

01966 8
2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**AUTOESTIMA, CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA
Y PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL Y
ADICTIVA EN JOVENES UNIVERSITARIOS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTA

MIRNA ROCÍO VALLE GÓMEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. MARIO CICERO FRANCO

COMITÉ DE TESIS:

MTRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN (ASESORA ESTADISTICA)
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ

SUPLENTE:

MTRO. FELIPE URIBE PRADO
MTRO. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

273360

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A:

CARLOS ALBERTO,
MIRNA Y FELIPE.

Por el tiempo robado....

AL H. JURADO:

DR. MARIO CICERO FRANCO
DIRECTOR DE TESIS.

MTRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
ASESORA ESTADÍSTICA.

DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ

MTRO. FELIPE URIBE PRADO

MTRO. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

¡ GRACIAS !

**AUTOESTIMA DE ACUERDO A: CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA Y
PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL Y ADICTIVA EN JOVENES
UNIVERSITARIOS**

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES DEL SIDA	3
1.1 <i>DESARROLLO HISTORICO</i>	3
1.2 <i>MECANISMOS O VIAS DE TRANSMISION.</i>	10
1.3 <i>METODOS Y PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO</i>	13
1.4 <i>VACUNAS Y TRATAMIENTO</i>	17
1.5 <i>CAMPAÑAS PUBLICITARIAS</i>	18
1.6 <i>SITUACION DEL SIDA EN MEXICO DENTRO DEL MARCO INTERNACIONAL</i>	19
CAPITULO II: AUTOESTIMA	25
2.1 <i>ANTECEDENTES</i>	25
2.2 <i>DEFINICIONES Y CONCEPTOS EN TORNO A LA AUTOESTIMA</i>	31
2.3 <i>INVESTIGACIONES</i>	37
2.4 <i>CONSIDERACIONES</i>	40
CAPITULO III: CONDUCTA SEXUAL Y ADICTIVA	42
3.1 <i>CONDUCTA SEXUAL</i>	42
3.1.1 <i>DESARROLLO SEXUAL</i>	42
3.1.2 <i>DESARROLLO DEL GENERO</i>	43
3.1.3 <i>DESARROLLO SEXUAL EN LAS PUBERES</i>	44
3.1.4 <i>DESARROLLO SEXUAL EN LOS PUBERES</i>	45
3.1.5 <i>CONDUCTA SEXUAL EN EL JOVEN UNIVERSITARIO</i>	46

3.2 CONDUCTAS ADICTIVAS	51
3.2.1 <i>DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA</i>	51
3.2.2 <i>ANTECEDENTES DE LAS ADICCIONES</i>	54
3.2.3 <i>PREVALENCIA DE LAS ADICCIONES EN MEXICO</i>	62
CAPITULO IV: AUTOESTIMA, CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA Y PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL Y ADICTIVA EN JOVENES UNIVERSITARIOS	69
CAPITULO V: METODOLOGÍA	73
5.1 Objetivo General	73
5.2 Objetivos Especificos	73
5.3 Problema de Investigación	73
5.4 Hipótesis	73
5.5 Variables	74
5.6 Definición Conceptual y Operacional de Variables	74
5.7 Tipo de Estudio	75
5.8 Diseño de Investigación	75
5.9 Método	75
5.10 Procedimiento	78
CAPITULO VI: RESULTADOS	79
6.1 Descripción de la muestra	79
6.2 Patrones de conducta sexual	83
6.3 Conducta adictiva	85
6.3.1 <i>Alcohol</i>	85
6.3.2 <i>Drogas</i>	86
6.4 Análisis de los instrumentos	87
6.5 Análisis psicométrico de la escala de autoestima	91
6.6 Diferencias entre grupos de autoestima alta y baja	94
6.7 Diferencias entre autoestima; conocimientos, patrones de conducta sexual y adictiva	96

CAPITULO VII: DISCUSIÓN	98
CAPITULO VIII: ALCANCES SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	103
REFERENCIAS	105

ANEXOS

No.	Nombre
1	Cuestionario "Patrones de Conducta Sexual, Actitudes, Conocimientos y Creencias sobre SIDA". Versión original (Díaz-Loving y Cols., 1991).
2	Cuestionario "Autoestima". Versión original (De la Rosa, 1994).
3	Cuestionario "Patrones de conducta sexual, actitudes, conocimientos y creencias sobre SIDA" . (Versión Aplicada a jueces).
4	Cuestionario "Patrones de conducta sexual, actitudes, conocimientos y creencias sobre SIDA y autoestima" (Versión Valle-Gómez, 1999).
5	Cuestionario Autoestima (Versión Camacho, 1998).
6	Cuestionario de Autoestima (Versión Valle-Gómez, 1999).

INDICE DE GRÁFICAS

No.	Nombre	Pág.
1	Casos acumulados de SIDA en México	21
2	Estimación de infectados y casos de SIDA	21
3	Casos de SIDA según sexo	22
4	Casos de SIDA por edad	22
5	Casos de SIDA por transmisión sexual y sanguínea	23
6	Prevalencia de bebedores, no bebedores y ex-bebedores (12 a 65 años)	63
7	Distribución del consumo por tipo de bebida	63
8	Distribución de la población bebedora según motivo de inicio	64
9	Distribución de la población bebedora según edad de inicio	64
10	Prevalencia del consumo de drogas ilegales según tiempo de uso	66
11	Distribución del consumo de drogas ilegales por edad	67
12	Distribución de usuarios de drogas ilegales en México	67
13	Frecuencia de estudiantes por carrera	80
14	Distribución de alumnos encuestados por carrera	80
15	Distribución de sexo y edad de los encuestados	81
16	Religión de los encuestados	81
17	Influencia de la creencia religiosa en sus decisiones	82
18	Estado actual de la muestra	82
19	Relaciones sexuales (si ha tenido y con quién)	83
20	Frecuencia de relaciones sexuales	83
21	Uso de condón	84
22	Frecuencia de consumo de alcohol – relaciones sexuales	85
23	Alcohol – mejores relaciones sociales	85
24	Consumo de drogas	86
25	Drogas – relaciones sexuales	86

INDICE DE TABLAS

No.	Nombre	Pág.
1	Acuerdo de jueces por área evaluada y número de reactivos	88
2	Acuerdo de la RED por área evaluada y número de reactivos	89
3	Categorización por reactivos por área y jueces	90
4	Asignación de reactivos por áreas	90
5	Pesos factoriales por reactivo y área agrupada	91
6	Confiabilidad de cada factor	92
7	Análisis de confiabilidad Alfa total	92
8	Distribución de puntuaciones por autoestima alta y baja	94
9	Contingencia Autoestima – sexo	95
10	Contingencia "Conocimientos sobre el SIDA" y "Autoestima"	96
11	Contingencia "Patrones de Conducta Sexual" y "Autoestima"	96
12	Contingencia "Patrones de Conducta Adictiva" y "Autoestima"	97
13	Comparación de factores encontrados en 3 investigaciones a partir del instrumento de De la Rosa.	102

INTRODUCCION

El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA es una enfermedad relacionada con el sistema inmunológico del ser humano producido por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Actualmente se infectan por el VIH 7,000 jóvenes en todo el mundo, lo que equivale a cinco jóvenes infectados cada minuto, debido a esto el SIDA es considerada una enfermedad pandémica, la cual no tiene cura alguna hasta el momento.

La edad en la que se registra el mayor número de casos de SIDA (34%) es el grupo de 15 a 34 años, por lo que los jóvenes en este caso los universitarios representan una población propensa a realizar conductas de riesgo, por múltiples causas.

La autoestima, podría influir en las conductas de riesgo ya que una persona con baja autoestima generalmente presenta una personalidad débil, no se acepta, presenta sentimientos de inferioridad, no se respeta, entre otras cosas, en tanto que las personas con autoestima alta van a manifestar confianza en sí mismas, ejecutarán acciones asertivas, presentan una personalidad fuerte y unificada, se sienten orgullosas de sí mismas y tienen expectativas de éxito por mencionar algunas.

La presente investigación pretende determinar si existe relación entre la autoestima alta y baja, con los conocimientos sobre el SIDA, patrones de conducta sexual y adictiva en los jóvenes universitarios.

La muestra se integró por 443 estudiantes universitarios distribuidos en ocho licenciaturas en donde la media de edad fue de 21 años 6 meses.

El desarrollo de la investigación se encuentra conformado por ocho capítulos el primero de ellos aborda los **Aspectos Generales del SIDA**, en donde se presenta una breve reseña histórica del desarrollo de lo que a sido considerada la pandemia del siglo, así como las formas de transmisión, métodos y procedimientos de laboratorio para la detección oportuna del virus, se reportan las diferentes campañas publicitarias tendientes a disminuir el riesgo de contraer la infección, concluyendo con datos y cifras que representan la situación actual del SIDA en México dentro del marco internacional.

Capítulo II **Autoestima**, de acuerdo a varios autores para abordar este tema es necesario hacerlo a partir del sí mismo y del self, ya que este es el centro fundamental del desarrollo de la autoestima por lo que se hace un recorrido por

las diferentes definiciones que aportan los autores, así como de las investigaciones relacionadas al tema.

En el capítulo III **Conducta Sexual y Adictiva**, se explica de manera somera, algunas funciones del sistema endocrino por ser el responsable de la función sexual, como se adquiere el sexo a partir de la concepción así como los aspectos mas relevantes del desarrollo sexual de los púberes, para concluir con la conducta sexual que ejercen los jóvenes universitarios, de acuerdo con investigaciones realizadas.

Con respecto al capítulo IV **Autoestima, conocimientos sobre SIDA y patrones de conducta sexual y adictiva en jóvenes universitarios**; se aborda la autoestima en los jóvenes universitarios la cual no permanece constante, se fortalece o se debilita por múltiples factores, uno de ellos puede ser el paso por la etapa evolutiva de la adolescencia por lo que muchas veces los conocimientos que pudiera tener acerca del SIDA no son suficientes para evitar conductas de riesgo las cuales se incrementan a través de los patrones de conducta sexual y adictiva.

Metodología, corresponde al capítulo número V en el cual se informa el tipo de estudio, el diseño de investigación, el método y el procedimiento para la realización de la presente investigación.

En el capítulo VI, se dan a conocer los **Resultados** obtenidos.

La **Discusión** se lleva a cabo en el capítulo VII.

Se concluye con **Alcances, sugerencias y limitaciones** en el capítulo número VIII.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL SIDA

1.1 DESARROLLO HISTORICO

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha permeado de tal manera nuestra sociedad que no hay día en que no hallamos oído hablar de esta enfermedad, o sabido de alguien que la sufra o haya muerto a consecuencia del VIH, por lo que en la actualidad es considerada como una enfermedad pandémica.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad relacionada con el sistema inmunológico del ser humano. La inmunidad es la aptitud del organismo para reconocer y, eventualmente, destruir y eliminar las moléculas, células y tejidos que presenten una constitución diferente a la suya (Montagnier, Luc., 1989).

Por lo que SÍNDROME, en este trabajo, hace referencia a una enfermedad o condición caracterizada por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.

- ♦ **SIGNO.**- Es la manifestación objetiva de una enfermedad: esta manifestación puede ser observada por un examinador (médico), quién las observa a través de la exploración del paciente, viéndolo, auscultándolo (escuchando), palpándolo (tocando). En el caso del SIDA se presentan ganglios crecidos, fiebre, tos y adelgazamiento entre otras.
- ♦ **SÍNTOMAS.**- Es la manifestación subjetiva de una alteración (orgánica o funcional) que sólo la persona examinada puede observar (percibir, sentir); y que el médico puede conocer sólo mediante un interrogatorio al paciente. En el caso del SIDA se presenta fatiga, náuseas, diarrea, dolor en diferentes partes del cuerpo (sobre todo estomacal y de cabeza) y falta de aire.

INMUNO.- Se refiere a la capacidad de defensa que tiene o desarrolla nuestro cuerpo contra agentes extraños (sustancias tóxicas, células cancerosas o agentes infecciosos: virus, bacterias, hongos y parásitos).

DEFICIENCIA.- Implica que tenemos, muy poco de algo que necesitamos. En el caso del SIDA la deficiencia es inmunológica. Al debilitarse el sistema inmunológico no puede defender al organismo de las infecciones, por lo que la persona queda a expensas de éstas.

ADQUIRIDA.- Se refiere a algo que adquirimos u obtenemos después de la fecundación; puede ser mientras estamos en el útero, después de que el óvulo y el espermatozoide se han juntado y empieza a formarse el bebé, o después del nacimiento. Es contrario a hereditario, en el sentido de transmisión genética. En el caso del SIDA, la inmunodeficiencia no es hereditaria, sino que se adquiere en algún momento del desarrollo (Vizconde, 1997).

Por lo tanto, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es un conjunto de síntomas y signos que manifiestan la adquisición de una deficiencia en el sistema de defensas del organismo, quedando éste expuesto a diferentes tipos de infecciones y de cánceres (CONASIDA, 1990).

El agente etiológico del SIDA es uno de los mas pequeños que se conoce hasta el momento, se trata de un virus: el VIH.

El VIH ha sido encontrado en la sangre, espermatozoides, líquido pre-eyaculatorio, sudor, lágrimas, orina, secreciones cervicovaginales, saliva, leche materna, en varias células de la médula ósea, en los linfocitos T, en los enfermos de SIDA y en pacientes con seropositividad y aun en sospechosos seronegativos. Esto determina definitivamente que este virus es el único agente causal de la pandemia (Sandner, 1990).

En un Sistema Inmunológico normal, cuando un germen (bacteria, hongo) entra en el cuerpo sano, su presencia es detectada por los macrófagos, que alertan a los linfocitos T, los cuales se multiplican en sus diferentes tipos. Los linfocitos T cooperadores estimulan a los linfocitos B, los cuales se multiplican y producen anticuerpos que atacan y destruyen a los gérmenes invasores. En un sistema Inmunológico de una persona seropositiva el VIH ataca directamente a los linfocitos T cooperadores, infectándolos, bloqueando su capacidad para identificar y combatir sustancias extrañas (antígenos). El virus se reproduce en las células T, destruyéndolas y cortando la posibilidad de una defensa efectiva contra los invasores. Los mecanismos inmunológicos son deprimidos y cualquier nuevo invasor (enfermedad oportunista) encuentra vía libre, lo cual puede llevar a una muerte segura (Cotte, 1990).

Con exactitud no se sabe cual es el origen del SIDA, ya que existen supuestos que van desde el SIDA como castigo divino, hasta la guerra bacteriológica pasando por la teoría que señala que algunos macacos de cría (cautiverio) presentaban síntomas similares a los del SIDA y morían de alguna enfermedad oportunista.

Siguiendo la investigación con monos africanos se encontró que, los monos verdes, en condiciones óptimas de salud, tenían en la sangre un virus similar al

VIH y al virus que algunos nativos de Africa portaban. El Doctor Max Essex (citado por Del Río, 1994), concluyó que este virus (STVLIII) se puede transmitir al hombre a través de mordida o arañazo. En éste el virus sufriría un proceso de mutación, hasta convertirse en el VIH.

La teoría del origen africano del SIDA sostiene la creencia que desde Africa se propagó al resto del mundo la epidemia. Algunos datos que la apoyan son: que en algunas ciudades importantes de Africa Central del 5% al 10% de la población son portadores del virus. La cadena de transmisión sería: Africa-Caribe-Estados Unidos; o, Africa-Europa (Ríos, 1991).

En 1981 se publicaron los primeros informes que hablaban de un nuevo síndrome que estaba afectando a hombres jóvenes con aparición de infecciones oportunistas severas, especialmente neumonía por P. Carinii y con marcada disminución de los linfocitos CD4 se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y a partir de ese momento se inician las investigaciones sobre el agente causal, el comportamiento clínico y epidemiológico y el tratamiento del nuevo síndrome (Velásquez, 1993).

El primer acontecimiento fue un brote de cinco casos de varones jóvenes en la ciudad de los Angeles; el segundo hecho se refiere a un informe de ocho casos de Sarcoma de Kaposi en varones jóvenes en la ciudad de Nueva York, en ambos casos se habían observado previamente fallas en el sistema inmunológico, todos los individuos afectados eran homosexuales. Rápidamente la enfermedad se etiquetó como una " epidemia de homosexuales " (Cohen, 1990).

