que proveen los modelos cognitivos como la TCP. Asimismo, es necesario comenzar a investigar otro tipo de muestras de mujeres de otros grupos sociales, como las obreras, las estudiantes, las funcionarias, las burócratas, las maestras en los distintos niveles educativos, etc., que agranden el espectro de conocimientos sobre este problema.

8. REFERENCIAS.

- Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. En: Pratkanis, A. R., Breckler, S. J. y Greenwald, A. G. (Eds.). *Attitude Structure and Function*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Cap 10. Pp. 241-274.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.
- Ajzen, I. (2002a). *TpB Diagram*. En el sitio en internet: <http://www.unix.oit.umass.edu/~ajzen/> consultado el 4 de mayo de 2002.
- Ajzen, (2002b). Residual effects of past on later behavior: Habituation and Reasoned Action Perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2, 107-122.
- Ajzen, I. (En prensa). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. En: Albarracín, D., Johnson, B. T. y Zanna, M. P. *The Handbook of Attitudes*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates. Cap. 5. Pp. 173-222.
- Ardouin, J., Bustos, C., Gayó, R. y Jarpa, M. (2001). Locus de control, control conductual percibido y su relación con la intención de petición de uso del condón en mujeres universitarias de la ciudad de Concepción. Universidad de Concepción. Manuscrito.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 4, 186-195.
- Bajos, N. y Marquet, J. (2000). Research on HIV sexual risk: Social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Social Science & Medicine*, 50, 1533-1546.

- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. En: Ramachaudran, V. S. (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior*. Vol. 4. New York: Academic Press. Pp. 71-81.
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad de Stanford. Traducción: Fabián Olaz, María Inés Silva y Edgardo Pérez. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Barrera, P., Valdés, R., Servín, J. L. Ortiz, H. Zamudio, J. y Espinoza, R. (1990). Prevención del SIDA: creencias y actitudes en el Estado de Chihuahua. En: *La Psicología Social en México*. III, 229-305.
- Bogart, L. M., Cecil, H. y Pinkerton, S. D. (2000). Hispanic adults' beliefs, attitudes, and intentions regarding the female condom. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 2, 181-206.
- Bowes, J. E. (1997). Communication and community development for health information: Constructs and models for evaluation. Revisión preparada por el National Network of Libraries of Medicine, Pacific Northwest Region, Seattle. En el sitio de internet: <http://www.comunit.com/la/lacth/sld-257.html>, consultado el día 30 de junio de 2004.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Breckler, S. y Wiggins, E. (1989). On defining attitude and attitude theory: once more with feeling. En: Pratkanis, A. R., Breckler, S. J. y Greenwald, A. G. (Eds.). *Attitude Structure and Function*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Cap. 16. Pp. 407-427.
- Bronfman, M. y Minello, N. (1995). Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. Pp. 1-89. En: Bronfman, M., Amuchástegui, A., Martina, R. M., Minello, N., Rivas, M. y Rodríguez, G. *SIDA en México: Migración, adolescencia y género*. México: Información Profesional Especializada.
- Caballero Hoyos, J. R. (2005). Redes sociales y riesgo de ITS/VIH en migrantes de dos contextos urbanos de México. Trabajo presentado en el XI Congreso de Investigación en Salud Pública, realizado en Cuernavaca, Mor. del 2 al 4 de marzo.
- Carpio-Cedraro, F., Bracho de Carpio, A. y Zavala, C. (1992). El Programa "comida para el pensamiento": un enfoque participativo en la prevención del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24, 1-2, 137-156.

- Castañeda, D. (2000). The close relationship context and HIV/AIDS risk reduction among Mexican Americans. *Sex Roles*, 42, 7-8, 551-580.
- Castañeda, X., Brindis, C. y Castañeda Camey, I. (2001). Nebulous margins: sexuality and social constructions of risks in rural areas of Central Mexico. *Culture, Health & Sexuality*, 3, 2, 203-219.
- Catz, S. I., Meredith, K. L. y Mundy, L. M. (2001). Women's HIV transmisión risk perceptions and behaviors in the era of potent antiretroviral therapies. *AIDS Education and Prevention*, 13, 3, 239-251.
- CENSA. (2003). Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición en México, al 30 de junio de 2002. En el sitio de internet: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conasida>
- Civic, D. (1999). The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *AIDS Education and Prevention*, 11, 4, 343-352.
- Coates, T. J. (1990). Strategies for modifying sexual behavior for primary and secondary prevention of HIV disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 1, 57-69.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2000). *Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico*. México: CONAPO.
- Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CONASIDA). (2002). Casos de SIDA registrados por año de notificación y por año de diagnóstico. 1er. Trimestre del 2002. México: CONASIDA. En el sitio de internet: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/conasida/estadis.htm>
- Del Rio, A., Liguori, A. L., Magis, C. Valdespino, J. L., García, M. L. y Sepúlveda, J. (1994). *La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México*. Texto inédito.
- Del Río, A., Liguori, A. L. y Magis, C. (1995). Epidemiología del sida y las mujeres. En *Suplemento LETRA S*. Periódico El Nacional. Núm. 5, marzo, p. 3.
- Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 35, 2, 25-39.