En 1983 el doctor Luc Montagnier y sus colaboradores Barre-Sinoussi y Chermann, del Instituto Pasteur de París, lograron aislar un retrovirus que fue denominado LAV (del inglés lymphadenopathy associated virus). Al mismo tiempo el grupo estadounidense, a cargo del doctor Robert Gallo, trabajaba alrededor de un virus de la familia del HTLV-I virus causal de la leucemia/linfoma, al mismo tiempo que afirmaba que el virus de Montagnier y sus colaboradores era producto de una contaminación de laboratorio. Las fotografías de Gallo mostraban un retrovirus diferente al presentado por el grupo de París. En múltiples publicaciones posteriores, y mediante escritos a muchos virólogos del mundo, Gallo descalificaba los trabajos del Instituto Pasteur. En julio de 1983 Feremans y sus colaboradores en Bélgica aislan y describen el mismo lentivirus de París, obtenido del material de un enfermo de SIDA. En septiembre de ese mismo año, Montagnier y colaboradores encontraron en un paciente afectado de SIDA, un virus con las mismas características del lentivirus encontrado anteriormente. En diciembre del mismo año, en Cambridge, Karpas descubre un lentivirus idéntico al descrito por Luc Montagnier, mientras que Gallo comunica haber descubierto por fin el verdadero virus y lo denomina HTLV-III (del inglés T-cell lymphotropic virus type-3) (Vizconde, 1997).

En 1986 un equipo de trabajo patrocinado por el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus denominó HIV (humana inmunodeficiencia virus) al lentivirus causal del SIDA, quedando definitivamente comprobado que Luc Montagnier, F. Barre-Sinoussi y J.C. Chermann del Instituto Pasteur de París fueron los descubridores del retrovirus del SIDA. Posteriormente se le denominó HIV-I por haberse descubierto un segundo HIV en África que recibió el nombre de HIV-II (Sandner, 1990).

Los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, aceptan la evidencia de que el SIDA era causado por un agente infeccioso de transmisión sanguínea y sexual, recomendando que las personas pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo, debería abstenerse de donar sangre o plasma. Estos grupos se referían a: hombres homosexuales y bisexuales, adictos a drogas intravenosas, pacientes con hemofilia, prostitutas y personas que hubieran tenido contacto sexual con miembros de estos grupos. (boletín mensual SIDA marzo 1987).

Hombres Homosexuales.- En su inicio, la mayoría de los casos reportados en diferentes países correspondieron a varones homosexuales. Hasta este momento, no se ha demostrado que sea una enfermedad única de homosexuales.

Hombres Bisexuales.- En la Unión Americana se ha valorado el peligro que representan las personas que realizan prácticas sexuales con ambos sexos pues se les considera como posible "puente" de transmisión entre los homosexuales varones y los heterosexuales. En México no se ha valorado con veracidad el impacto de este grupo.

Toxicómanos.- Este es un grupo que rápidamente reportó casos de SIDA, particularmente entre aquellos que utilizan jeringuillas para administrarse la droga. En la Conferencia Mundial sobre SIDA (1988), celebrada en Estocolmo, Suecia, se anunció que de los últimos casos reportados a nivel mundial, más del 50% correspondían a toxicómanos que consumían heroína. Algunos especialistas sugirieron que el virus apareció en este grupo, quizá por que muchos de ellos sostenían prácticas homosexuales, o debido a que algunos homosexuales varones consumían algún tipo de drogas. Así como por el intercambio de jeringuillas sin existir un proceso previo de esterilización.

Hemofilia.- La hemofilia es una enfermedad caracterizada por un defecto de producción por parte del organismo, de algunos componentes sanguíneos que facilitan la coagulación necesaria para detener cualquier hemorragia. Los hemofílicos reciben para compensar esa carencia, elementos factores de coagulación, algunos de los cuales se preparan por concentración a partir de la sangre proveniente de varios miles de donantes. Un solo donante podría

contaminar una partida entera de productos y consecuentemente, a un gran número de hemofílicos (Piot, 1986).

Prostitutas.- Este es un grupo considerado como potencialmente peligroso, dado el intercambio sexual frecuente (Stavenhagen, 1988). En la actualidad se han presentado pocos casos, todo lo contrario a lo que se esperaba.

En 1983 aparecieron los primeros casos de SIDA en México, tratándose de hombres extranjeros radicados en este país, quienes iniciaron su padecimiento en 1981; teniendo en común viajes al extranjero o relaciones íntimas con extranjeros de países con las más altas tasas de incidencia.

En febrero de 1986, la Secretaría de Salud creó de manera informal el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA). El propósito de este Comité fue valorar los niveles y las tendencias del VIH y el SIDA en el país; establecer criterios para diagnóstico, tratamiento y prevención; y coordinar la adopción y evaluación de normas, lineamientos y actividades de control apropiadas. Para lograr estos objetivos, el CONASIDA estableció cinco Subcomités:

- Vigilancia Epidemiológica,
- Promoción de la Salud,
- Aspectos Clínicos,
- Control de la Sangre y
- Asesoría Legal.

Casi todos los miembros del comité eran médicos del sector salud pública (Sépulveda, 1992).

Una de las primeras acciones del CONASIDA fue incluir la detección obligatoria de todas las unidades de sangre y plasma en el Código Sanitario en mayo de 1986. Una consecuencia inmediata de esta acción fue la detección de niveles sorprendentes de seroprevalencia de VIH en donadores de sangre pagados. La evidencia de las altas tasas de seroprevalencia en este grupo (7.2 %) en comparación con los donadores voluntarios (0.02 %) permitió otras modificaciones un año más tarde.

En mayo de 1987, se reformó el Código Sanitario y se estipuló como ilícito el comercio de sangre, con un período de gracia de seis meses antes que surtiera efecto esta iniciativa. Este período permitió al sector salud tomar las medidas necesarias para evitar la carencia de sangre.

Debido a la magnitud y complejidad del problema, el Comité evolucionó hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud: el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto presidencial el 24 de agosto de 1988, conservando las siglas de CONASIDA (Sepúlveda, 1989).

El objetivo que se marco CONASIDA fue :

- Promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como impulsar las medidas que al efecto se establecieron.

Para la consecución de su objetivo, señala las siguientes funciones.

- Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados.
- Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados con el objeto de que éstos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Proponer el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Promover y apoyar la realización de investigaciones relacionadas al SIDA
- Fijar criterios en materia de investigación y eventos científicos.
- Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del SIDA, en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud.

-
- Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del SIDA.
 - Sugerir medidas de prevención y control del SIDA.
 - Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate de la epidemia del SIDA.
 - Expedir sus bases de organización y funcionamiento.

(Boletín. SIDA Agosto 1988)

1.2 MECANISMOS O VÍAS DE TRANSMISIÓN.

Debido a que el VIH se aloja en sangre, semen y secreciones vaginales, los mecanismos de transmisión los constituyen aquellas situaciones que propician que estos líquidos se pongan en contacto. La transmisión implica una serie de prácticas que lo permitan.

Hasta el momento se reconocen tres mecanismos de transmisión para el Virus de Inmunodeficiencia Humana :

- a) **SANGUÍNEA.**- Por transfusiones de sangre o sus derivados, uso de jeringas o agujas infectadas, hemodiálisis o trasplante de órganos.
- b) **SEXUAL.**- De hombre a hombre, de mujer a hombre o de hombre a mujer. Esto es a través del contacto sexual con una persona infectada, mediante el ejercicio de prácticas sexuales de mayor riesgo que otras, como el sexo oral, coito anal o vaginal sin preservativo.
- c) **PERINATAL.**- Las madres portadoras del VIH pueden transmitirlo a sus hijos durante el embarazo a través de la placenta, en el parto por contacto con su sangre infectada y por medio de la leche materna.

Se ha visto que según la forma de transmisión y la permeabilidad de los tejidos del virus, las principales formas de contagio del VIH, en orden decreciente de importancia, son mucosa rectal y vaginal, torrente circulatorio, placenta y parto, mucosa oral y tejidos o transplante de órganos (CONASIDA, 1989).

a) TRANSMISIÓN SANGUÍNEA.

El VIH se trasmite por la sangre y sus derivados como son los glóbulos rojos, plaquetas, plasma y concentrado de factores de la coagulación, la incidencia de infección es baja, de un caso por cada 200 mil transfundidos (CONASIDA, 1989).

- **TRANSFUSIONES DE SANGRE.** Existe la posibilidad de que si no se investiga mediante una prueba si la sangre que se va a transfundir se encuentra infectada, está infecte a la persona que recibe la unidad de sangre contaminada (CONASIDA, 1990). El periodo transcurrido entre la transfusión y el diagnóstico de SIDA es en promedio de 31 meses en el adulto y 14 meses en el niño. Los hemofílicos tienen mayor riesgo de adquirir el VIH, debido a los requerimientos de su organismo, estimándose que de 80 a 90 % de estos pacientes se encuentran infectados de VIH en algunas partes del mundo (CONASIDA, 1989).

-
- **USO DE AGUJAS Y JERINGAS CONTAMINADAS.** Cuando se utiliza una jeringa que fue usada por una persona infectada por el VIH y que no se esterilizó adecuadamente, puede quedar en la aguja o en la jeringa pequeñas gotas de sangre infectada y, al usarla, inyectarse el virus directamente en el torrente sanguíneo infectándose. Las personas que se inyectan drogas y comparten las agujas y jeringas tienen este riesgo. El usar jeringas desechables varias veces, cuando no se esterilizan adecuadamente, también es de alto riesgo, en especial por que el plástico es más poroso y, por lo tanto, más fácil para que se alojen partículas de sangre infectada con el VIH (CONASIDA, 1990).
 - **OTROS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA.** Se ha demostrado la infección sanguínea de VIH a través del trasplante de órganos y de inseminación artificial. Por lo tanto se recomienda que los donantes vivos y los cadáveres cuyos órganos y tejido son candidatos a trasplante, sean sometidos a una prueba de detección, las pruebas comerciales de ELISA conservan su sensibilidad y especificidad frente a los sueros provenientes de cadáveres frescos (Velásquez, 1993).

b) TRANSMISIÓN SEXUAL.

Se da durante el acto sexual ya sea por vía vaginal o anal a través de las pequeñas heridas que se producen durante el mismo, entrando el semen o las secreciones vaginales en contacto con el torrente sanguíneo. Muchas parejas han adquirido el SIDA como resultado de realizar el acto sexual con una pareja infectada (CONASIDA, 1990).

- **COITO VAGINAL.** Durante el acto sexual por vía vaginal, y a pesar de que la vagina esta preparada para el coito, por tener una pared gruesa, elástica y protectora, pueden producirse pequeñas rupturas o heridas en su pared, sin que la persona se de cuenta. Estas pueden ser tan pequeñas que no se observa sangrado alguno, ni genera molestias. Cuando el varón eyacula, el semen infectado entra en la vagina y el VIH penetra en el torrente sanguíneo por estas heridas. Investigaciones recientes indican que, inclusive, sin la necesidad de que existan rupturas y/o heridas en la pared de la vagina, el VIH es capaz de penetrar y traspasar la membrana vaginal y llegar al torrente sanguíneo. A la vez, una mujer con infección por VIH puede transmitirlo al varón durante el acto sexual, al entrar en contacto con los genitales masculinos con secreciones vaginales infectadas; penetrando el VIH al torrente sanguíneo a través de la mucosa del glande y uretra o por pequeñas heridas en su superficie (CONASIDA, 1990). La mucosa vaginal de las mujeres jóvenes no ha adquirido la madurez por lo que puede ser poco resistente al paso del virus, incrementando el riesgo de contagio. Existe mayor riesgo durante la menstruación debido a los cambios de la mucosa vaginal y a la mayor

vascularidad, aumentando también el riesgo de contagio para el hombre al exponerse a la sangre de la mujer. Por otro lado, debido a que el semen tiene más partículas virales que las secreciones vaginales y cervicales, diversos estudios indican un mayor riesgo de contagio de hombre a mujer que de mujer a hombre (CONASIDA, 1989).

- SEXO ORAL. Es difícil valorar el riesgo de contraer el virus por esta vía ya que generalmente finaliza en coito vaginal o rectal. El sexo oral implica el contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas rectal o vaginal, e intercambio de saliva y secreciones de las mucosas relacionadas, lo cual podría transmitir el VIH (CONASIDA, 1989).

c. TRANSMISIÓN PERINATAL.

La transmisión perinatal del VIH puede ocurrir cuando una mujer está intentando concebir un hijo, durante el embarazo y posiblemente al amamantar. La incidencia de este tipo de transmisión está relacionada directamente con el número de mujeres con VIH/SIDA. Mientras siga aumentando la cifra y la proporción de mujeres portadoras del VIH irá también aumentando el número de niños afectados (Berer, 1993).

Se estima que una mujer seropositiva puede infectar a uno de tres hijos con el virus, quien a su vez puede desarrollar la enfermedad en los primeros años de su vida (Chan, 1992).

- TRANSMISIÓN INTRAUTERINA. Es la causa más importante de infección en los niños, se da a través de la placenta durante el embarazo. Aun se desconoce el periodo exacto en que el virus infecta al feto, el VIH se ha detectado en tejidos fetales a las 15 y 20 semanas de gestación (CONASIDA, 1989).
- TRANSMISIÓN DURANTE EL PARTO. El contagio puede ocurrir durante el parto posiblemente cuando la sangre materna e infantil se mezclan a través del cordón umbilical, o debido a la ingestión de mucosidad vaginal y/o sangre por parte del bebé (Berer, 1993).
- TRANSMISIÓN DURANTE LA LACTANCIA. El calostro y la leche materna contienen concentraciones elevadas del VIH (Vizconde, 1997).

1.3 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

No existe todavía un método o secuencia de métodos que sean apropiados para la detección en cualquier situación. La elección depende del medio ambiente en que vayan a ser utilizados. Existen diversos factores que influyen en la selección tanto de los métodos iniciales de la pesquisa como de los métodos de validación o complementarios.

En México, el método que se emplea en los programas de detección es el conocido como ELISA, para detección de anticuerpos circulantes, en el que se emplea un antígeno obtenido por tecnología de ADN recombinante. Esta prueba consiste en incubar el suero "problema" con antígenos del virus de la inmunodeficiencia humana adheridas a una "fase sólida". Si existen en el suero anticuerpos específicos, estos se unirán a las proteínas virales (primera incubación).

Previo lavado, se agrega al sistema anticuerpos "anti-humanos" conjugados con una enzima que permitirá hacer visible la reacción (segunda incubación). Finalmente se incluye un sustrato que desarrollará color en presencia de la enzima. Así los controles positivos y las muestras que contengan anticuerpos específicos mostrarán coloración. Por lectura en un espectrofotómetro se determina el resultado positivo o negativo de las muestras comparándolas con controles adecuados.

A. PRUEBAS DE CONFIRMACION

Todas las pruebas repetidamente positivas por ELISA serán sujetas a confirmación. No debe considerarse positiva una muestra en base exclusivamente a los resultados de ELISA, por lo tanto no se debe notificar al interesado hasta obtener la confirmación mediante inmunoelectrotransferencia (WESTERN BLOT) o inmunofluorescencia.

A.1 INMUNOELECTROTRANSFERENCIA

Es una prueba más específica que la detección y requiere experiencia para su interpretación. Se basa en la combinación de dos métodos:

Primero se separan "bandas" de proteínas virales por electroforesis en gel de poliacrilamida, según su peso molecular.

Las proteínas virales separadas por electroforesis se transfieren a una hoja de nitrocelulosa mediante electrotransferencia.

La hoja de nitrocelulosa se corta en tiras delgadas (una para cada prueba) y se les somete a un procedimiento semejante al descrito para el examen ELISA, utilizando como antígeno las "bandas" de proteínas virales transferidas a nitrocelulosa.

A.2 INMUNOFLUORESCENCIA

Es una prueba de ejecución relativamente sencilla y económica pero requiere de personal altamente calificado para su correcta interpretación. Detecta la presencia de anticuerpos anti-VIH utilizando células H 9 infectadas por el virus y que por lo tanto expresan en su membrana citoplásmica antígenos virales. Los sueros de individuos que contengan anticuerpos "anti-humanos" conjugados con isotiocianato de fluoresceína, darán un patrón de coloración característico.

Es importante considerar que los individuos con pruebas de detección repetidamente positivas y que sean también positivos en pruebas confirmatorias, deben considerarse como infectados por el VIH e infectantes. Estos individuos no necesariamente tienen SIDA; pueden corresponder a cualquiera de los estadios de la infección de acuerdo a la clasificación hecha por CONASIDA (Boletín SIDA, 1987).

La Secretaría de Salud cuenta con laboratorios centrales y periféricos para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana.

Algunos laboratorios en el Distrito Federal para la detección de anticuerpos contra VIH son:

- ❖ HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
- ❖ HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA
- ❖ HOSPITAL DE LA MUJER
- ❖ HOSPITAL GENERAL TICOMAN
- ❖ HOSPITAL JUAREZ
- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
- ❖ INSTITUTO NACIONAL PERINATOLOGIA
- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
- ❖ INSTITUTO DE SALUBRIDAD Y ENFERMEDADES TROPICALES*
- ❖ CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA*

*En estos laboratorios además de efectuar pruebas de detección primaria, son centros de referencia para la confirmación de pruebas positivas. (Boletín Mensual SIDA, 1987)

Es importante considerar las consecuencias sociales y personales que ocurren cuando se conoce el resultado positivo, esto hace que no se pueda considerar a la prueba de detección del VIH como una prueba más. Es necesario tener cuidados excepcionales en el manejo de los resultados. Se debe de dar a conocer en forma individual, por personal capacitado, y simultáneamente se ofrece apoyo psicológico y médico a las personas afectadas. Actualmente los casos de individuos seropositivos son sujetos de notificación obligatoria a la Dirección General de Epidemiología.

B. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones que desarrollará un determinado paciente infectado dependen de múltiples factores tanto del huésped como del propio VIH, y por el momento son impredecibles.

En la etapa de silencio el individuo se encuentra clínicamente sano, algunos pueden presentar infección primaria. la cual puede cursar con fiebre, dolor de garganta, mialgias, diarrea, vómitos y síntomas neurológicos.

Una vez transcurrida la etapa del silencio , el individuo desarrolla niveles detectables de anticuerpos específicos contra el virus, es decir se convierte en seropositivo.

Desde que el individuo es seropositivo hasta que desarrolla la enfermedad pueden pasar 5 o mas años, esta etapa se conoce como infección asintomática , aunque en alguna etapa anterior, pudo presentar algún cuadro de infección primaria.

La mayoría de los enfermos desarrollan como primera manifestación de la enfermedad linfadenopatía generalizada persistente (LGP) o complejo relacionado al SIDA (CRS). El SIDA propiamente, ha sido dividido según el tipo de alteraciones que se presenten en cuatro grandes grupos de padecimientos:

- ⇒ Neoplasias: crecimiento de un tejido nuevo que puede resultar en un tumor benigno o maligno. Un tipo de cáncer como los linfomas.
- ⇒ Infecciones oportunistas: causada por micro-organismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo humano o en el ambiente, pero que solo producen enfermedad en las personas que no presentan condiciones óptimas de salud; aparecen en el organismo aprovechando la oportunidad que tiene de multiplicarse al disminuir las defensas del organismo entre otras causas por el empleo de la quimioterapia, uso de medicamentos inmunosupresores como las corticosteroides o por la acción del VIH. Las

infecciones oportunistas más frecuentes en el SIDA son: candidiasis, tuberculosis, neumonía entre otras.

- ⇒ Síndrome de desgaste: situación caracterizada por pérdida acentuada de peso, de más del 10%; diarrea continua o intermitente, resequead de la piel, caída del pelo, fiebre por períodos prolongados (30 días o más) y sudoraciones profusas. Es común observarlo como dato inicial de la infección por VIH o como indicador de la progresión de la enfermedad. La desnutrición consecuente contribuye a la disminución de las defensas del organismo con reducción de linfocitos T, especialmente de los T4 y a la alteración de la función de las células asesinas y de los macrófagos (células asesinas llamadas así por que tienen como misión matar a células cancerosas o infectadas por virus o microorganismos extraños, normalmente ya atrapados por un anticuerpo).

- ⇒ Alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC): Conjunto formado por el cerebro, la médula espinal y las meninges, que son las membranas que los recubren. El VIH es capaz de penetrar en el cerebro e infectar algunas de las células; cuando esto ocurre, se producen alteraciones neurológicas que son desde el dolor de cabeza hasta la pérdida de la capacidad motora, auditiva, visual y del habla, y puede producir demencia. (SIDA Hoy, 1997).

1.4 VACUNAS Y TRATAMIENTO

La mejor forma de combatir una enfermedad es previniéndola. La vacunación es la forma más simple, segura y efectiva de prevención. Las vacunas tienen el antecedente de haber tenido éxito en las campañas contra varias enfermedades virales como la viruela y la poliomielitis entre otras.

Frente a esto la situación del VIH es diferente. El lograr una vacuna para esta enfermedad es un reto, ya que las dificultades a las que se enfrenta son diversas. Una de ellas es la variabilidad del VIH, este virus es capaz de modificar la estructura de su superficie. Otra característica es la de integrar sus genes al código genético del huésped. Así mismo la falta de un modelo animal de la enfermedad dificulta la estrategia de producción de una vacuna. Finalmente, las dificultades para llevar a cabo ensayos clínicos en humanos constituyen problemas de toda índole.

Por lo tanto hasta el momento no existe ninguna vacuna, por lo que el SIDA es una enfermedad incurable, que lleva a la muerte irremediablemente. "La prevención es la única arma con la que contamos", por eso es necesario y urgente educar a las nuevas generaciones para que tengan un comportamiento diferente.

Existen algunos tratamientos que permiten prologar la vida, desgraciadamente el costo es alto y no todas las personas lo pueden pagar. El Sector Salud ha incrementado su presupuesto para que quien lo necesite tenga acceso a los medicamentos en sus clínicas de adscripción.

1.5 CAMPAÑAS PUBLICITARIAS

En nuestro país las campañas se iniciaron en 1987. Hasta abril de 1997 se realizaron cerca de 15 campañas distintas, algunas de las cuales incluían 12 spots diferentes y todas se transmitieron por medios masivos de comunicación. (SIDA/ETS, febrero-abril 1997)

El plan de comunicación que se desarrollará durante 1996-2000, tiene como población blanco a los adolescentes, y se amplió a padres de familia y maestros en el entendimiento de que deberían ser éstos sus referentes inmediatos.

Dicho plan contiene cuatro campañas anuales divididas en cuatro fases, y consta de spots de televisión, radio, dípticos, carteles y espectaculares. (SIDA/ETS, febrero-abril 1997)

Entre las recomendaciones generales de tipo médico-sanitario cuya práctica disminuye indudablemente el riesgo de contraer la infección se encuentran las siguientes:

- Tener una sola pareja sexual
- Evitar relaciones sexuales ocasionales
- Reducir el número de parejas sexuales

1.6 SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO DENTRO DEL MARCO INTERNACIONAL

Cada día se infectan por el virus 7,000 jóvenes en todo el mundo, lo que equivale a cinco jóvenes infectados cada minuto o a 2.6 millones de infecciones anuales (comunicado de prensa Mosein, 1998).

Lo anterior llevó al *Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH-SIDA (ONUSIDA)* ha centrar su campaña anual mundial contra el SIDA para 1998 en desarrollar programas e iniciativas en los diferentes países en donde la meta de la campaña fuera "fomentar la participación de los jóvenes en los esfuerzos de prevención del VIH, aumentar la sensibilización sobre la crisis creciente, encauzar los recursos públicos y privados, y fortalecer el apoyo a los jóvenes infectados y afectados por la epidemia".

La campaña esta organizada por el ONUSIDA y sus copatrocinadores Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, entre otros.

En América Latina existen indicios de un aumento de la propagación entre los sectores más pobres de la población, así como en mujeres de acuerdo al comunicado de prensa de ONUSIDA de Noviembre 1997 París.

En el mismo comunicado se estima que en la actualidad hay más de 30 millones de personas viviendo con la infección por el VIH, y si persisten las tasas de transmisión actuales, para el año 2000 se prevé que el número de personas viviendo con el VIH-SIDA se elevará a más de 50 millones. Estas cifras desde luego son difíciles de precisar ya que se estima que solamente 1 de cada 10 personas infectadas sabe que lo está, haciendo más grave la situación en cuanto a la prevención y a la atención que podría proporcionarse, reflejándose en las cifras antes mencionadas. La distribución regional es la siguiente:

REGION	NO. PERSONAS INFECTADAS
América del Norte	860,000
Caribe	310,000
Latinoamérica	1,300,000
Europa Occidental	530,000
Norte de Africa y Medio Oriente	210,000
Centro y Sur de Africa	20,800,000
Europa Oriental y Asia Central	150,000
Este de Asia y Pacífico	440,000
Sur y Sureste de Asia	6,000,000
Australia	12,000
TOTAL GLOBAL	30,600,000

* Fuente: Onusida

De acuerdo a los datos anteriores México se ubica en la tercera región con mayor número de casos a nivel mundial.

Dentro de esta problemática se observa que en la República Mexicana el mayor número de casos se concentran principalmente en las 3 zonas urbanas más importantes: D.F., Estado de México y Jalisco.

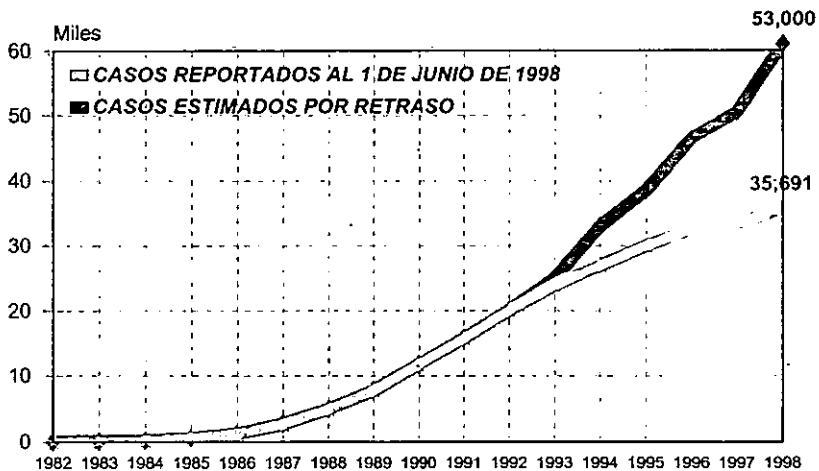
ENTIDAD	TOTAL	%
AGUASCALIENTES	157	0.4%
BAJA CALIFORNIA NORTE	1,315	3.7%
BAJA CALIFORNIA SUR	193	0.5%
CAMPECHE	151	0.4%
COAHUILA	578	1.6%
COLIMA	107	0.3%
CHIAPAS	390	1.1%
CHIHUAHUA	348	1.0%
DISTRITO FEDERAL	10,049	28.2%
DURANGO	240	.7%
GUANAJUATO	542	1.5%
GUERRERO	1,102	3.1%
HIDALGO	327	0.9%
JALISCO	4,088	11.5%
MEXICO	4,537	12.7%
MICHOACAN	1,112	3.1%
MORELOS	840	2.4%
NAYARIT	442	1.2%
NUEVO LEON	953	2.7%
OAXACA	629	1.8%
PUEBLA	2,073	5.8%
QUERETARO	209	0.6%
QUINTANA ROO	142	0.4%
SAN LUIS POTOSI	327	0.9%
SINALOA	481	1.3%
SONORA	468	1.3%
TABASCO	223	0.6%
TAMAULIPAS	639	1.8%
TLAXCALA	292	0.8%
VERACRUZ	1,605	4.5%
YUCATAN	677	1.9%
ZACATECAS	194	0.5%
EXTRA	261	0.7%
TOTAL	35,691	100%

Fuente: Boletín CONASIDA 1998

A partir de que se informó del primer paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida al 1ro de Junio de 1998 se han registrado 35,691 casos (fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA) (Ver Gráfica 1)

Casos acumulados de SIDA en México

1982-1998



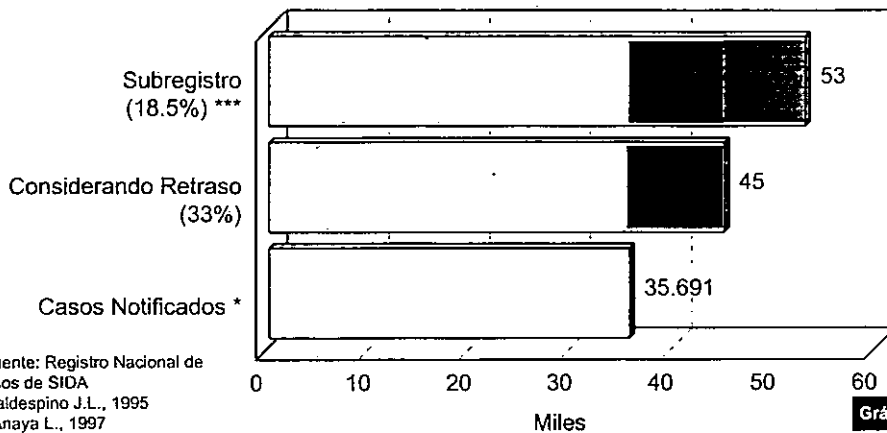
Gráfica 1

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

Sin embargo a esta cifra habría que integrar los casos estimados por retraso y subregistro, lo cual daría una cifra de alrededor de 53,000 casos¹ (Ver Gráfica 2).

Estimación de infectados y casos de SIDA

Datos al 1 de Enero de 1998



* Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

**Valdespino J.L., 1995

***Anaya L., 1997

Gráfica 2

¹ Subregistro: se refiere a un estimado que se realiza a partir de los casos notificados.

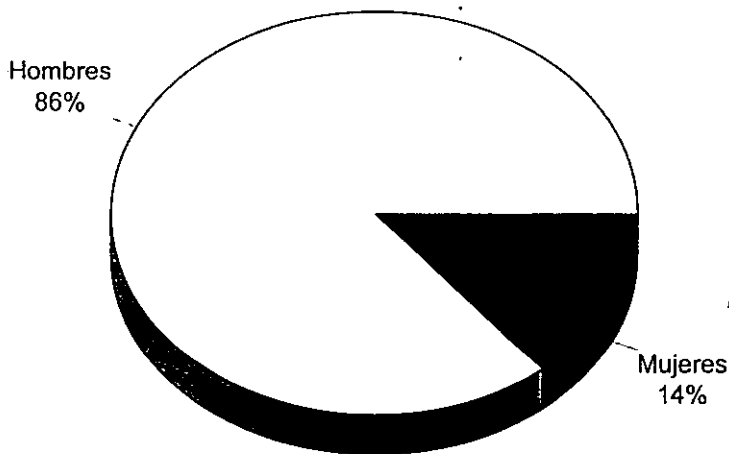
Retraso: datos que se registran con retraso por diferentes causas.

Casos notificados: son las estadísticas reales de casos detectados

De los cuales 30,695 corresponden a hombres y 4,996 a mujeres. Con una razón de masculinidad : feminidad de 6 a 1 (Ver Gráfica 3).

Casos de SIDA según sexo

Datos al 1 de Enero de 1998



Hombres	30,695
Mujeres	4,996

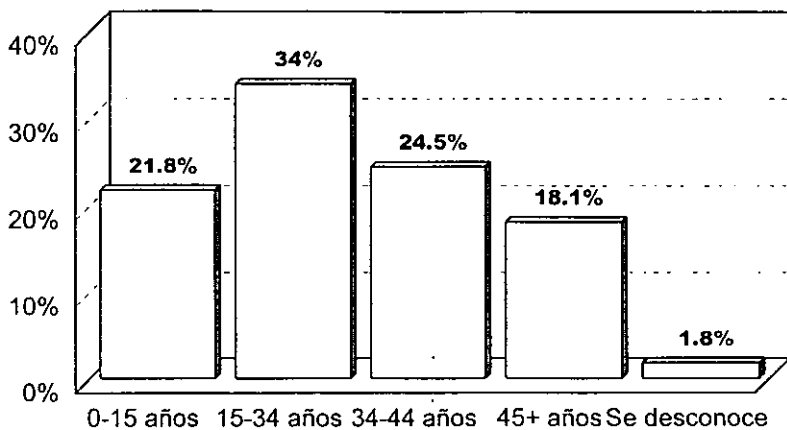
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

Gráfica 3

En relación a la edad se reporta los siguientes datos (Ver Gráfica 4).

Casos de SIDA por edad

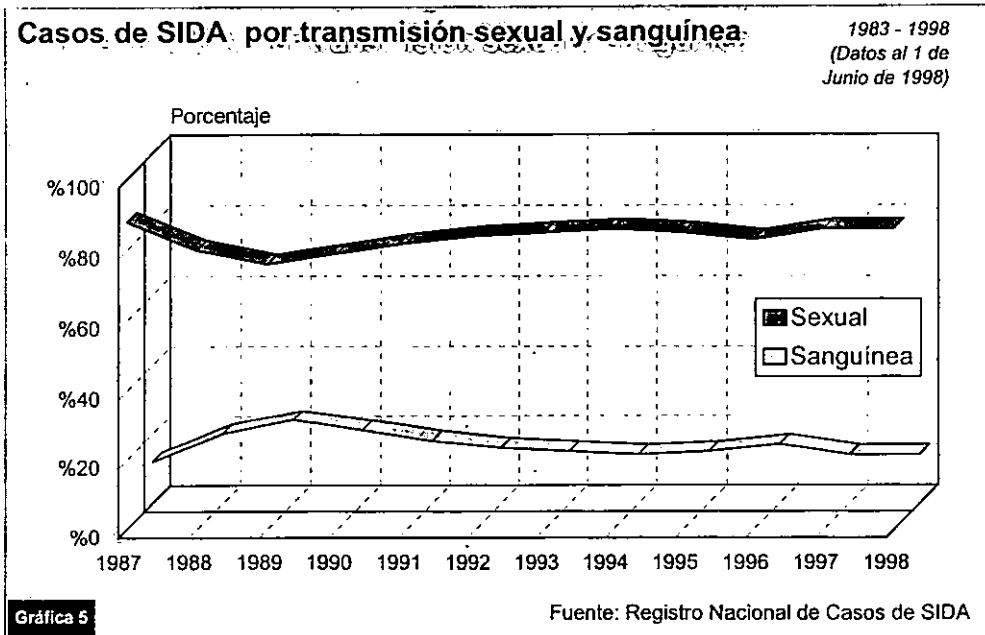
Datos al 1 de Enero de 1998



Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

Gráfica 4

Los casos de SIDA por transmisión sexual y sanguínea son los siguientes: (Ver Gráfica 5).



El Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, menciona que una educación sexual de buena calidad, contribuye a retrasar las primeras relaciones íntimas y se traducen en niveles más bajos de embarazo y de Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) contrario a lo que muchos adultos piensan, esto lo afirma basándose en los resultados que arrojó una investigación en 4 continentes.

Concluye diciendo que "hay que hacer todo lo posible para evitar que los jóvenes de hoy pasen a engrosar las estadísticas sobre el SIDA de mañana...", que: "...la prevención lleva tiempo. Pero si esa prevención es sostenida y bien orientada, se puede estar seguro del éxito".

Antes de concluir el presente capítulo vale la pena hacer algunas precisiones.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA en la actualidad es considerada como la pandemia del siglo.

De los tres mecanismos de transmisión, el sexual es sin duda el que mayores problemas preventivos plantea por involucrar uno de los aspectos más íntimos y delicados de la conducta humana: la vida sexual. Por otro lado, es la vía donde se registra el mayor número de casos.

En relación a la edad, en donde se concentra el porcentaje más significativo es entre los 15 y 34 años de edad, representando el 34% de la población infectada, siendo este rango de edad donde se ubican los jóvenes universitarios.

Actualmente no se cuenta con ninguna vacuna o tratamiento que permita curar el **SIDA**, lo único efectivo es la prevención. Es por ello que las campañas de difusión, prevención y los programas educativos deben dar a conocer las formas más efectivas de ejercer la sexualidad en forma plena pero segura, orientando a las personas con conductas de alto riesgo o con riesgo potencial como los jóvenes universitarios para que modifiquen esos hábitos sexuales y los sustituyan por conductas denominadas "sexo seguro".

Para lograr el éxito en estas campañas preventivas es necesario conocer las necesidades y carencias de la población por lo que en esta investigación se plantea como una forma de aproximación la necesidad de conocer el nivel de autoestima, conocimientos sobre el **SIDA**, patrones de conducta sexual y adictiva de los jóvenes universitarios.

CAPITULO II

AUTOESTIMA

2.1 ANTECEDENTES :

"El sí mismo es el primer criterio de la existencia "

Allport

" La AUTOESTIMA es un juicio de valor personal, basado en la consideración de lo que tengo de mí mismo y de la apreciación que otros tienen de mí, expresado a través de las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo " (definición propuesta para la presente investigación).

Para comprender mejor la definición antes expuesta, es preciso hablar inicialmente de la importancia del sí mismo, y del self. Al primero se le considera como centro fundamental para el desarrollo de la autoestima de acuerdo a varios autores, con respecto al self no se tiene una precisión del término, ya que es parte del individuo mismo, sin embargo se menciona que se desarrolla a partir del mí mismo.

A continuación se presentan las aportaciones de diferentes autores con respecto a los términos antes mencionados con el propósito de esclarecer los principios sobre los cuales abordaremos la autoestima.

William James (1890; cit. en Salazar 1979) es considerado como uno de los primeros psicólogos que estudió al sí mismo, definiéndolo como la suma total de características que todo hombre posee. Se forma con la percepción en torno al mundo, la familia, al lugar que ocupa en la sociedad y a las características emocionales propias. Lo anterior es el resultado de haber diferenciado entre el mí y el yo, el sí mismo como conocido y el sí mismo como conocedor. El Sí mismo empírico lo divide en tres clases:

- El mí material.- consistente en el cuerpo y las ropas que lo cubren, la familia, la casa, objetos y propiedades acumuladas.
- El mí espiritual.- concepto total de los estados de conciencia, las capacidades y disposiciones psíquicas consideradas concretamente.
- El mí social.- es el más importante, ya que es el reconocimiento que el hombre recibe de otras personas.

Por otro lado el concepto de self, ha sido un término usado frecuentemente para referirse a diversos procesos o funciones dadas en el individuo, sin embargo no ha sido posible unificar criterios en cuanto a su definición; ello se debe en gran medida al uso irracional del término como un sinónimo de "ego" o "Yo". Por lo que no se ha podido fijar límites que ayuden a la definición de sí mismo (Allport, 1977)

Chein (1934; cit. en Wells, 1976) ensayó una forma para unificar la teoría del ego y del self. Menciona que el self no es un objeto de conciencia como lo es el cuerpo, mas bien es contenido de la conciencia y no tiene una realidad aparte de ésta. Alrededor del self se encuentra el ego, que es una parte cognitiva motivacional. Los motivos del ego y sus ideas tienen el propósito de defender, extender, engrandecer y preservar el self.

Smonds (1951; cit. en Wells, 1976) definió al ego como un grupo de procesos de percepción, pensamiento y recuerdos como los responsables para desarrollar un plan de acción para alcanzar satisfacción por medio de respuestas y de impulsos internos. Definió al self, como las maneras en que el individuo reacciona. Y consideró que el self esta constituido por cuatro aspectos:

- Como la persona se percibe a sí misma
- Lo que la persona piensa de sí misma
- Cómo se evalúa la persona a sí misma
- Cómo la persona intenta a través de varias acciones realizarse o defenderse de sí misma.

Creía que había una interacción considerable entre el self y el ego, que si los procesos del ego son efectivos en satisfacer tanto las demandas internas, como a la realidad externa la persona tiende a pensar bien de sí mismo, y que si ésta tiene una alta opinión de sí misma, va a ser mas probable que funcione efectivamente.

Taylor (1955; cit. en Wells L. op. cit.) propuso que el self es el resultado de una actividad exploratoria y de la experiencia con el propio cuerpo.

Adler (1957; cit. En Donelson, 1973) considera al self como un mundo interno, formado por sus propias características y su interacción con su medio ambiente.

Morgan (1966; cit. en Donelson op. cit.) menciona que cada sujeto tiene un concepto de sí mismo. Para la mayoría, esto es la esencia real de la personalidad. Se aprende a percibir el propio cuerpo y la conducta en la misma forma que se

aprende a percibir objetos y eventos del mundo. Para él la autopercepción es la percepción del otro.

Coopersmith (1967) define el concepto de self como una abstracción que el individuo desarrolla con respecto a los atributos, capacidades, objetos y actitudes que posee y persigue, teóricamente la persona realiza una abstracción del objeto. Por otra parte considera que los componentes del self, son los mismo que los de las actitudes: primero, un aspecto cognoscitivo que viene a ser el autoconcepto; un aspecto afectivo que se equipara con la autoevaluación y el aspecto conativo que se representa en la conducta que se dirige hacia uno mismo.

Lundholm (1968; cit. en Wells op. cit.) realiza una distinción entre el self objetivo y el self subjetivo. El primero consiste en aquellos símbolos en términos de los cuales otros describen a la persona, mientras que el self subjetivo está constituido por aquellos símbolos en términos de los cuales el individuo está consciente de sí mismo.

Lindzey (1970; cit. en Wells L. op. cit.) sostiene que el término self tiene dos significados: Las actitudes, sentimientos, percepciones y valores, como parte de un self objeto; mientras que pensar, percibir y actuar definen al self como un proceso. El self total experimentado por un individuo, está considerado como self fenomenológico, éste es un self observado, experimentado y juzgado por el propio individuo y del cual está consciente. La suma de toda esta conciencia de percepciones es la imagen del self.

Gergen (1971) por su parte menciona que el self puede ser puesto bajo cualquiera de las tres categorías de experiencia del self : El Yo material, el Yo social o el Yo espiritual. En la primera una persona experimenta como su propia posesión material, no solamente a su cuerpo, sino también a su casa, su familia y los objetos físicos que le rodean. La segunda categoría incluye la conciencia que tiene el individuo de su reputación o de su identidad delante de otros. Y la tercera categoría se refiere a la conciencia del individuo de su propio proceso mental, sus pensamientos y sus sentimientos.

Shibutani T. (1971; cit. en Wells L. op. cit.) propone que toda persona tiene una concepción de sí misma relativamente estable. Cada persona conoce su identidad y la da como algo ya elaborado, por ello no advierte cómo se va estructurando la percepción de sí mismo. Esta concepción de sí mismo de acuerdo a este autor se elabora a partir de las propias concepciones y sensaciones que tiene una persona y aquello que proviene del mundo exterior.

Cooley (Gergen, 1971) desde una perspectiva social, describe el concepto de sí mismo como los sentimientos que mantiene una persona acerca de sí misma,

resultado de su interacción con otras personas, define el concepto del self como " un espejo " o self reflejado, caracterizado por tres elementos principales: el modo de imaginar la apariencia propia para los demás, el modo de imaginar su juicio relativo a aquella apariencia; y una especie de sentimiento propio.

Schutz W. (1971) afirma que mas que los acontecimientos ocurridos en la infancia, los efectos que estos tienen en el niño parecen tener gran importancia en la formación del concepto del sí mismo. Este autor mantiene que tanto los progenitores como los amigos de un niño le colocan una cantidad innumerable de rótulos, muchos de los cuales son tomados como ciertos por el niño y asimilados al concepto que tiene de sí mismo. Una vez que esas descripciones se internalizan bloquean el desarrollo de ese aspecto de la persona. También menciona que los sentimientos de los progenitores hacia el niño se transmiten más por la vía no verbal que por la vía verbal. El adulto le comunica de mil maneras (tensiones musculares, tonos de voz, gestos faciales, etc.) sus sentimientos, contribuyendo así al concepto que él elabora de sí mismo.

Rogers (cit. en Donelson, 1973) desarrolla su teoría de la personalidad a partir del método psicoterapéutico, basándose en el concepto de sí mismo como la construcción explicativa. Para Rogers existen dos construcciones importantes para el desarrollo de la personalidad:

- El organismo y
- El sí mismo, que pueden manifestarse en forma congruente o incongruente.

Además del sí mismo tal como es, existe un sí mismo ideal que representa lo que la persona desearía ser. También es una estructura versátil y cambiante. El grado en que el sí mismo y el sí mismo ideal difieren entre sí es un indicador de incomodidad, desagrado y dificultades neuróticas.

Rogers sostiene que el desarrollo del self, mantiene su origen en la percepción aprobatoria y desaprobatoria que otorgan al individuo los demás, así una persona que se acepta a sí misma aceptará a los demás, explica que el sí mismo es la diferenciación del organismo y es una totalidad definida de acuerdo a los parámetros de ese organismo. La energía que mueve al ser humano es tendencia innata a la socialización y el camino hacia una adecuada adaptación, es la aceptación incondicional de uno mismo, es decir que tenga congruencia su experiencia fenomenológica con la real.

Mead (1974; cit. en Wells L. op. cit.) señala que el sí mismo en el individuo es el producto de una serie de conductas que el medio mantiene hacia él. Esto es, una persona llega a conocer y responder a sí misma como ella ve que los otros le

responden. Es un self formado socialmente y por tanto visto como un producto social.

El sí mismo se va formando a lo largo de la vida del individuo; este constituye un proceso que se inicia desde los primeros años en el infante (Allport, 1977). Durante este proceso se logran siete aspectos de particular relevancia para la constitución del sí mismo:

- 1.- Sentido del sí mismo corporal
- 2.- Sentido de una continua identidad de sí mismo.
- 3.- Estimación del sí mismo, amor propio.
- 4.- Extensión de sí mismo.
- 5.- Imagen del sí mismo
- 6.- El sí mismo como solucionador racional.
- 7.- Esfuerzo orientado.

Así Allport maneja los tres primeros aspectos como la base del desarrollo del sí mismo, posterior a éste; el individuo recibirá múltiples influencias que contribuyen a la maduración del sí mismo; esta maduración se manifiesta a través de la evolución tanto anatómica como fisiológica, sensaciones corporales, memoria y manipulación del ambiente.

En los siguientes tres años el niño confunde con mucha frecuencia la fantasía y la realidad, sin embargo, consigue situarse en el punto de vista de otra persona, lo cual intensifica su sentido del sí mismo corporal, se hace más agudo en este período y se da paso a los dos siguientes aspectos del sí mismo (4 y 5). Hasta este punto la imagen de sí mismo todavía es rudimentaria, el niño mediante la interacción constante con su medio llega a conocer lo que sus padres esperan de él y compara esto con la conducta que en realidad exhibe, ahora el niño puede construir fundamentos de sus intenciones y objetivos. En el siguiente período que abarca de los seis a los doce años, se desarrolla un nuevo aspecto de sí mismo: "El sí mismo como solucionador racional" (6) en el cual el niño empieza a mantener un pensamiento reflexivo y formal, ahora el Yo es pensador.

Por último se da el período de la adolescencia, en éste, el individuo experimenta frecuentemente un estado de confusión en él, la imagen del sí mismo es dependiente en su totalidad de otras personas; aquellos propósitos y objetivos lejanos adquieren una nueva dimensión al sentido del sí mismo, en este último (7) se aprecia un esfuerzo de orientación a un objetivo definido

Gondra (1981) considera que la formación del concepto del sí mismo es una configuración organizada, y contiene todas aquellas percepciones relativas a uno mismo, las relativas a su relación con los demás, los valores y objetivos de la persona.

En un intento de resumir e integrar los conceptos antes expuestos, ha continuación se exponen las siguientes ideas.

Para poder abordar el tema de la autoestima es necesario de acuerdo a varios autores hacerlo a partir del sí mismo, ya que éste es el centro fundamental para el desarrollo de la autoestima.

El sí mismo se forma a lo largo de la vida, según Allport inicia desde el nacimiento y evoluciona hasta la muerte, durante este proceso juegan un papel muy importante, al principio los padres y familiares mas cercanos ya que en el proceso de desarrollo del niño, recibe la información de ellos y de la percepción y exploración que él realiza del medio.

De la calidad de la interacción que se establezca dependerá que se fortalezca o se debilite el sí mismo, en el entendido de que los efectos de dicha interacción son los que impactan al sí mismo, ya que en la mayoría de los casos la información o mensajes que se mandan no son a través de una comunicación verbal sino a través de comunicación no verbal es decir con actitudes, gestos, etc.

A partir de la evolución del sí mismo que es la esencia de la personalidad, surge el self el cual no se advierte como se va estructurando, ya que cada persona conoce o pretende conocer su identidad y la da como algo ya elaborado haciendo difícil la percepción del self, sin embargo ahí está, formando el mundo interno de cada persona en interacción con el medio, y a partir del cuál realiza constantes abstracción del objeto.

Dado que el sí mismo y el self son el producto de la interacción con el medio y de la abstracción que se haga del objeto, son susceptibles de modificación ya que no es algo innato sino el producto de la información recibida a través de diversos canales y por diferentes personas la que conforma dichos constructos.

De acuerdo a lo anterior es factible modificar el sí mismo y por ende el self, lo cual abre una brecha importante en el estudio del individuo, además de permitirnos abordar el tema de la autoestima con la posibilidad de poder incidir en ella para lograr personas con una alta autoestima para beneficio personal y de la sociedad.

2.2 DEFINICIONES Y CONCEPTOS EN TORNO A LA AUTOESTIMA

"Entonces me volví a mí mismo y me pregunté, ¿y tú quién eres?"

Agustín de Tajaste

A lo largo de la historia, la autoestima ha sido objeto de muchas investigaciones desde diversas plataformas, lo que ha provocado que se cuente con una gran diversidad de definiciones, así como el uso a veces poco preciso para diferenciar a la autoestima de otros términos.

Con objeto de clarificar lo que implica para diferentes autores el estudio de la autoestima se presentan a continuación diferentes conceptos y definiciones que permitirán abordar el tema en cuestión con mayor precisión.