- Díaz-Loving, R., Alvarado Hernández, V. I., Lignan Camarena, L. y Rivera Aragón, S. (1997). Distancia entre percepción real e ideal de la pareja y la satisfacción marital. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIII, 1, 85-102.
- Durán Mendoza, J. (2003). Acoso sexual en el trabajo: afrontamiento y percepción de riesgo en un grupo de mujeres del Área Metropolitana de la Ciudad de México. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Durex. (2001). Global survey into sexual attitudes and behaviour. Chesire: Durex. En el sitio de internet: <http://www.durex.com>
- Eagly, A. H. y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- El-Bassel, N., Witte, S. y Gilbert, L. (2003). The efficacy of a relationship-based HIV/STD prevention program for heterosexual couples. *American Journal of Public Health*, 93, 6, 963-969.
- Finlay, K. A., Trafimow, D. y Moroi, E. (1999). The importance of subjective norms on intentions to perform health behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 11, 2381-2393.
- Fishbein, M. (1997). Predicting, understanding and changing socially relevant behaviors: Lessons learned. En: McGarty, C. y Haslam, S. A. (Eds.). (1997). *The message of social psychology*. Oxford: Blackwell Publishers. Cap. 6. Pp. 77-91.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading: Addison Wesley.
- Fishbein, M. y Middlestadt, S. E. (1989). Using the Theory of Reasoned Action as a framework for understanding and changing AIDS-related behaviors. En: Mays, V. M., Albee, G. W. y Schneider, S. F. (Eds.). *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches, primary prevention of Psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage. Cap. 7. Pp. 93-110.
- Flores, E., Tschann, J. M. y VanOss Marin, B. (2002). Latina adolescents: Predicting intentions to have sex. *Adolescence*, 37, 659-679.

- Fonseca Villarreal, N. A. (2003). Predictores de la autoexploración de los senos como medida preventiva de desarrollar cáncer en mujeres de 20 a 30 años de edad. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- García y Barragán, L. F. (2001). Uso de condón en jóvenes: Un modelo de simulación por computadora. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Gardner, R., Blackburn, R. D. y Upadhyay, U. D. (1999). Condomes: cómo cerrar la brecha entre el uso y la necesidad. *Population Reports, Serie H*, No. 9. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. En el sitio de internet: <http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sh9/h9chap2.shtml>, consultada el día 10 de febrero de 2005.
- Garrido Martín, E. (s/f). Autoeficacia y conductas de salud: la experiencia de Kate Lorig en el centro de tratamiento de artríticos de la Universidad de Stanford. Documento inédito. Universidad de Salamanca.
- Gómez, C. A. y VanOss Marín, B. (1996). Gender, culture and power. Barriers to HIV-prevention strategies for women. *The Journal of Sex Research*, 33, 4, 355-362.
- Hernández-Avila, M. y Vandale, S. (Coords.) (1993). Enfoques de Investigación sobre VIH/SIDA y la salud reproductiva de la mujer. Trabajo presentado ante el taller organizado por la AIDS Reproductive Health Network durante la *Conferencia Internacional sobre SIDA* en Berlín el 4 de julio de 1993.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44, 6, 554-564.
- Hirsch, J. S., Higgins, J., Bentley, M. E. y Nathanson, C. A. (2002). The social constructions of sexuality: Marital infidelity and sexually transmitted disease – HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 92, 1227-1238.
- Infante, C. y Schlaepfer, L. (1998). Mujeres pobres y salud. En: Bonfil, P. y Salles, V. (Comp.). *Mujeres pobres: salud y trabajo*. México: GIMTRAP. Pp. 31-38.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2000). *XII Censo de Población y Vivienda, 2000*. Tabulados de la muestra censal. México: INEGI.

- INEGI. (2003a). *Mujeres y Hombres en México 2003*. México: INEGI.
- INEGI. (2003b). *Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México (SISESIM)*. México: INEGI.
- INEGI. (2004). *Mujeres y Hombres en México 2004*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). (2003). *Breviarios de Género*. 28 de Mayo. Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer. México: Inmujeres.
- Kalichman, S. C., DiFonzo, K., Kyomugrsha, F., Simpson, D., Presser, K. y Bjordstrom, B. (2001). When briefer can be better: Single session approaches to HIV risk reduction interventions. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 35, 2, 41-58.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Luckner, G. W. y Zárate, M. (2002). *Psicología social de las Américas*. México: Prentice-Hall.
- Kleinhesselink, R. R. y Rosa, E. A. (1991). Cognitive representation of risk perceptions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 22, 1, 11-28.
- Lagarde, M. (1997). Presentación. En: Sayavedra Herrerías, G. y Flores Hernández, G. *Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud?* México: Red de Mujeres, A. C.
- Lampthey, P. y Weir, S. (1992). Programas para la prevención en el SIDA dirigidos a grupos específicos en Africa, en Sepúlveda, J., H. Fineberg, J: Mann. *SIDA. Su prevención a través de la educación: una perspectiva mundial*. México: El Manual Moderno.
- Lara, M. A. (2002). Introducción. En: Lara, M. A. y Salgado de Snyder, V. N. (comp.). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito...* La salud mental de las mujeres mexicanas. México: Pax. Pp. VII-XX.
- Leone, L., Perugini, M. y Ercolani, A. P. (1999). A comparison of three models of attitude-behavior relationships in the studying behavior domain. *European Journal of Social Psychology*, 29, 161-189.
- Levine, R., Glassman, A. y Schneidman, M. (2001). *The health of women in Latin America and the Caribbean*. Washington: The World Bank.

- Levinger, G. (2000). Relaciones cercanas: tres ingredientes. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, *VXI*, 1, 43-64.
- Leyva Flores, R. (2005). Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA. Trabajo presentado en el *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*, realizado en Cuernavaca, Mor. del 2 al 4 de marzo.
- Liguori, A. L. (1993). Relaciones de género y obtención de poder femenino. En: M. Hernández-Avila y Vandale, S. (Coords.) Enfoques de investigación sobre VIH/SIDA y la salud reproductiva de las mujeres. Trabajo presentado ante el taller organizado por la AIDS Reproductive Health Network durante la *Conferencia Internacional sobre SIDA* en Berlín el 4 de julio de 1993.
- Liska, A. E. (1984). A critical examination of the causal structure of the Fishbein/Ajzen attitude-behavior model. *Social Psychology Quarterly*, *47*, 1, 61-74.
- López, A., Villagrán-Vázquez, G. y Díaz-Loving, R. (1994). Percepción de riesgo, atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA. En: *La Psicología Social en México*. V, 594-600.
- Magaña, J. R., Batista, J., Blair, M. y Mata, A. (1992). Una pedagogía de concientización para la prevención del VIH/SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*. *24*, 1-2, 177-187.
- Magis-Rodríguez, C., Bravo-García, E. y Rivera-Reyes, P. (2000). *El SIDA en México en el año 2000*. México: CONASIDA.
- Maio, G. R., Fincham, F. D. y Lycett, E. J. (2000). Attitudinal ambivalence toward parents and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 12, 1451-1464.
- Martina, R. M., Bolos, S. y Bronfman, M. (1992). *La población femenina ante el SIDA*. Informe Final de Investigación. México: El Colegio de México.
- McGregor, I., Newby-Clark, I. R. y Zanna, M. P. (1999). "Remembering" dissonance: simultaneous accessibility of inconsistent cognitive elements moderates epistemic discomfort. En: Harmon-Jones, E. y Mills, J. (Eds.). *Cognitive Dissonance: Progress on a Pivotal Theory in Social Psychology*. Science Conference Series. Washington, DC: American Psychological Association. Pp. 325–353.

- Meneses Navarro, S. (2005). Amor, matrimonio y riesgo de infección por VIH. Trabajo presentado en el *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*, realizado en Cuernavaca, Mor. del 2 al 4 de marzo.
- Monroy Juárez, M. L. (En proceso). Cambio de actitud hacia el uso del condón en personas unidas, empleando el Modelo de Probabilidad de Elaboración. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Morales, J. F., Reboloso, E. y Moya, M. (1994). Modelos combinatorios del cambio de actitudes. En: Morales, J. F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández Dols, J. M., Huici, C., Marques, J., Páez, D. y Pérez, J. A. *Psicología social*. México: Mc Graw Hill. Capítulo 20. Pp. 553-566.
- Navarro Pertusa, E. (2004). Género y relaciones personales íntimas. En: Barberá, E. y Martínez Benlloch, I. (Coord.). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson - Prentice Hall. Pp. 171-192.
- Nelson, C. C. (1993). AIDS prevention programs in a smaller community. *Canadian Journal of Public Health*, 84, 39-41.
- Norman, P. y Smith, L. (1995). The Theory of Planned Behaviour and exercise: An investigation into the role of prior behaviour, behavioural intentions and attitude variability. *European Journal of Social Psychology*, 25, 403-415.
- Ojeda García, A., Díaz Loving, R. y Rivera Aragón, S. (1997). El doble vínculo como determinante de la satisfacción marital. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIII, 1, 19-39.
- Olson, J. M. y Stone, J. (2005). The influence of behavior on attitudes. En: Albarracín, D., Johnson, B. T. y Zanna, M. P. *The Handbook of Attitudes*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates. Cap. 6. Pp. 223-271.
- Panebianco Labbé, S. (2001). El VIH/SIDA y la negociación sexual. En: Figueroa Perea, J. G. (Coord.). *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: Programa Universitario de Estudios en Salud / Programa Universitario de Estudios de Género –UNAM y Miguel Ángel Porrúa. Pp. 179-190.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (1997). *Women and AIDS*. UNAIDS Best Practice Collection. Ginebra: ONUSIDA.