Adler (1927, cit. en Gerson, 1998) puntualizó que los sentimientos de inferioridad pueden producir baja autoestima. Señala tres antecedentes que pueden tener influencia en la autoestima:

- Con la aceptación, apoyo y estímulo de los padres, los niños con inferioridad pueden compensar sus debilidades y sin apoyo serán seres amargados.
- Inferioridad orgánica.- serían deficiencias físicas como ceguera, fuerza y tamaño.
- Sobreindulgencia.- los niños demasiado protegidos y mimados, llegan a tener un valor irreal y no pueden establecer relaciones sociales maduras.

La autoestima se desarrolla a través de la interacción social.

Cameron (1963, cit. en Oñate 1989) señala que la autoestima cambia con el desarrollo de la personalidad y con los cambios del individuo (matrimonio, experiencias sexuales, edad senil, etc.)

Coopersmith (1967) la autoestima es la actitud favorable ó desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir un conjunto de cogniciones y sentimientos.

Señala, que la autoestima puede variar dependiendo de la experiencia, del sexo, edad y de otros roles. Afirma que las personas con autoestima alta se aproximan a las tareas y a las personas con la expectativa de que tendrán éxito, confían en

su juicio y percepciones que los llevarán a soluciones favorables, aceptan sus opiniones, confían en sus reacciones y conclusiones, condicionándolo a acciones sociales más asertivas y vigorosas.

En contraposición, las personas con baja autoestima tienen falta de confianza en sí mismas, se abstienen de expresar ideas poco comunes o populares, no llaman la atención de los demás, juegan un papel pasivo en el grupo, presentan una marcada preocupación por sus problemas internos, conduciéndolos a disminuir las posibilidades de establecer relaciones amistosas y de apoyo.

Cohen's (1969, cit. en Wells op. cit.) considera a la autoestima como el resultado de las experiencias individuales, de éxitos y fracasos, en donde las experiencias empiezan a ser comparadas con las aspiraciones individuales. Menciona además que la autoestima va a depender del grado de correspondencia entre el self ideal del individuo y su actual concepto de sí mismo.

Saussure (1971, cit. en Wells op. cit.) sugiere que en esencia, la autoestima se establece comparando su representación con la de un self ideal. Como juicio de valor y también como estado afectivo, la autoestima se encuentra fluctuando constantemente, por lo que su regulación constituye un proceso permanente y activo.

Laing (1973) la autoestima está constituida por el propio valor de lo que tengo de mí mismo y por la perspectiva del valor que otros tienen de mí.

Bischof (1973) el término autoestima se refiere al juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor.

Rosemberg (1973) la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular: el sí mismo. El niño aprende desde edad temprana lo que está bien y lo que está mal, lo que es importante para él y lo que no lo es. A medida que crece se da cuenta que es juzgado según esos criterios, se percata de que si desea la aprobación de su grupo, debe tratar de destacarse en términos de los valores de ese grupo, no de los propios valores.

La autoestima alta refleja el sentimiento de que uno es "suficientemente bueno", mientras que la baja autoestima implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio de sí mismo. La autoestima adecuada implica reconocer que existen en nosotros tanto limitaciones como virtudes, con la capacidad de cambiarlas si fuera necesario.

Hirari (1975, cit. en Wells op. cit.) la autoestima es la autoevaluación del individuo, la cual depende en gran parte de aspectos sociales y culturales, de los

conocimientos y experiencias personales, así como de su relación con otros. Afirma que la autoestima está muy relacionada con la posición del rol y las normas sociales, así como la eficacia con que uno desempeña su rol. El comportamiento de un individuo, refleja su autoestima, estableciéndose una interacción entre la autoestima de la persona y la estimación que le demuestran los demás. Es decir, el concepto de sí mismo surge de la relación del ser humano y su ambiente social.

Wells (1976) define a la autoestima en términos de actitudes reflexivas; es un proceso en el cual la persona percibe características de sí misma y reacciona hacia éstas emocional o conductualmente. Esta concepción maneja la idea de actitud en diferentes sentidos (como cogniciones, sentimientos, creencias, predisposiciones para actuar, etc.)

Lingren (1982) señala que el valor total que atribuimos a nuestro Yo, constituye nuestra autoestima; y al igual que otros aspectos lo aprendemos de los demás y se convierte en un reflejo del modo como los demás nos consideran, del valor que creemos que otros nos dan, estableciendo una interacción entre la autoestima del individuo y la estimación que otros le manifiestan.

Hoorocks (1984 y Rosenberg, 1972 citados en Magaña Compean, 1988) consideran que el origen y desarrollo subsecuente de la autoestima surge en gran medida de la interacción entre la personalidad del individuo y sus experiencias sociales. Los factores sociales determinan los autovalores del individuo y éstos influyen sobre la autoestima. La persona entonces se valora a sí misma tomando como referencia ciertos criterios derivados de las condiciones históricas particulares de la sociedad y el énfasis del grupo en el cual se desenvuelve.

En situaciones sociales el comportamiento de un individuo se correlaciona hasta cierto punto con su nivel de autoestima por lo que Rosemberg sugiere, que lo que hace la persona es imaginar la apariencia que de él reciben los otros y siente orgullo o mortificación sobre la base de esos sentimientos asumidos.

Rodríguez (1985) manifiesta que la autoestima es la base y centro del desarrollo humano, el reconocimiento, concentración y práctica de todo su potencial, así mismo nos dice que cada individuo es la medida de amor hacia sí mismo. Si una persona se conoce a sí misma y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades y si se acepta y respeta tendrá autoestima. Por el contrario si una persona no se conoce, el concepto de sí mismo es pobre, no se acepta ni se respeta, entonces no tendrá autoestima.

Menciona seis pasos para el conocimiento y desarrollo adecuado de la autoestima

1.- Autoconocimiento.- identificar las manifestaciones, necesidades y habilidades del yo, así como los roles que vive el individuo, saber como es, como actúa y que siente. Al conocer todos los elementos del yo, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada, lo contrario le acarreará una personalidad débil, con sentimientos de deficiencia y devaluación de sí mismo. Conocer se refiere a la capacidad de entender, saber e identificar.

2.- Autoconcepto.- Es el conjunto de creencias que se tienen sobre sí mismo y que se manifiestan en la conducta.

3.- Autoevaluación.- Esta refleja la habilidad que tiene el individuo para evaluar las cosas y diferenciar si son buenas para él, si le permiten crecer y aprender, si son interesantes, etc. o por el contrario, si son malas y pudieran dañarlo.

4.- Autoaceptación.- Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo, como la forma de ser y sentir, y ver positivamente la posibilidad de que hay partes que pueden cambiar si fuera necesario.

5.- Autorespeto.- Es cuidar y satisfacer las necesidades y valores de uno mismo. Manejar y manifestar convenientemente sentimientos y emociones sin dañarse o culparse. Es buscar las cosas que permitan al individuo sentirse orgulloso de sí mismo.

6.- Autoestima.- Es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce, se acepta y se respeta, crea una escala de valores y desarrolla sus capacidades, tendrá un nivel adecuado de autoestima.

Dentro de cada individuo hay variaciones con respecto al nivel de autoestima, así como las hay en todos los estados psicológicos. Sin embargo hay un nivel promedio de esta en la persona. Son varios los factores que determinan nuestro nivel de autoestima, desde el medio ambiente hasta nosotros mismos, como agentes causales, competidores activos y creadores de nuestra propia vida. No obstante, el medio familiar tiene mucha importancia en el desarrollo de nuestra autoestima y puede producir un impacto tanto positivo como negativo, ya que así como los padres pueden propiciar la confianza y el amor propio pueden también crear un ambiente en el que el niño se sienta inseguro y lleno de terror.

Elkins, Roger, Maslow y Bettheim (citado en Rodríguez, 1985) la autoestima es la parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud de autorrealización en salud física y mental, productividad y creatividad, es decir es la plena expresión de sí mismo.

Herbert (1985) la autoestima se manifiesta en gran medida a partir de la valoración que obtiene el individuo de su núcleo social, esto conlleva al reconocimiento de cualidades particulares en el sí mismo, es decir cada sociedad provee las bases o estándares contra los cuales nuestros ideales tienden a medirse. Por ello podemos señalar que las experiencias exitosas o fracasos, subyacen tanto a la evaluación que se hace de sí mismo, como la evaluación con respecto a un criterio ó patrón establecido socialmente.

La Rosa (1986) la autoestima alta o baja, tiene que ver con las relaciones humanas que se establecen con la familia, amigos, compañeros, maestros y otras personas con las cuales se interactúa eventual o sistemáticamente; siendo estas relaciones la fuente de la satisfacción ó insatisfacción.

Satir (1991) la autoestima es la capacidad de valorar el yo y tratarnos con dignidad, amor y realidad, "La autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta".

Pone de manifiesto como la familia es el primer factor que determina la conformación de la autoestima del individuo. Factores externos tienden a reforzar los sentimientos de valía o inutilidad que el niño aprendió en el hogar. El pequeño confiado podrá superar muchos fracasos; el niño de baja autoestima podrá experimentar muchos éxitos, pero siempre tendrá duda de su verdadero valor. Los mensajes que envían los progenitores transmiten al niño un mensaje de autoestima, ya sea por medio de ademanes, palabras o expresiones faciales.

Para Virginia Satir, todos tenemos la oportunidad de cambiar nuestra vida, debido a la capacidad que poseemos para aprender cosas nuevas, de nuestra voluntad y compromiso que establezcamos para enfrentar el cambio. Es por eso que un individuo puede elevar su autoestima, sin importar su edad ni su condición. El sentimiento de baja valía es aprendido, con la posibilidad de desaprenderlo e integrar un nuevo conocimiento en su lugar.

Branden (1994) describe a la autoestima como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de ésta y consiste en:

- Confianza en nuestra capacidad de pensar y afrontar los desafíos de la vida.
- Confianza en nuestro derecho de ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

Es decir, la autoestima denota confianza y respeto por uno mismo. También refleja el juicio que cada uno hace acerca de su habilidad para comprender y

superar los problemas así como el derecho que se tiene de ser feliz, esto es respetar y defender intereses y necesidades.

Una vez hecho un pequeño recorrido a lo largo del tiempo, en donde desde diferentes plataformas los autores han abordado el tema en cuestión, podemos concluir que hoy por hoy el tema no ha pasado de moda, que está vigente por que es precisamente a partir de él que podemos explicarnos muchas conductas y comportamientos del individuo en las diferentes etapas del desarrollo.

Por otro lado al analizar las diferentes definiciones podemos darnos cuenta que la mayoría de los autores coinciden en los aspectos fundamentales, permitiendo abordar la autoestima como un constructo, el cuál tiene su origen a partir del sí mismo y de la interacción con el medio ambiente, en donde la familia juega un papel predominante durante los primeros años de vida ya que es en esta etapa en donde se fortalece el sí mismo para llevarlo posteriormente a la formación o consolidación de la autoestima.

Si durante el proceso se da alguna interferencia por mensajes que debiliten la estima de la persona, repercutirá en una baja autoestima y por el contrario cuando una persona a estado expuesta a un ambiente de seguridad, confianza, respeto etc. tendrá un sí mismo fuerte, que le permita posteriormente hacer una evaluación con respecto a si mismo y a lo que los demás ven y piensan de ella, dando como resultado una autoestima alta, la cual sería la base de acciones asertivas pudiendo llegar a lo que algunos autores llaman la autorrealización.

En general encontramos coincidencias en las características de las personas con baja y alta autoestima, a continuación se presentan algunas de ellas.

BAJA AUTOESTIMA	ALTA AUTOESTIMA
- <i>Falta de confianza</i>	- Confianza en sí mismo
- <i>Temor a expresar sus ideas</i>	- Acciones asertivas
- <i>Preocupación por problemas internos</i>	- Confía en soluciones favorables
- <i>Personalidad débil</i>	- Personalidad fuerte y unificada
- <i>No se acepta</i>	- Se siente orgulloso de sí mismo
- <i>Sentimientos de inferioridad</i>	- Expectativas de éxito
- <i>No se respeta</i>	- Autorrealización

La revisión realizada hasta este momento nos permite concluir y proponer la siguiente definición de autoestima.

“La autoestima es un juicio de valor personal, basando en la consideración de lo que tengo de mí mismo y de la apreciación que otros tienen de mí, expresado a través de las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo “

2.3 INVESTIGACIONES.

Del estudio de Musitu (1984) se desprende que las chicas manifiestan menor autoestima que los chicos, resultando éste en consonancia con los trabajos de Bardwick (1971). Sin embargo, Maccoby y Jacklin (1975), tras realizar una revisión sobre el tema, afirmaron que no existían diferencias sexuales en autoestima, aunque era posible que aparecieran algunas discrepancias durante los años escolares. En relación a la edad, encontraron que a medida que ésta aumenta, la autoestima tiende a descender. A mayor edad, menor autoestima en todas las dimensiones consideradas. Por otra parte no encontraron diferencias en las dimensiones de la autoestima - social y autocontrol - lo cual indicaría que al menos en los niveles de edad comprendidos entre los nueve y los doce años las relaciones con los padres y los familiares son bastante similares.

Los estudios reportan que una persona con autoestima alta, mantiene una imagen más o menos constante al respecto de sus capacidades individuales. También se ha encontrado que las personas que mantienen puntajes altos en las escalas de autoestima son más capaces de adoptar un rol activo en grupos sociales y de expresar sus puntos de vista de manera frecuente y eficiente.

La forma en que un individuo se siente con respecto a si mismo tiene mucho que ver con la forma en que se desenvuelve en las actividades que desempeña en la vida diaria, por lo que el desarrollo de una autoestima adecuada le permitirá una buena adaptación en su medio ambiente, así como sentimientos favorables de capacidad, logros y felicidad.

Korman (1978) realizó un estudio donde planteó una correspondencia entre autoestima y los reforzadores como recompensa, para ello menciona como base tres principios sobre la autoestima:

1. La habilidad funciona como predictor de la ejecución.
2. Tanto la habilidad como el esfuerzo se relacionan positivamente con la autoestima.
3. La autoestima funciona como un indicador de las diferencias individuales, que facilita la expresión de la habilidad.

En base a esto el autor concluye que la habilidad será un buen predictor en sujetos con un nivel alto de autoestima mientras el sujeto posea una alta autoestima ejecutará sus tareas con éxito.

Himelweeit (1955, cit. en Cortes y Ortiz 1990) efectuó un estudio comparativo con 600 británicos adolescentes, de los cuales 300 pertenecían a la clase social baja, y 300 a la clase social media, con el fin de evaluar el grado de aceptación y autoestima; en este se encontró que los jóvenes pertenecientes a la clase social media mostraban un nivel mayor de autoaceptación y por lo tanto un nivel más alto de autoestima que aquellos jóvenes pertenecientes a la clase social baja.

Un estudio similar realizado con niños reporta que la autoestima de los niños de la clase social baja fue consistentemente menor que aquellos pertenecientes a la clase social media. (Sewll y Hiller 1956, cit. en Cortes y Ortiz 1990)

Rosemberg (1965) realizó una investigación sobre la autoestima de los adolescentes, en donde encontró que los grupos que él suponía que tendrían bajos niveles de autoestima, no los tenían. Por ejemplo, los estudiantes afroamericanos no presentaban bajos niveles de autoestima a menos que asistieran a escuelas donde la población fuera predominantemente blanca. Aparentemente el grupo de referencia era un factor importante.

Algunos estudios muestran que la autoestima se eleva durante la adolescencia y la adultez temprana (Bachman et al., 1978; Cairns et al., 1990; Mc Carthy y Hoge, 1982; O' Malley y Bachman, 1983 en Chubb et al., 1997)

En un estudio transversal acerca de la autoestima en los adolescentes, Simmons, Rosemberg (1990 en Chubb et al., 1997) hallaron que la autoestima disminuye durante la adolescencia temprana para llegar a su mínimo a los 12 años. De ese punto en adelante, aumenta gradualmente y alcanza su clímax a los 16 años.

Una vez consolidada, la autoestima es resistente a cualquier cambio no relacionado con los procesos normales de desarrollo (Fertman y Chubb, 1992 en Chubb et al., 1997)

La mayor parte de los estudios que han evaluado las diferencias de género en la autoestima, han encontrado que las adolescentes mujeres presentan niveles de autoestima menores que los hombres (Nottelman, 1987; Eccles et al., 1989; Cairns et al., 1990; Labouvie et al., 1990; Wigfield et al., 1991 en Chubb et al., 1997).

Simmons y Rosemberg (1975 en Chubb et al., 1997) encontraron que más mujeres que hombres presentaban bajos niveles de autoestima durante la adolescencia propiamente dicha y la adolescencia tardía, pero que no es así entre los 8 y los 11 años.