- ONUSIDA (2000a). *El género y el VIH/SIDA*. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2000b). *La epidemia del SIDA. Situación en diciembre del 2000*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA*. Ginebra: ONUSIDA-OMS.
- Ortiz, R. (2005). Inmigrantes mexicanos y sexo servicio en Fresno, California: riesgos compartidos. Trabajo presentado en el *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*, realizado en Cuernavaca, Mor. del 2 al 4 de marzo.
- Perelló Valls, M., Villagrán Vázquez, G. y Barocio Rocha, S. (1998). Predictores de uso de condón en mujeres. *La psicología social en México, Vol. 7*, 318-323.
- Perelló Valls, M. y Villagrán Vázquez, G. (2000). Predictores del uso del condón en hombres. *La psicología social en México, Vol. 8*, 741-747.
- Partida, V. y García, J. E. (2002). El cambio epidemiológico reciente. En: CONAPO. *La situación demográfica de México, 2002*. México: CONAPO. Pp. 17-27.
- Pick, S., Givaudan, M. y Aldaz, E. (1996). Conducta sexual y prevención del SIDA en hombres y mujeres mexicanas. Reporte presentado a la Agencia Internacional de Desarrollo. Washington, D. C.
- Piña, J. A. (1988). El papel de la psicología en la prevención del SIDA: el trabajo comunitario. En: *La Psicología Social en México. II*, 291-296.
- Piña López, J. A. (2004). Factores psicológicos de conductas de riesgo para la infección por VIH en estudiantes universitarios. *La Psicología Social en México. X*, 447-452.
- Piña, J. A., Jiménez, S. y Mondragón, V. (1992). La relación entre la investigación y el diseño de programas preventivos para el SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología, 24*, 1-2, 201-211.
- Piña López, J. A., De la Cruz Moreno, H. y Obregón Salido, F. J. (2002). Comportamientos instrumentales de riesgo y motivos subyacentes: su relación con el VIH/SIDA. *Psicología y Salud, 12*, 2, 219-226.

- Piña López, J. A. y Urquidi Treviño, L. E. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9, 2, 227-236.
- Preciado, J. y Montesinos, L. (1992). El SIDA: desafíos para la psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 1-2, 177-187.
- Prohaska, T. R., Albrecht, G., Levy, J. A., Sugrue, N. y Kim, J. (1990). Determinants of self-perceived risk for AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 384-394.
- Quilodrán Salgado, J. y Sosa Márquez, V. (2001). El emparejamiento conyugal: una dimensión poco estudiada de la formación de las parejas. Ponencia presentada en el *Taller Internacional de Estadísticas con Enfoque de Género* organizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), realizado del 5 al 9 de noviembre de 2001 en Aguascalientes, México.
- Ramírez Sánchez, Z. (2002). Factores que determinan que las mujeres acudan o no al médico a practicarse el papanicolaou. Una explicación basada en el modelo de la Teoría de la Conducta Planeada. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Renn, O., Burns, W. J., Kasperon, J. X., Kasperon, R. E. y Slovic, P. (1992). The social amplification of risk: Theoretical foundations and empirical applications. *Journal of Social Issues*, 48, 4, 137-160.
- Reyes-Lagunes, I. (1990). Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios. En: *La Psicología Social en México. III*, 316-319.
- Reynoso Erazo, L. y Seligson Nisenbaum, I. (2002). Psicología y salud en México. En: Reynoso Erazo, L. y Seligson Nisenbaum, I. (Coord.). *Psicología y salud*. México: Facultad de Psicología de la UNAM y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Roberts, K. (1999). Attitudes to using condoms in a group of Darwin women. *Australian Journal of Rural Health*, 7, 166-171.
- Rodríguez, J. y García, J. A. (1996). Psicología social de la salud. Pp. 351-380. En: Álvaro, J. L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (Coord.). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.

- Rodríguez Campuzano, M. L., Moreno Rodríguez, D., Robles Montijo, S. y DíazGonzalez y Anaya, E. (2001). El sida desde el modelo psicológico de la salud biológica. *Psicología y salud*, 10, 2, 161-175.
- Saldívar Garduño, A. (2000). Creencias, actitudes y percepción de riesgo de contagio por VIH/SIDA en mujeres rurales de la comunidad de Juanacatlán, Mex. Reporte de investigación no publicado. México: Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa.
- Salgado de Snyder, V.N., Díaz-Pérez, M. J. y Maldonado, M. (1996). AIDS risk behaviors among rural Mexican women married to migrant workers in de United States. *AIDS Education and Prevention*, 8, 134-142.
- Salgado de Snyder, V. N. (1998). Migración, sexualidad y SIDA en mujeres de origen rural: sus implicaciones psicosociales. En: Szasz, I. y Lerner, S. (Comp.). *Sexualidades en México*. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México: El Colegio de México. Pp. 155-171.
- Salgado de Snyder, V. N., Acevedo, A., Díaz-Pérez, M. J. y Saldívar-Garduño, A. (2000). Understanding the sexuality of Mexican-born women and their risk for HIV/AIDS. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 1, 100-109.
- Salgado de Snyder, V. N. (2002). Redefiniendo el "tecito" como conclusión. En: Lara, M. A. y Salgado de Snyder, V. N. (comp.). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito...* La salud mental de las mujeres mexicanas. México: Pax. Pp. 193-201.
- Sánchez, M. T. (1997). Introducción. En: En: Sayavedra Herrerías, G. y Flores Hernández, G. *Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud?* México: Red de Mujeres, A. C.
- Sánchez Bringas, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.
- Sayavedra Herrerías, G. y Flores Hernández, G. (1997). *Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud?* México: Red de Mujeres, A. C.
- Secretaría de Salud. (2002a). Principales causas de mortalidad en edad productiva 2000. Tomado del sitio de internet:
http://www.ssa.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/estadisticas/mortalidad/datos/pdf/ma4_5.pdf