Se han realizado numerosas investigaciones en cuanto a la influencia que ejerce la autoestima de una persona en un amplio rango de fenómenos psicológicos y conductuales. Por ejemplo, se ha encontrado que la autoestima afecta en la conformidad o perseverancia, en la atracción interpersonal, en la conducta moral, en las orientaciones educativas y otros aspectos de la personalidad y la salud mental, Rosemberg (1973), Wells y Marwell (1976). En la mayoría de las áreas investigadas, la baja autoestima está asociada con las consecuencias indeseables como bajo rendimiento académico, mayor propensión a conductas delictivas etc.

Existe evidencia suficiente para determinar que una pobre autovaloración está asociada con depresión en niños y adolescentes (Garber y Hilsman, 1992 en Garber et al., 1997)

Los adolescentes aprenden a valorarse a partir de como los otros los perciben a ellos (Cooley, 1902; Mead, 1934 en Garber et al., 1997)

Otra de las investigaciones al respecto encontró que una de las mejores maneras para aprender a saber como se siente uno es mediante las relaciones con otros (Glazer-Malbin, 1981 en Jurich et al., 1996)

Otro de los factores que contribuye al desarrollo de una pobre autovaloración es el rechazo por parte de los padres, la crítica la falta de afecto y la intrusión (Cole, 1990; Garber, 1992; Mc Cranie y Bass, 1984 en Garber et al., 1997). Así el rechazo y la inconsistente demostración de afecto están relacionados con un desarrollo pobre de la autoestima.

Jaenicke et al. (1987 en Garber et al., 1997) encontraron una relación significativa entre la crítica de las madres y la tendencia de sus hijos a hacer atribuciones autoacusatorias ante eventos desagradables.

Radke-Yarrow, Belmont, Nottelman y Bottomly (1990 en Garber et al., 1997) reportaron que comentarios negativos de las madres están relacionadas con un pobre autoconcepto.

En una investigación realizada por Jurich et al (1996) se pretendió aumentar la autoestima de los adolescentes mediante la exhibición de videos comerciales relacionados con la autoestima los cuales observaron junto con sus padres, la discusión en grupo se llevó a cabo junto a adultos significativos. Los adolescentes llenaron una escala de autoconcepto antes y después del programa. Los resultados indican que se obtuvieron mejores resultados en las escalas de autoconcepto que fueron administradas después del programa.

2.4 Consideraciones.

Para abordar la autoestima es necesario hacerlo a partir del sí mismo y del self, el primero se inicia desde los primeros años de vida de una persona y el segundo se va desarrollando a partir del primero.

Algunos autores mencionan que el mí mismo es todo el conocimiento que tiene una persona sobre ella misma y el self implica una interacción con el medio, otros utilizan los términos como sinónimos.

Para que una persona se desarrolle plenamente requiere de la interacción constante y permanente con las personas que le rodean, por lo que la familia en los primeros años de vida es un factor determinante.

La calidad de la interacción determinará el valor que se tenga de sí mismo, constantemente el niño es sometido a información verbal y no verbal, la cual él decodificará fortaleciendo o debilitando su propio concepto.

A partir de este conocimiento del sí mismo se inicia la formación del concepto de autoestima en el cual ya van a intervenir las opiniones y juicios que otros hagan de nosotros mismos.

Con la información anterior se hace un juicio personal de valor en donde se integra lo que nosotros sabíamos de nosotros mismo y el como nos perciben los demás.

Por otro lado la autoestima es un proceso dinámico, esto quiere decir que se modifica de acuerdo a la edad, condición socioeconómica y roles, entre otros.

Este término se ha estudiado para tratar de explicar y modificar aspectos muy diversos del individuo en el campo de la psicología, por lo que encontramos diferentes definiciones de acuerdo a la aproximación del campo de estudio, sin embargo en los aspectos fundamentales existe una consistencia.

La definición propuesta para ésta investigación es la siguiente:

“La autoestima es un juicio de valor personal, basado en la consideración de lo que tengo de mí mismo y de la apreciación que otros tienen de mí, expresado a través de las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo “

Para la presente investigación la autoestima juega un papel muy importante por que como ya se mencionó una persona con autoestima alta se conoce, se

acepta y se respeta y sobre estas bases tendrá actitudes positivas hacia sí misma dando como resultado personas con expectativas de éxito, con una personalidad fuerte e integrada, orgullosos de sí mismo y dispuestos a autorrealizarse por lo que evitarán tener conductas que pongan en riesgo su vida.

En el caso contrario, es decir cuando encontramos personas con baja autoestima, ya sea por causas familiares o sociales es muy probable que estemos frente a personas que carezcan de confianza, no se acepten, con sentimientos de inferioridad, no se respeten y por ende pongan en peligro su vida a través de manifestar conductas de riesgo.

Para finalizar diremos que si la autoestima depende de las relaciones que existen entre la persona y aquellos que desarrollan papeles importantes en su vida, entonces es susceptible de ser modificada por que no es algo que el individuo posea en cantidad determinada.

El reto consiste en buscar los mecanismos adecuados para que sin importar las causas que provocaron una autoestima-baja, ésta se incremente sobre todo en los jóvenes universitarios para evitar las conductas que ponen en riesgo su vida y la de los demás.

CAPITULO III

CONDUCTA SEXUAL Y ADICTIVA

“ La realidad inobjetable que se desprende de la biología básica de la reproducción es que cada uno de nosotros es, por naturaleza, una criatura sexual” D. Coon

3.1 CONDUCTA SEXUAL

Se inicia este capítulo tratando de explicar de manera somera, algunas funciones del sistema endocrino por ser el responsable de la función sexual, como se adquiere el sexo a partir de la concepción así como los aspectos mas relevantes del desarrollo sexual de los púberes. Finalmente se abordará la conducta sexual que hoy en día ejercen los jóvenes universitarios, de acuerdo a investigaciones realizadas .

3.1.1 DESARROLLO SEXUAL

La función sexual se encuentra bajo el control de las glándulas del sistema endocrino. Tales estructuras se llaman glándulas endocrinas ó glándulas de secreción interna. Sus productos conocidos como hormonas, no son secretados sobre la superficie del cuerpo por medio de conductos como la saliva y el sudor, sino que penetran de modo directo a la circulación de la sangre sin la ayuda de conductos ni orificios. Las hormonas son mensajeros químicos que llevan información a órganos específicos, los cuales son sensibles a su acción.

Hay seis glándulas de secreción interna: hipófisis, tiroides, paratiroides, páncreas, suprarrenales y las GÓNADAS .Estas últimas son las que influyen en el desarrollo y en el comportamiento sexual, por la secreción de estrógenos (hormonas femeninas) y andrógenos (hormonas masculinas).

Las gónadas masculinas son los testículos, y las femeninas son los ovarios. Las glándulas suprarrenales, también secretan hormonas sexuales tanto en los hombres como en las mujeres, y durante la pubertad tales secreciones contribuyen al desarrollo de las características sexuales secundarias.

Todos los individuos producen tanto estrógenos como andrógenos, y es la proporción en que se producen estas sustancias lo que actúa como determinante del desarrollo de las diferencias entre los sexos. De hecho el desarrollo de la anatomía masculina o femenina depende en gran medida de la presencia o ausencia (antes del nacimiento) de la testosterona (andrógeno).

Las diferencias físicas fundamentales entre los hombres y las mujeres se han dividido en características sexuales primarias y secundarias.

Las características sexuales primarias se refieren a los órganos sexuales y reproductivos en sí mismos: el pene, los testículos y el escroto en el hombre; y los ovarios, el útero y la vagina, en las mujeres. Las características sexuales secundarias aparecen durante la pubertad en respuesta a las señales hormonales de la glándula pituitaria.

En el caso femenino las características sexuales secundarias se manifiestan en el desarrollo de los senos, el ensanchamiento de las caderas y otros cambios de la forma corporal. Los hombres desarrollan el vello facial y corporal, y su voz se hace más grave. Estos cambios son señal de la capacidad de reproducción. La madurez reproductiva se hace especialmente evidente en la mujer con la menarquia (primera menstruación), momento a partir del cual la mujer adquiere la capacidad de engendrar hijos en un periodo de fertilidad que llega hasta la menopausia (fin de los ciclos menstruales de fertilidad)

3.1.2 DESARROLLO DEL GÉNERO

El proceso de convertirse en hombre o mujer se inicia de una manera muy simple. El sexo genético se determina en el momento de la concepción: con dos cromosomas X se inicia el desarrollo de una mujer, un cromosoma X y un cromosoma Y dan origen a un varón.

El sexo genético permanece igual durante toda la vida de un individuo, pero no es el único determinante del género. También hay que tener en cuenta las influencias hormonales antes del nacimiento.

Durante las seis primeras semanas del desarrollo prenatal no hay diferencias entre un embrión genéticamente masculino y uno genéticamente femenino. Sin embargo al estar presente un cromosoma Y, se desarrollan los testículos. Estos a su vez secretan testosterona, estimulando así el desarrollo del pene y de otras estructuras masculinas. En ausencia de la testosterona, el embrión desarrollará genitales y órganos reproductores femeninos, independientemente del sexo genético. Así, podría decirse que el impulso natural en el desarrollo sexual consiste en formar una hembra (Money, 1980).

Aunque no siempre ocurre así, el desarrollo del embrión generalmente coincide con el sexo genético. Un varón genético puede no desarrollar genitales masculinos si no se produce una cantidad suficiente de testosterona durante el periodo prenatal. Incluso cuando hay niveles adecuados de testosterona, es

posible que se desarrollen estructuras genitales femeninas en un embrión masculino que presente una insensibilidad hereditaria de los andrógenos.

De manera similar, un embrión XX solo se desarrollará como mujer si no se halla expuesto a la influencia prenatal de andrógenos, o cuando los niveles de éstos son muy bajos.

Posteriormente se vera que el comportamiento sexual adulto y los rasgos de personalidad ligados al sexo, también tienen que ver con los papeles sexuales y no solo con los factores cromosómicos, genitales u hormonales.

Para entender el punto anterior, se abordará la importancia que tiene el papel sexual y la socialización que se haga de él. El papel sexual se refiere a los patrones de comportamientos que cabe esperar que un individuo manifieste, los cuales se fomentan teniendo en cuenta el sexo.

El aprendizaje de los papeles sexuales se inicia poco después del nacimiento. Las niñas reciben un trato más suave y son cargadas con mayor delicadeza que los niños. Ambos padres muestran mayor rudeza al jugar con sus hijos que con sus hijas.

Mas adelante los niños pueden tener un espacio más amplio sin permiso especial, y se espera que puedan realizar encargos a una edad mas tierna que las niñas. A estas se les dice que son hermosas y que "las niñas buenas no pelean", en tanto que a los niños se les fomenta que son fuertes y que "los hombres no lloran". Los niños se someten a la presión de controlar sus emociones con más frecuencia que las niñas, y los padres toleran que los niños agredan a otros niños, pero no que lo hagan sus hijas.

3.1.3.DESARROLLO SEXUAL EN LAS PUBERES

La primera evidencia de la pubescencia en una muchacha se constituye a partir del cambio que ocurre en las glándulas mamarias; las pequeñas eminencias cónicas existentes se aumentan de tamaño y los pezones comienzan a proyectarse hacia el exterior. Una muchacha se vuelve mas consciente de sus senos, no solo por los cambios físicos que ocurren en ella, sino por las actitudes hacia el tamaño de los pechos en nuestra cultura.

Conforme continúe el crecimiento en tamaño y sensibilidad del tejido mamario, el contorno del cuerpo femenino se redondea en forma gradual, y la cintura de la pelvis se ensancha. Conforme la estructura pélvica se dilata, se desarrollan almohadillas de grasa sobre las caderas y se engruesa el epitelio vaginal. Aparece un vello suave, casi incoloro, en pubis y axilas. El vello púbico se engruesa, se

ondula y se oscurece. Este vello crece hacia abajo, para formar el triángulo invertido, peculiar de las mujeres.

Dos años después de que los senos empezaron a brotar y cerca de un año después de la aparición del vello púbico (hacia los 13 años de edad) comienza la menstruación. Cuando los ovarios de una muchacha producen los primeros óvulos ya maduros, al rededor de los 14 años de edad, ella ha alcanzado la pubertad.

Existen diferencias en cuanto a la edad de las muchachas para alcanzar la menarquia, debido a las diferencias individuales. Sin embargo cada vez inicia su menstruación a más temprana edad en términos generales.

Los cambios en los órganos sexuales femeninos continúan de la pubescencia a la adolescencia. El grueso vello púbico continúa diseminándose. El monte del pubis se vuelve predominante, los labios mayores se desarrollan y se hacen mas carnosos y esconden el resto de la vulva, la cual es de modo habitual visible durante la niñez y los labios internos también se desarrollan y crecen.

El clítoris desarrolla de manera rápida su externo sistema de vasos sanguíneos durante esa época de la vida. La vagina adquiere un color rojo oscuro y su epitelio se engruesa y así hasta la menopausia o última menstruación, etapa en la que se vuelve de nuevo mas delgada, como en la infancia. Las secreciones vaginales se vuelven más ácidas en esta etapa.

El útero comienza a crecer con rapidez duplicando su tamaño alrededor de los 18 años (aunque los úteros del 60 % de las muchachas de 15 años de edad ya han llegado a su tamaño adulto).

Cuando una niña tiene alrededor de 10 años de edad sus ovarios empiezan a secretar hormonas sexuales femeninas (estrógenos en particular), y el crecimiento ovárico es rápido. En el momento de la menarquia, los ovarios tienen la tercera parte del tamaño adulto, alcanzan su máximo tamaño y peso cuando la mujer llega a los 19 o 20 años de edad.

3.1.4 DESARROLLO SEXUAL EN LOS PÚBERES

La curva de crecimiento púbico de un muchacho dura de cuatro a siete años y es paralela a la curva del sexo femenino, pero como ya se hizo notar, hay un rezago de un año con respecto a las muchachas. El progreso para llegar a la pubertad y atravesarla, varia de manera considerable de un muchacho a otro.

Los muchachos de hoy en día están considerablemente mejor desarrollados en el aspecto físico que antes. A la edad de 11 años un muchacho muestra escasos signos de alteración puberal. Esta puede florecer en un periodo de "adiposidad", el cual es a menudo un antecedente de la pubescencia masculina. Las erecciones peniles ocurren espontáneamente en esta edad, pero debidas a fuentes diferentes de estímulo, de las cuales no todas son sexuales. Alrededor de la edad de 11 años el pene y el escroto comienzan a mostrar aumento de tamaño, lo que constituye una de las indicaciones más notorias de que el muchacho ya está cerca de la pubertad. Puede haber erecciones con más frecuencia, pero todavía son espontáneas, si bien el muchacho pudiese saber algo acerca de la eyaculación, todavía tiene que esperar para experimentarla.

El vello púbico aparece de manera común a la edad de 13 o 14 años, posterior al brote del desarrollo de órganos sexuales en un año aproximadamente, aunque a veces se vuelve discernible como a los 12 años.

Para el muchacho promedio de 13 o 14 años de edad ya es posible que exista eyaculación. Comienza la secreción de esperma, proceso paralelo a la ovulación de una muchacha, aunque ni los espermatozoides ni los óvulos son todavía maduros de modo necesario.

El crecimiento del pelo axilar y facial sigue al desarrollo del vello púbico. Las emisiones nocturnas (sueños húmedos) son ya posibles, si no se utiliza otro desahogo sexual.

Entre los 14 y los 15 años se producen cambios en la voz debido al efecto de la testosterona sobre la laringe, de tal manera que la voz del hombre maduro es alrededor de una octava más baja que la de la mujer madura. La edad promedio en la cual la voz de los muchachos cambia ha descendido con el correr de los años.

El impulso sexual parece alcanzar su nivel máximo en los hombres alrededor de los dieciocho años de edad, parece relacionarse con los niveles de andrógenos del cuerpo.

3.1.5 CONDUCTA SEXUAL EN EL JOVEN UNIVERSITARIO

El hombre desde que nace hasta que muere se encuentra en un proceso evolutivo constante en relación a la sexualidad. Esto quiere decir, que cada individuo va viviendo y forjando su historia personal que constituye un marco de referencia de conceptos y manifestaciones propias de su sexualidad (Hernández y Ramírez, 1996).

Dentro de la evolución sexual del adolescente se encuentran primeramente los contactos superficiales de tipo exploratorio y preparatorio como por ejemplo, las caricias y la masturbación que posteriormente se tornan más profundas e íntimas; las caricias llenan el inicio de la vida sexual del adolescente y la masturbación que no es un fenómeno de tipo sexual aislado, sino que como toda la sexualidad humana, está relacionado con la conducta total, es la resultante de una serie de dinamismos propios de su psicología (Aberastury, 1977).