- Secretaría de Salud. (2002b). *Salud: México 2001*. México: SSA.
- Secretaría de Salud. (2004). *Condomes*. Tomado del sitio de internet: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/pdf/condon.pdf>
- Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. (2004). Informe de Trabajo 2003, Secretaría de Salud, Gobierno del Distrito Federal. *Universo de la Salud*, Vol. 4, Núm. 25.
- Secretaría de Salud e Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1999). *Tercera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 1998*. México: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología.
- Sepúlveda, J. (1989). *SIDA, ciencia y sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sepúlveda, J., Fineberg, H. y Mann, J. (1992). *SIDA. Su prevención a través de la educación: una perspectiva mundial*. México: El Manual Moderno.
- Shearer, C. L., Hosterman, S. J., Gillen, M. M. y Lefkowitz, E. S. (2005). Are traditional gender role attitudes associated with risky sexual behavior and condom-related beliefs? *Sex roles*, 52, 5-6, 311-324.
- Sheeran, P. y Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta-analysis and comparison of the theories of Reasoned Action and Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 8, 1624-1675.
- Smith, K. W., McGraw, S. A., Costa, L. A. y McKinlay, J. B. (1996). A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: development and evaluation. *AIDS Education and Prevention*, 8, 2, 97-105.
- Soubbotina, T. P. y Sheram, K. A. (2000). *Más allá del crecimiento económico (Beyond Economic Growth. Meeting Challenges of Global Development)*. Washington: The World Bank. En el sitio de internet: <http://www.worldbank.org/depweb/beyond/beyond.htm>, consultado el 25 de marzo de 2004.
- Tang, C. S., Wong, C. y Lee, A. M. (2001). Gender-related psychosocial and cultural factors associated with condom use among Chinese married women. *AIDS Education and Prevention*, 13, 4, 329-343.

- Toledo Benítez, S. A. (2003). Actitud hacia la petición de uso del condón en mujeres casadas de una zona del Estado de México. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Torres, K., Alfaro, L., Díaz-Loving, R. y Villagrán-Vázquez, G. (1994). La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. En: *La Psicología Social en México. V*, 616-621.
- Ulin, P. (1992). African women and AIDS: negotiating behavioral change. *Soc. Sci. Med.*, 34, 1, 63-73.
- Urbina Soria, J. y Acuña Rivera, M. (2002). Relevancia de los factores psicológicos para promover la salud de los mexicanos. *La Psicología Social en México Vol. 9*, 1-6.
- Uribe Zúñiga, P. E. (2000). Las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, y la perspectiva de género. En: Memoria del Seminario '*Definición de lineamientos metodológicos básicos para la aplicación del enfoque de género en las políticas públicas*'. México: Comisión Nacional de la Mujer. Pp. 134-139.
- Vera Noriega, J. A., Laborín Álvarez, J. F. y Domínguez Plata, D. L. (2000). Relación entre expectativas real-ideal de la pareja con el grado de satisfacción marital en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5, 1, 191-209.
- Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Díaz-Loving, R. y Camacho Valladares, M. (1990). Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes. *La Psicología Social en México. Vol. III*, 305-309.
- Villagrán-Vázquez, G. y Díaz-Loving, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 9, 1, 35-40.
- Villagrán Vázquez, G. (1993). Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón. Tesis de Maestría en Psicología General Experimental. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Villagrán Vázquez, G. (2001). El individuo y la familia ante el VIH/SIDA. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México.

- Villagrán Vázquez, G., Saldívar-Garduño, A. y Contreras-Ibáñez, C. C. (2003). Alcohol and HIV Infection: Development of a Methodology to Study Determinants of Sexual Risk Behaviour Among Alcohol Users in Diverse Cultural Settings. Reporte de la fase cualitativa presentado a la Organización Mundial de la Salud.
- Vizconde Pantoja, L. P. y Marván Garduño, M. L. (1999). Conocimientos y actitudes hacia el SIDA en mujeres solteras y casadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4, 2, 271-281.
- Weeks, J. (1998). Los valores sexuales en los tiempos del SIDA. En: Szasz, I. y Lerner, S. (Comp.). *Sexualidades en México*. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México: El Colegio de México. Pp. 223-248.

9. ANEXOS.

Cuestionario sobre uso del condón en mujeres de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA

Desde hace algunos años, el número de mujeres infectadas por el VIH/SIDA ha crecido de manera importante en todo el mundo. En México, el grupo donde se están dando con mayor frecuencia los contagios es el de las mujeres unidas cuya actividad principal es el trabajo en el hogar. Es por esto que queremos saber si las mujeres piden a sus maridos o parejas con las que viven que utilicen condón en sus relaciones sexuales, y con qué frecuencia lo hacen.

Sabemos que este es un tema delicado, por lo que nos comprometemos a dar un manejo totalmente confidencial a la información que usted nos proporcione, la cual sólo será utilizada con propósitos estadísticos; es por eso que no solicitamos a usted ningún dato como el nombre o un número telefónico que la identifique de manera particular. Por tal motivo le solicitamos devuelva este cuestionario en el mismo sobre cerrado en el que le fue enviado después de contestar nuestras preguntas.

Finalmente, debemos aclarar que siempre que una afirmación contenga las palabras “relaciones sexuales” nos estamos refiriendo a aquellas en ocasiones en que se da el contacto pene-vagina; asimismo, durante todo el cuestionario se utilizará la palabra pareja para indicar a la persona con la que usted vive, o lo que es lo mismo, su esposo o marido. Finalmente, queremos pedirle que conteste a todo lo que se le solicita con la mayor sinceridad posible y consulte a la persona que le entregó el cuestionario si no entiende lo que se le pregunta. Esto no es un examen, así que no hay respuestas buenas y malas, simplemente queremos saber lo que piensa.

Instrucciones:

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es su edad en años cumplidos? _____
2. ¿Trabaja fuera de casa? SI NO
3. ¿Qué actividad desarrolla? _____
4. ¿Cuántas horas al día le dedica al trabajo fuera de su hogar? _____
5. Su estado civil es:
 - a) Casada por la ley civil.
 - b) Casada por la iglesia.
 - c) Casada por el civil y la iglesia.
 - d) Vive en unión libre.
 - e) Otra _____

6. ¿Cuántos años tiene viviendo con su pareja actual? _____

7. ¿Alguna vez ha platicado con su pareja la posibilidad de utilizar condones en sus relaciones sexuales? **SI** **NO**

8. ¿Qué opina su pareja de usar condón? _____

9. ¿Qué tan a menudo comenta con su pareja la posibilidad de usar condón en sus relaciones sexuales? **Nunca** **Casi nunca** **Casi siempre** **Siempre**

10. ¿Qué religión practica?

- a) Católica
- b) Protestante
- c) Otra, ¿cuál? _____
- d) Ninguna

11. Número de hijas o hijos que tiene _____

12. ¿Hasta qué grado escolar estudió? _____

13. ¿Qué grado escolar tiene su pareja? _____

14. ¿Cuál es la ocupación de su pareja? _____

15. En su hogar, ¿quién hace principalmente las siguientes labores?

	USTED	SU PAREJA
Quehaceres del hogar		
Dar dinero a la casa		

16. En su hogar, ¿quién decide...?

	USTED	SU PAREJA
Cómo se gasta el dinero en el hogar		
Cuántos hijos tener		
Cuándo tener relaciones sexuales		
Cómo tener relaciones sexuales		
Si se usan métodos anticonceptivos		
Quién de los dos usa los métodos anticonceptivos		

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que le presentamos a continuación y tache la opción que se acerca más a lo que usted piensa. Las letras colocadas en el primer renglón significan lo siguiente:

TA Totalmente de acuerdo	D En desacuerdo
A De acuerdo	TD Totalmente en desacuerdo

Es importante que responda a todas las preguntas y que marque sólo una de las cuatro opciones presentadas. A continuación le mostramos un ejemplo:

	TA	A	D	TD
Es sano realizarse la exploración de los senos una vez al mes.		X		

En el caso anterior, la persona que respondió está de acuerdo con la afirmación presentada, y considera que es importante que las mujeres se practiquen cada mes el examen mencionado. Le pedimos que de las frases de abajo elija la opción que se acerque más a lo que usted piensa.

	TA	A	D	TD
1. Las mujeres que compran condones son valientes.				
2. Creo que puedo conseguir condones, aún cuando estén caros.				
3. Creo que las personas que usan condón son responsables.				
4. Los condones son tan caros que es imposible usarlos.				
5. Los hombres que usan condón cuidan a sus parejas.				
6. Las personas que usan condones se acuestan con cualquiera.				
7. Pienso que mis amigas no considerarían apropiado que yo pida a mi pareja que use condón.				
8. Aunque yo consiga los condones, no soy capaz de convencer a mi pareja de utilizarlos.				
9. La próxima vez que tengamos una relación sexual pienso pedir a mi pareja que utilice un condón.				
10. Creo que mis amigas piden a sus parejas que usen condón cuando tienen relaciones sexuales con ellos.				
11. Mis mejores amigas aprueban que mi pareja y yo usemos condón cuando tenemos relaciones sexuales.				
12. Mi pareja ve bien que yo le pida que use condón cuando tenemos relaciones sexuales.				
13. Mi familia ve bien que mi pareja y yo utilicemos condón en nuestras relaciones sexuales.				
14. Me siento incapaz de pedirle a mi pareja que use condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales.				
15. Pienso que sería fácil pedir a mi pareja que use condón la próxima vez que tengamos una relación sexual.				
16. Me considero capaz de convencer a mi pareja de usar condón si ya los tengo a la mano la próxima vez que tengamos relaciones sexuales.				
17. Haga lo que haga, mi pareja no aceptaría ponerse un condón.				
18. Sólo las personas que tienen muchas parejas sexuales deben utilizar condón.				
19. Las mujeres que tienen una sola pareja no deben usar condón.				
20. Mi pareja apreciaría mucho que le pida que use condón cuando tenemos relaciones sexuales.				
21. Usar condón con mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales es dañino para mi salud.				