Respecto a las caricias en esta edad, se inician con el contacto físico entre varones o entre mujeres con la intención de lograr la excitación erótica sin realizar el coito, algunos autores le llaman "Petting" al tocamiento sexual de la cintura para abajo, y "Necking" a las demás caricias sexuales (Masters y Jonhson, 1978). El significado primario de éstas es su papel de iniciar los encuentros sexuales, para la mayoría de las personas proporciona el puente para el coito, aunque esto no siempre es así. La ventaja de estos contactos es que los adolescentes aprenden mucho sobre su cuerpo, sobre la respuesta sexual del otro y sobre todo el intercambio afectivo que implican las primeras interacciones físicas (Aguila, 1980).

Según los estudios de Kinsey, a los 15 años el 39% de las chicas y el 57% de los chicos han pasado ya por la experiencia del "Petting" y a los 18 años, el 80% en ambos sexos. Solamente el 21 % de los chicos y el 15% de las chicas se acarician hasta el orgasmo antes de los 19 años. Tanto el "Necking" como el "Petting" deben contemplarse a la luz de los cambios de actitud que hoy se observan en la conducta sexual del adolescente, además de que practican un buen número de actividades sexuales a más temprana edad que en generaciones anteriores (Chilman, 1979; Hass, 1979, cit. en Papalia 1988).

Sorenson (1973), constató que el 22% de los jóvenes de su muestra no había tenido experiencias sexuales mas allá de los besos, y que el 17% había experimentado el "Petting", aunque no había llegado al coito.

En un estudio generacional realizado por Vargas e Izazola (citado en Memorias del Congreso CONASIDA, 1993) señalaron que los adolescentes nacidos en los 40's iniciaron sus primeras caricias sênsuales o eróticas sin penetración a los 16 años y los de la generación de los 70's a la edad de los 14 años.

Lo que nos lleva a suponer que en la actualidad las edades de inicio de las primeras experiencias sexuales ha seguido disminuyendo.

La masturbación es una conducta frecuente en la vida, los varones la han practicado por lo menos una vez en un 98%, las mujeres en un 70%. El varón la practica a más temprana edad que la mujer (Katchadurian, 1979). Por medio de esta se conocen los genitales y como responden. Es una conducta rodeada de

mitos y con grandes cargas emocionales pues no conduce a la reproducción, lo que la ha hecho reprobable. (Instituto Nacional de Salud Mental, 1992).

La conducta de la masturbación cumple en los adolescentes varias funciones como son: el alivio de la tensión sexual, una forma inocua de experiencia sexual, el incremento de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión (Sorenson, 1973; Clifford, 1978; Barbach, 1980; Kolodny, 1980, cit. en Hernández y Ramírez 1996).

Sorenson encontró que el 39% de las jóvenes adolescentes y el 58% de los muchachos de su muestra, antes de llegar a los 16 años ya se habían masturbado.

A pesar de que estas conductas sexuales (las caricias y la masturbación) son naturales y necesarias, la ansiedad y los sentimientos de culpa continúan causando estragos entre los adolescentes. Al respecto Sorenson, Abramson, (1979) y Hass (1979), han encontrado que el 55% de las chicas y el 45% de los varones manifiestan sentir con frecuencia sentimientos negativos hacia su conducta sexual (citado en Papalia, 1988).

Aunque la sociedad reprime la satisfacción sexual en el adolescente, es en este período cuando se da la primera experiencia coital, la cual está proliferando entre las parejas de adolescentes en busca de amor, compañía, afectividad: en ocasiones lo usan para reafirmar su identidad pues hay falta de seguridad. Esta conducta puede constituir un episodio, de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario originar inquietud, desengaño y culpa en el individuo. También puede tener como desventaja el aumento de hijos ilegítimos, abortos, matrimonios forzados que terminan en divorcios, enfermedades de transmisión sexual y en los casos más dramáticos adquirir el VIH que los llevará a encontrar la muerte.

Según los datos que proporciona Papalia, en los últimos 30 años ha ido disminuyendo la edad del primer coito, sobre todo en el caso de las jóvenes adolescentes. En 1953 Kinsey y cols. se dieron cuenta de que el 1% de las chicas de 13 años y el 3% de las de 15 años no eran vírgenes; y que a los 20 años el porcentaje se había elevado al 20%.

Dos décadas después, Sorenson verificó que casi la tercera parte de las chicas entre los 13 y los 15 años y el 57% entre los 16 y los 19 años de edad no eran vírgenes.

Zelnik y Kantner (1980) observaron que entre 1971 y 1979 el número de adolescentes solteras que habían tenido su primera experiencia coital se incrementó casi un 33%.

Los datos relativos a la edad del primer coito del varón adolescente presenta menos diferencias, Kinsey y cols., estimaron que el 15% de los muchachos de 13 años y el 39% de los de 15 años ya habían realizado el coito, y a la edad de 20 años el porcentaje se elevaba al 73%.

Sorenson estimó que el 44% de los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 15 años y el 72% que tenían entre 16 y 19 años poseían experiencia coital.

Según Zelnik y Kantner el 56% de los varones solteros de 17 años ya habían realizado el coito, y el porcentaje aumentaba al 78% al llegar a los 20 años.

En una encuesta realizada en México en hogares del Distrito Federal, se encontró que el 16% de las adolescentes entre 12 y 19 años de edad han tenido su debut sexual; el 45% de las adolescentes entre los 16 y 17 años de edad salían con un muchacho y el 23.06% de estos habían tenido relaciones sexuales (Pick de Weiss, Díaz-Loving, Andrade Palos y Atkin, 1988).

En un estudio realizado en la UNAM se encontró respecto a la edad del debut sexual que un 75% del total de la muestra se inició entre los 10 y los 19 años, correspondiendo el mayor porcentaje al grupo de edad de los 17 a los 19 años (43%). Los hombres se inician a más temprana edad (de los 10 a los 16 años) y en edades superiores (20 a 29 años) la proporción de sexos se invierte, es decir, más mujeres se inician en este grupo de edad con respecto a los hombres (Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1990).

Posteriormente en un estudio realizado en adolescentes de preparatoria oficial de la Ciudad de México se encontró que casi la mitad de los adolescentes ya han tenido relaciones sexuales, siendo en su mayoría ocasionales (Alfaro, Rivera y Díaz-Loving, 1992).

Finalmente Izazola (1993) encontró en cuanto al inicio de la vida sexual activa en una muestra de adolescentes entre los 15 y los 22 años, que el 57% ya había iniciado su vida sexual; Soto (1993) detectó que el 45% había tenido relaciones sexuales y el 45% no. La edad promedio de la primera relación sexual fue de 17 años, con un rango entre los 10 y los 29 años (citado en Memorias del Congreso CONASIDA, 1993).

En cuanto a las primeras experiencias de sexo oral, se detectó que en los años 40's y 50's las edades fueron alrededor de 22 y 21 años, y que para las décadas de los 60's y 70's entre los 19 y los 17 años (citado en Memorias del Congreso CONASIDA, 1993).

Antes de concluir se puede apreciar en los datos antes señalados que la mayoría de los investigadores reportan la edad del debut sexual dentro de la etapa de la adolescencia, siendo cada vez el inicio a mas temprana edad.

Si consideramos la investigación realizada en la Universidad Nacional Autónoma de México por Villagran, et.al. (1990), se observa que el 75% de la muestra inició su vida sexual entre los 10 y los 19 años de edad en 1990, lo cual quiere decir que seguramente en 1998 están iniciando su debut sexual a edad más temprana de acuerdo a como se han comportado los datos en otras investigaciones.

Lo anterior permite proponer que dado que los jóvenes universitarios se encuentran en ese rango de edad, es necesario y apremiante iniciar campañas a partir de la secundaria que les permita modificar conductas a través de información clara, oportuna y veráz.

3.2 CONDUCTAS ADICTIVAS

Las adicciones en México, así como en otros países son un problema muy grave en la salud pública, por los daños sociales y personales que estos causan. En esta sección se abordará el tema desde el punto de vista del consumo del alcohol y el uso de drogas como factor desencadenante de conductas de riesgo.

El inicio del consumo del alcohol, así como de otras sustancias tóxicas se inicia en la adolescencia en el mayor número de personas, posiblemente por las características propias de esta etapa por lo que se iniciará este apartado abordando las características principales de los adolescentes y posteriormente se hablará sobre las adicciones lo cual permitirá entender la conducta del joven universitario en relación a las adicciones.

3.2.1 DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Durante mucho tiempo, el proceso de crecimiento y desarrollo ha sido objeto de numerosas discusiones. Es a partir de los comienzos del siglo XX que se ha dedicado especial atención al periodo evolutivo comúnmente llamado adolescencia (Muss, 1989).

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del adjetivo: a, hacia la condición y proceso de crecimiento, que implica un periodo de crisis vital; de Kisis, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, a partir del cual se logrará la identidad personal (CONAPO, 1994)

La adolescencia para algunos autores es una época de metamorfosis física y emocional durante la cual los cambios físicos y psíquicos conllevan inquietudes, dudas y conflictos.

Es un periodo de transición, constructivo y necesario para el desarrollo del yo. Es una despedida de las dependencias infantiles y un precoz esfuerzo para alcanzar un estado adulto.

Josselyn (1973) afirma que si la adolescencia se define como la etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta, se está separando al crecimiento por etapas y, en ese sentido, la adolescencia no comienza cuando termina la niñez y se completa al terminar la edad adulta, sino que, "...la adolescencia abarca un vasto periodo de acelerado crecimiento físico y psicológico "

El periodo de la adolescencia ha sido estudiado, definido e interpretado desde muy distintos puntos de vista, contemplando el fenómeno global en función de su

estructura, y en términos de la conducta bajo condiciones culturales y tiempos históricos que están en constante cambio (Harrocks, 1984). Es posible que con excepción del nacimiento no haya otro período en la vida humana en la que se produzca una transición de tanta importancia.

De este modo se ha conceptualizado la adolescencia como una época de búsqueda; " una búsqueda hacia adentro, para descubrir lo que es; lo que es una exploración hacia afuera, para hallar su lugar en la vida; el ansia de encontrar un TU en el que pueda satisfacer el afán de intimidad y completamiento. Es una época de turbulento despertar al amor y a la belleza pero ensombrecida por días de soledad y desesperación. Son años en que la mente divaga libre de ataduras por los reinos de la fantasía en busca de visiones idealistas para caer a veces en la decepción y el descontento del mundo y de sí mismo. El adolescente vive con vibrante sensibilidad, que le conduce al éxtasis o al abismo " (Lidz, 1985).

Este periodo se considera una etapa crítica del desarrollo en donde básicamente se presenta una ruptura del equilibrio alcanzado por el niño en su ambiente familiar y social, el cual se recupera relativamente al quedar inmerso en su medio sociocultural, lo que logrará que adquiera una identidad pero ya como persona adulta (Hetherington, 1972).

Es muy difícil delimitar el final de la adolescencia, por lo que se consideran varios puntos de vista o patrones determinados para lograrlo. Para algunas sociedades termina en la pubertad; intelectualmente la madurez se logra cuando la persona es capaz de pensar a nivel abstracto. Sociológicamente se llega a la edad adulta cuando un individuo se sostiene a sí mismo, ha elegido una carrera, se ha casado o ha constituido una familia. Desde el punto de vista legal la edad adulta llega cuando se puede votar (a los 18 años). Ahora bien la edad adulta psicológica se alcanza cuando se descubre la propia identidad, se adquiere independencia de los padres, desarrollo de un sistema de valores y capacidad para establecer relaciones maduras de amistad y amor, aunque algunas personas nunca salen de la adolescencia, independientemente de la edad cronológica que tengan. (Papalia, 1988).

Para Blos (1962), no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino etapas evolutivas, y cada una es indispensable para la madurez de la siguiente. De acuerdo a la clasificación de Blos, sería forzar las edades de cada etapa pero podría considerarse entre los 7 y 9 años la etapa de la latencia; de 9 a 11 años la preadolescencia, de 12 a 15 años adolescencia temprana, de 16 a 18 años adolescencia; de 19 a 21 años adolescencia tardía y de 21 a 24 años posadolescencia.

Para fines de la presente investigación se tomaran en cuenta las características de la adolescencia tardía y posadolescencia, que es donde se ubican los jóvenes universitarios.

Estas etapas se van a caracterizar por que el joven se vuelve estricto en su arreglo personal, es menos exhibicionista, se ajusta a los cambios físicos que está experimentando y recupera agilidad, se reduce su estado deprimido. En su relación con los padres puede coincidir con ellos pues ya no tiene la necesidad de llevarles la contra en todo, hay mayor control de sus impulsos, califican a sus padres y exigen razones por todo. Sigue habiendo relación con los adultos buscando consolidar su identidad. Son mas independientes, se vuelven menos vulnerables a la crítica lo cual refuerza su autonomía. En cuanto a su relación con el grupo de amigos, prefieren el grupo mixto y empiezan a acceder a vinculaciones románticas, empiezan a practicar el rol sexual ante personas de otro género, viven con placer las relaciones interpersonales y hay aceptación del propio cuerpo (Aguila, 1980)

Respecto a sus emociones, en esta etapa ya no hay tanto narcisismo, sino "complementación" de sí mismo, es decir, prefieren la compañía del sexo opuesto; se enamoran de figuras idealizadas con quien no puede haber involucración emocional, lo cual les garantiza tranquilidad, no implica compromiso ni responsabilidad social. Se enamoran de figuras cercanas y alcanzables pero aún hay temor e inseguridad y se protegen con el grupo el cual pone límite sexual, es decir, regula hasta donde se puede llegar, pues por sí solo aún no hay control. Respecto a su conducta sexual, hay masturbación con fantasías de prostitución y/o violación que solo significan un deseo encubierto de tener relaciones sexuales. (Hernández, Ramírez, 1996)

Esta situación provoca que los adolescentes en lo general, y los jóvenes universitarios en lo particular, busquen aparentes soluciones a través del consumo del alcohol, de drogas o revelándose contra la ética sexual, subordinación del sexo con metas competitivas, que como consecuencia genera un desajuste mental o emocional.

El joven universitario al encarar las dificultades antes mencionadas, tiene que optar por la abstinencia, masturbación o relaciones sexuales. La realidad marca que la mayoría de los jóvenes eligen la tercera opción, que son las relaciones sexuales, lo cual implica un problema por la poca información que posee al respecto dado lo delicado que es hablar de algo tan íntimo como lo es la sexualidad. Si además incorporamos que el inicio del consumo de drogas (legales o ilegales) se registra durante la etapa de la adolescencia, entonces los patrones de conducta sexual y adictiva se relacionan en tanto que al consumir alcohol o cualquier tipo de droga, hay alteración en los estados de la conciencia que

favorece que los jóvenes universitarios asuman actitudes irresponsables en su conducta sexual – social poniendo en peligro su vida y la de los demás.

3.2.2 ANTECEDENTES DE LAS ADICCIONES

La curiosidad caracteriza al ser humano y en particular al adolescente, quien tratando de explorar el medio que lo rodea y de indagar el porqué de lo que en él sucede, lo lleva a probar vegetales, minerales, esencias entre otras muchas cosas que les permita investigar acerca de sí mismos, experimentando sensaciones o alteraciones que pueden ser satisfactorias o no.

En México están identificadas las sustancias adictivas y las conductas de adicción desde la época prehispánica, las cuales han sido reguladas en cuanto a su cultura que es quien marca los grados de permisividad social.

ALCOHOLISMO

Haciendo un rápido recorrido por el México Prehispánico encontramos que la bebida fermentada por excelencia era el pulque.

El pulque así como los alucinógenos tenían un uso ceremonial reglamentado y otro asociado con ciertas celebraciones. En el caso del pulque iba desde dar de beber a los prisioneros, víctimas del sacrificio gladiatorio en la fiesta de Huitzilopochtli, hasta la borrachera general que incluía a los niños provocando diferentes efectos de embriaguez, por ejemplo los que se encierran en sí mismos sin molestar a los demás, los que se duermen en cuanto se emborrachan, los que se entristecen y empiezan a llorar, los que se consuelan cantando, los que asumen conductas agresivas, los que toman conductas prepotentes etc. manifestaciones que las podemos identificar hoy en día cuando los jóvenes se embriagan ya sea con pulque o cualquier otra bebida que provoque el efecto mencionado.

Sin embargo no hay que olvidar los criterios que regían el consumo del pulque en las sociedades nahuas prehispánicas, ya que era una práctica ritual, sólo se podía beber en las fiestas en las cuales era permitido hacerlo, sólo podían beber los viejos, aquellos que ya tenían su alma lo suficientemente endurecida para que los espíritus moradores del pulque no pudieran hacerles daño ni obligarlos a realizar actos ilícitos o de mal ejemplo.

Al margen de lo anterior quedaba la parte prohibida de la embriaguez.