22. Es muy importante para mí lo que creen mis amigas de que yo pida condón siempre que tenga relaciones sexuales.				
23. Que mi pareja utilice condón en nuestras relaciones sexuales depende de que yo se lo pida.				
24. Las personas que son importantes para mí piensan que yo debo pedirle a mi pareja que use condón.				
25. Si decido pedirle a mi pareja que utilice un condón en nuestras relaciones sexuales puedo tener problemas con él.				
26. Soy capaz de pedirle a mi pareja que utilice condón en nuestra siguiente relación sexual.				
27. Aunque yo le pida a mi pareja que utilice condón en nuestras relaciones sexuales, el que lo use o no sólo depende de él.				
28. Las mujeres que piden a sus parejas que usen condón en sus relaciones sexuales son responsables.				
29. Una mujer pide a su pareja que use condón no es una persona confiable.				
30. Para pedir a mi pareja que use condón, tengo que esperar a que esté de buen humor.				
31. Tengo planeado pedir a mi pareja que use un condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales.				
32. Si logro convencer a mi pareja de que use condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales será porque corra con suerte.				
33. Utilizar condón con mi pareja le quita el placer a las relaciones sexuales.				
34. Creo que las personas de mi familia usan condón en las relaciones sexuales con sus parejas.				
35. La próxima vez que tengamos relaciones sexuales quiero pedir a mi pareja que use condón.				
36. Mi familia piensa que es malo que utilice condón en mis relaciones sexuales con mi pareja.				
37. Usar condón en nuestras relaciones sexuales depende de mi pareja, no de mí.				
38. Es inapropiado pedir a mi pareja que use condón en nuestras relaciones sexuales.				
39. Mi pareja considera que es benéfico que usemos condón en nuestras relaciones sexuales.				
40. Soy capaz de ir a la farmacia a comprar condones para usarlos en la próxima relación sexual con mi pareja.				
41. Le voy a recordar a mi pareja que consiga condones para usarlos la próxima vez que tengamos relaciones sexuales.				
42. Voy a conseguir condones para la próxima ocasión que mi pareja y yo tengamos relaciones sexuales.				
43. Tengo la intención de tener relaciones sexuales sólo si mi pareja utiliza condón.				
44. Es adecuado utilizar condón con mi pareja en nuestras relaciones sexuales.				
45. Creo que mi familia vería bien que pida a mi pareja que use condón en nuestras relaciones sexuales.				
46. A mis amigas les agradecería saber que pido a mi pareja que use condón cada vez que tengo relaciones sexuales con él.				

47. Creo que no sirve de nada utilizar condón con mi pareja para evitar infecciones, pues de algo me tengo que morir.				
48. Creo que es adecuado que las mujeres pidan a sus parejas que usen condón cuando tienen relaciones sexuales con ellas.				
49. Mi pareja piensa que las mujeres que piden a sus parejas que usen condón tienen relaciones sexuales con muchos hombres.				
50. Voy a pedirle a mi pareja que use condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales.				
51. De hoy en adelante voy a pedirle a mi pareja que use condón siempre que tengamos relaciones sexuales.				
52. Para convencer a mi pareja de usar condón, es suficiente que yo le pida que lo haga.				
53. No es conveniente usar condón con mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales.				
54. Es muy importante para mí lo que cree mi familia respecto de que mi pareja y yo usemos condón en relaciones sexuales.				
55. Es muy difícil para mí acudir a un centro de salud a pedir condones porque están muy lejos de donde vivo.				
56. Es imposible que yo consiga condones para la próxima relación sexual con mi pareja porque no tengo tiempo para comprarlos.				
57. Decirle a mi pareja que use condón cuando tenemos relaciones sexuales es algo positivo.				
58. Es bueno usar condón con mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales.				
59. Mi pareja piensa que debemos usar condón en nuestras relaciones sexuales.				
60. Es muy importante para mí lo que crea mi pareja si yo le pido usar condón cuando tenemos relaciones sexuales.				
61. Pedir a mi pareja que utilice condón cuando tenemos relaciones sexuales es inadecuado.				
62. Las mujeres que convencen a sus parejas de usar condón son capaces de lograr todo lo que se proponen.				
63. Las mujeres que piden a sus parejas que usen condón son personas seguras de sí mismas.				
64. Es una falta de respeto que una mujer pida a su pareja que use condón cuando tienen relaciones sexuales.				
65. Mis amigas consideran benéfico que las personas usen condón con sus parejas.				
66. Mi familia piensa que las mujeres que piden condón a sus parejas son poco confiables.				
67. Las mujeres como yo deben ser capaces de pedir a sus parejas que usen condón.				
68. Es benéfico pedir a mi pareja que use condón cuando tenemos relaciones sexuales.				
69. Es difícil para mí pedir a mi pareja que use un condón en la siguiente ocasión que tengamos relaciones sexuales.				
70. Mis amigas piensan que mi pareja y yo no debemos usar condón.				
71. Mi pareja pensaría mal de mí si le pidiera que usara un condón cuando tenemos relaciones sexuales.				
72. Yo no puedo decidir cuándo pedirle a mi pareja que use condón en nuestras relaciones sexuales.				

73. Es bueno que las mujeres pidan a sus parejas que usen condón en sus relaciones sexuales.				
74. Creo que las mujeres que piden a sus parejas que usen condón son capaces de convencerlos de cuidar más la salud de ambos.				
75. Las mujeres que piden a sus parejas que usen condón son promiscuas.				
76. Puedo pedirle a mi pareja que use condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales.				
77. Puedo convencer a mi pareja de usar condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales.				

Instrucciones:

En una escala de 1 a 100, ¿qué tan probable es que le sucedan los siguientes eventos? Coloque el número que considere adecuado en las rayas de la derecha. Ejemplo:

¿Qué tan probable es que...?

Me enferme de gripe el próximo invierno

_____ 80

En este caso, la persona que contestó a la pregunta considera que es muy probable que en la próxima temporada de frío padezca gripe. Ahora conteste usted **¿qué tan probable es que...?**

Se contagie de SIDA alguna persona conocida por no usar condón.	_____
Una persona de mi familia se contagie de SIDA	_____
Las mujeres casadas se contagien de SIDA si no usan condón con sus parejas.	_____
Las mujeres que tienen muchas parejas sexuales se contagien de SIDA si no utilizan condón.	_____
Yo me contagie de SIDA si no uso condón con mi pareja en la próxima relación sexual.	_____

Instrucciones:

Por favor tache la opción que se acerca más a lo que usted piensa en las preguntas que se le presentan a continuación:

- ¿Conoce los condones? SI NO
- ¿Los ha utilizado alguna vez? SI NO
- ¿Los ha comprado? SI NO
- En sus circunstancias, conseguirlos es MUY FÁCIL FÁCIL DIFÍCIL MUY DIFÍCIL
- Los condones deben guardarse en (por favor, tache sólo una de las opciones):
 - La bolsa del pantalón
 - Una bolsita de plástico en la bolsa de la camisa
 - La bolsa de los lápices o los cosméticos
 - La cartera o bolsa de mano
 - No sé
- En casa, el mejor sitio para guardar los condones es (tache sólo una de las opciones):
 - El baño
 - La caja de las medicinas
 - Un cajón del buró, junto a la cama
 - El refrigerador
 - No sé

7. Por favor, describa la manera correcta de colocar un condón.

8. Si se practica sexo oral o anal no es necesario usar condón, pues no se corre el riesgo de adquirir infecciones **CIERTO** **FALSO**

9. ¿La primera vez que tuvo una relación sexual con su pareja actual le pidió que usara condón? **SI** **NO**

10. ¿Alguna vez usted le ha pedido a su pareja actual que use condón? **SI** **NO**

11. ¿Ha usado condón con su pareja actual? **SI** **NO**

12. La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja actual, ¿le pidió que utilizara condón? **SI** **NO**

13. Independientemente de que usted se lo haya pedido o no, la vez más reciente que tuvo relaciones sexuales con su pareja actual, ¿él utilizó el condón? **SI** **NO**

14. Si usted pidiera a su pareja que utilice condón, él pensaría que... _____

15. Si usted se separara de la persona con la que vive actualmente, ¿usaría condón con su próxima pareja?

SEGURAMENTE	SÓLO AL PRINCIPIO	DEPENDE DEL TIPO DE PERSONA	NO CREO	DEFINITIVAMENTE NO
--------------------	--------------------------	------------------------------------	----------------	---------------------------

16. ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones? Recuerde que

TA Totalmente de acuerdo	D En desacuerdo
A De acuerdo	TD Totalmente en desacuerdo

	TD	D	A	TA
1. Estoy muy comprometida en la relación sentimental con mi pareja.				
2. He puesto mucho de mi parte para que la relación con mi pareja funcione.				
3. Revelo a mi pareja cosas muy íntimas sobre mí misma.				
4. Revelo a mi pareja mis sentimientos más íntimos.				
5. Me siento relajada estando junto a mi pareja.				
6. Me siento relajada hablando con mi pareja de mis planes personales para el futuro.				
7. Me siento satisfecha con la relación sentimental con mi pareja.				
8. Puedo hablar de cualquier tema con mi pareja.				
9. Me siento satisfecha con la relación sexual con mi pareja.				
10. Si pudiera elegir de nuevo, cambiaría de pareja.				
11. Pienso que mi relación con esta pareja durará mucho tiempo.				
12. No sería difícil que mi pareja haya tenido relaciones sexuales con otra persona.				

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Si tiene dudas o desea mantenerse informada sobre esta investigación puede comunicarse con Alicia Saldívar Garduño al Tel. 58 04 47 90 de la UAM-Iztapalapa o al correo electrónico sga@xanum.uam.mx