El que bebía era severamente castigado, existiendo un riguroso código de control social de acuerdo con el cual cuanto más noble e ilustre era el bebedor, tanto mayor sería su castigo. Si eran plebeyos y era la primera vez, se les tranquilizaba o se les daba de palos, pero la reincidencia significaba la pena de muerte.

En el México Colonial el control del pulque y su sentido religioso desaparece para dar lugar a un discurso social de naturaleza diferente en donde se incluye el vino en los oficios religiosos, y se manifiesta que este podía ser bebido con moderación de manera consuetudinaria, sin discriminación de edad. (Corcuera, 1991)

Los efectos que tuvo la "liberación" del pulque, provocaron que cualquiera podía tomar pulque en el momento que lo deseara llegando a ser el límite de consumo la embriaguez.

En el siglo XVI, el pulque se convierte en bebida discriminada, socialmente rechazada y considerada propia de la plebe. En este siglo se añaden otros productos alcohólicos. Todos ellos tienen como característica que son productos de destilación, lo que los diferencia radicalmente del pulque y otros productos fermentados prehispánicos.

Con el cultivo de la caña de azúcar se tiene disponibilidad de aguardiente de caña en el mercado, aficionándose a su consumo gran parte de la población, posteriormente se tiene la producción de mezcal y tequila, es decir destilados de agaves.

En la actualidad contamos con una gran variedad de bebidas alcohólicas que permiten satisfacer los paladares más exigentes y de acuerdo a las posibilidades económicas de la población, sin olvidar que la moda puede hacer resurgir el consumo de alguna bebida en particular.

MARIGUANA O BANGUE

El consumo del bangué de acuerdo a Cristóbal de Acosta era bastante común entre los europeos, su uso era asociado para olvidar sus trabajos, dormir sin pensamientos "deleitar durmiendo con variedad de sueños e ilusiones", estar borrachos y graciosos, como afrodisíaco.

"Quizá por no ser medicinas propias sino exóticas se les atribuían en Europa efectos desagradables como que atacaba el estómago, empeoraba la sangre, y por su ardor perjudicaba el cerebro llenando la cabeza con molestos y dolorosos vapores" (Rabelais, 1973 cit en Tapia 1994).

La cannabis llegó a nuestro país en una época difícil de precisar, sin embargo ésta representa parte de la flora mexicana a lo largo de toda la costa del Golfo de México.

En la misma época en que George Washington se entretenía en cultivar y mejorar sus variedades de cannabis, en México el padre Antonio Alzate se horrorizaba de sus efectos alucinatorios (Alzate, 1782 cit. Tapia op. cit.), el buen cura ya señalaba los riesgos del acostumbramiento inherente al consumo de la planta.

Posteriormente el consumo de marihuana se limitó a los cuarteles y a ciertos pequeños grupos de adictos que la consumían al parejo de otros muchos drogas, formándose un pequeño y definido grupo de consumidores que por años estuvo cerca de las áreas de producción y alejados de lucrar con esa planta.

Es a mediados del siglo XX cuando fumar marihuana paulatinamente se convierte en un hábito expandido entre la juventud estudiantil y los medios artísticos, ajustándose a un modelo de consumo de origen estadounidense cuyo común denominador era protestar contra una sociedad exageradamente restrictiva y anclada en los valores de los adultos sin olvidar los cambios en la sexualidad.

La marihuana a sido objeto de consumo y venta en donde para unos la curiosidad y el espíritu de aventura los lleva a consumirla originando conductas de riesgo y para otros es o representa la posibilidad de comerciar con la planta, envenenando a jóvenes, creándoles el hábito con la esperanza de encontrar solución a sus "problemas" o para incrementar el placer en las relaciones sexuales.

OPIO

El opio era conocido desde la antigüedad y constituyente esencial de recetas médicas, por lo que se puede afirmar que su origen fue médico.

Lo que llamó la atención fue lo exótico de su procedencia y lo misterioso de su intoxicación, se le atribuyen efectos analgésicos y narcóticos.

El opio se vendía en las tiendas para quitar el cansancio, para alegrarse y no sentir pena ni en el cuerpo ni el espíritu.

García de Orta hizo observaciones en relación con la habituación al opio y la necesidad de emplear dosis cada vez mayores, y hacía hincapié en que era indispensable que quien acostumbrara tomarlo lo hiciera, aún en poca cantidad de lo contrario correría peligro de muerte. (Monardes 1574, cit. en Tapia op. cit.)

Por esas épocas no faltó quien pusiera su atención en el hecho de que bebiendo vino, el opiómano no padecería los problemas de la supresión y por supuesto tampoco moriría.

En México alrededor del año 1580, ya existían problemas de adicción al opio, pero nada corrobora que el problema hubiera alcanzado proporciones mayores, y lo más probable es que quedara limitado al pequeño grupo de opiómanos convertidos en tales a partir de las prescripciones médicas.

Durante el siglo XIX sigue apareciendo el opio en la literatura médica mexicana, más en función de sus efectos médicos, que para señalar los problemas inherentes a las adicciones que pudiera provocar.

En 1836 se hacían diferencias entre el opio mexicano y el proveniente de oriente, en 1901 se discute la posibilidad de desintoxicar al opiómano.

No se sabe a ciencia cierta donde o como se inicia la costumbre de fumar opio, posiblemente fuera propiciado por como se consumía el tabaco pero no se tiene la certeza de como llegó a México, posiblemente por la entrada de inmigrantes chinos al país a través de las Costas del Océano Pacífico, especialmente la de Sonora y Sinaloa y del sur de Oaxaca y Chiapas.

MORFINA

En 1803 Fredericus Wilhelmus logró aislar de la amapola un principio activo, la morfina la cual era capaz de provocar sueño, pero a diferencia del opio los sueños con morfina eran incoloros.

Para 1827 la morfina era elaborada en grandes cantidades por E. Merck, las guerras y la necesidad de atender a los heridos favorecieron el empleo analgésico de la morfina la cual primero se administró por vía oral reduciendo sus efectos y posteriormente con la ayuda de jeringas se dieron cuenta que se potencializaba su efecto.

Lewin (1970, en Tapia op. cit.) en Alemania impugnaba las adicciones que cada día se generalizaban más, según su estadística de los 160 morfínómanos, 56 eran médicos y 16 esposas de los médicos, quienes cayeron en la tentación de usarla por vía intravenosa afirmando que era 4 veces más potente.

En México desde 1876 se mencionaban las terapéuticas experimentales a base de morfina y pronto se planteó la problemática de la adicción y su tratamiento con cafeína.

El hospital de toxicómanos se enfocó a atender pacientes con adicciones a la morfina, fumadores de mariguana, sumada al empleo de otras sustancias adictivas, entre ellas inhalantes.

COCA

Nicolás Monardes médico sevillano, autor de la "Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en medicina" (obra más famosa publicada en el siglo acerca de las plantas medicinales del Nuevo Mundo).

En 1574 Monardes definía 2 usos de la coca: el primero para quitar el hambre y la sed y el segundo para "ponerse muy contento cuando se estaba en casa".

En 1860 Albert Niemann, investigador del Instituto Wöhler de Gatinga, Alemania logra aislar los alcaloides y los médicos empiezan a prescribir la cocaína para aliviar problemas de la garganta entre los cantantes ya que la consideraban un excelente tensor de las cuerdas vocales (Tapia, op. cit.). Se utiliza como anestésico local, convirtiendo a varios científicos en presa de esta droga.

En la actualidad es necesario investigar a los grupos sociales que se han convertido en población de riesgo para la adicción de la cocaína, es necesario dejar de señalar la incidencia de este problema entre miembros de clases socioeconómicas altas y con disponibilidad de recursos para adquirirlas. Se requiere buscar propuestas que reduzcan el consumo de las drogas.

INHALANTES

Los diferentes inhalantes comparten las características de las sustancias antes mencionadas, pero además presenta mayor riesgo de daño cerebral.

Su historia es sórdida en el anonimato.

El éter y el cloroformo se reduce aparentemente a acciones médicas, el thinner y más tarde los cementos y las resinas, hacen su aparición de manera velada en el presente siglo iniciándose el consumo por los años 20's, para recrudecerse por situaciones sociales de marginación y falta de oportunidades para la vida. Es la miseria humana llevada a su máxima expresión.

PSICOTROPICOS SAGRADOS EN LA CULTURA MEXICANA PREHISPANICA

En la sociedad prehispánica aparecen representaciones de diversas plantas alucinógenas en diversos murales como en Teotihuacan o en Tulum, Quintana Roo, sin embargo no se puede afirmar que existieran adictos a ellas.

El peyote fue la primera planta en adquirir representatividad, siendo Louis Lewin (autor de la más amplia y completa obra acerca de las drogas psicotrópicas "Phantastica", 1970) quien lo estudió en su laboratorio de Berlín obteniendo cuatro alcaloides, de los cuales solo a la mezcalina le atribuyó los efectos psicotrópicos que advirtió a través de la observación.

Lewin habla de los efectos farmacológicos, señalando como actuaba sobre la percepción produciendo lo que él llamó "fantasmas sensoriales" y de provocar un vuelco de la actividad mental y de la conciencia en particular. Comprendió que quien es objeto de la intoxicación sin perder su subjetividad, se siente transportado a otra dimensión de la sensibilidad y de la inteligencia.

Beringer, amigo personal de Lewin llevó a cabo numerosos ensayos con peyote y mezcalina, encontrando sumamente extraño que en los "viajes" con mezcalina, las cosas banales eran las que adquirían verdadera significación.

Posteriormente se siente "absorbido por las visiones, las meditaciones, las sensaciones visuales y auditivas hasta que la tensión crecía dolorosamente"

La percepción de lo inquietante es característica de la intoxicación del peyote y fuente de una angustia esencial que acorrala a quien lo experimenta (Junger 1967, cit. en Tapia op. cit.)

L.S.D.

Una de las drogas psicodélicas más potentes conocidas en los 60's que alteran sustancialmente las funciones psíquicas.

Las características farmacológicas de la acción del LSD sobre la mente fueron descubiertas en 1943 por Allbert Hoffmann figura conocida dentro del campo de la psicofarmacología, al ingerir en forma accidental una pequeña dosis. Poco después la tomo deliberadamente y dejó anotaciones de esta primera experiencia.

HONGOS

Los teonanácatl o hongos divinos, surgieron a la luz desde las profundidades de las cañadas de la sierra mazateca, y de hecho desde los tiempos prehispánicos.

A partir de la conquista española, los hongos sagrados al igual que muchas plantas desaparecieron y fueron confinadas a grupos de devotos.

De ese ocultamiento de siglos los hongos habrían de surgir en 1955 con Richard Gordon Wasson quién en un viaje a Huautla de Jiménez es guiado por los cantos chamánicos de María Sabina, junto con su fotógrafo Allan Richardson.

Se apoderaron de ellos visiones, primero de patrones geométricos angulares y ricamente coloreados, después estructuras arquitectónicas. "las paredes de la choza se diluyeron y su alma pudo flotar allí a donde Dios está" refieren haber entrado al mundo de los olores.

Wasson aumentó el repertorio de las visiones y se convierte en uno de los principales promotores de la función creadora que el hongo puede ejercer sobre la mente humana después de estas experiencias.

USO, ABUSO Y DEPENDENCIA.

Como punto de partida debe tomarse en cuenta que las adicciones pueden estudiarse como trastornos en sí mismos o como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud en este caso nos interesa abordarlo como factor de riesgo.

La distinción entre uso y abuso de las diferentes sustancias depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación.

En el caso del alcohol el uso no está sancionado legalmente, y aún más, la sociedad le atribuye características positivas en su supuesta función de integración social, por ejemplo la embriaguez episódica entre la población masculina es una práctica aceptada socialmente, sin embargo esta forma de beber conlleva a un número importante de diversas consecuencias (Medina Mora y Cols. 1986, citado en Tapia op. cit.)

El consumo moderado puede definirse como el que generalmente no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad. Definir que cantidad de alcohol no causa problemas es complicado por las diversas formas en que afecta a las personas.

Plantear criterios diferentes por sexo obedece al hecho de que la mujer se intoxica más rápido que el hombre con dosis semejantes de alcohol, aún tomando en cuenta peso y talla. Esto se debe, en parte a la diferencia en la actividad de enzimas contenidas en el tejido del estómago que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo; esta enzima es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer. Además, la mujer tiene más proporción de grasa que de agua en el organismo, y debido a que el alcohol es más soluble en la última que en la primera, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino.

En el caso de las drogas ilegales es común argumentar que cualquier uso es abuso de la sustancia. Algunos instrumentos de medición especifican que el abuso de drogas puede empezar a considerarse si el individuo ha consumido la sustancia en más de cinco ocasiones, de esta manera se separa a los usuarios experimentales de los posibles habituales (Robins y Cols. 1981, cit. en Tapia op. cit.)

Por lo tanto las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se miden por medio de indicadores (consumo per cápita, patrones de consumo y problemas asociados).

Con respecto a los efectos producidos por el consumo y el grado de intoxicación de drogas legales e ilegales encontramos que varían desde un leve estado de euforia hasta el estupor. El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, sin importar el grado de intoxicación, pudiendo llegar a causar estados de coma y hasta la muerte. Sin embargo, las personas que no tienen dependencia hacia alguna sustancia tóxica, que únicamente las consumen de manera esporádica también se exponen a una serie de consecuencias como resultado de la emisión de conductas de riesgo, basta con ver las cifras de accidentes automovilísticos ocasionados por consumo de alcohol en donde los implicados no eran dependientes, sino bebedores sociales, es decir eventualmente consumen bebidas embriagantes y este hecho conlleva a tener una baja percepción de riesgo poniendo en peligro su vida y la de los demás.

3.2.3 PREVALENCIA DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO

Para los fines de esta investigación es relevante conocer el tipo de drogas legales e ilegales que el joven universitario consume, así como la frecuencia aunque no llegue a una dependencia. (bebedores sociales o quienes han consumido alguna vez en su vida alguna droga)

El objetivo es identificar patrones de conductas adictivas, ya que éstas al producir alteraciones en la consciencia del individuo que la consume provoca que se tenga una baja o nula percepción de riesgo.

Dentro de las drogas lícitas se encuentra el tabaco y el alcohol, a las cuales los jóvenes tienen acceso fácilmente por encontrarse a su alcance económico y por que la familia y la sociedad en muchas ocasiones lo ven como una forma de socialización y de status.

Aquí se presentará únicamente lo relacionado al consumo de alcohol, ya que si es cierto que el tabaco ocasiona daños a la salud no conlleva a las conductas de riesgo asociadas a patrones de conducta sexual, por lo que no se consideró necesario presentar datos vinculados a tabaquismo.

El alcoholismo en nuestro país como en muchos otros, es uno de los principales problemas, siendo responsable de un gran número de accidentes y muertes sin necesidad de que los jóvenes sean dependientes al alcohol, el consumo ocasional en estos casos no reduce los riesgos y si se vincula con algunas conductas por lo que es una variable importante a considerar.

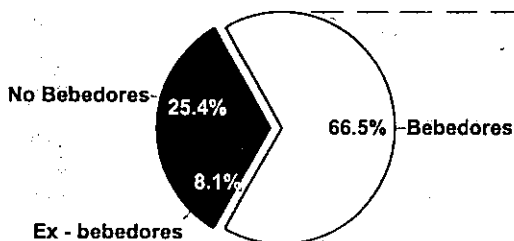
De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (1993), se considera como *bebedores* a los individuos que han consumido alcohol en los últimos 2 años, con independencia de cantidad y frecuencia, y se consideran *no bebedores* a las personas que reportan no haber consumido alcohol en los 2 últimos años. Se presenta una clasificación de bebedores consuetudinarios, frecuentes y moderados, de alto y bajo nivel, sin embargo se consideró que para los fines de la presente investigación solo se reportaran los datos de bebedores, no bebedores y ex bebedores atendiendo a la definición y justificación antes proporcionada.

Según los datos proporcionados en la encuesta, encontramos que las dos terceras partes de la población a nivel nacional (66.5%) se clasifican como bebedores, lo cual permite estimar que existen poco mas de 28 millones de individuos catalogados como tales. El 25.4% reportó no ser bebedor y el 8.1% se manifestaron como ex-bebedor (Ver Gráfica 6a).

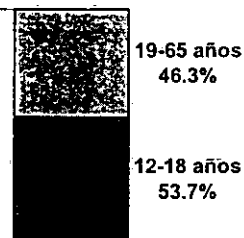
De ellos, 53.7% están entre los 12 y los 18 años. Con respecto al género, el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres (Ver Gráfica 6b).

Prevalencia de bebedores, no bebedores y ex-bebedores (12 a 65 años)

Gráfica 6a



Gráfica 6b



Gráfica 6

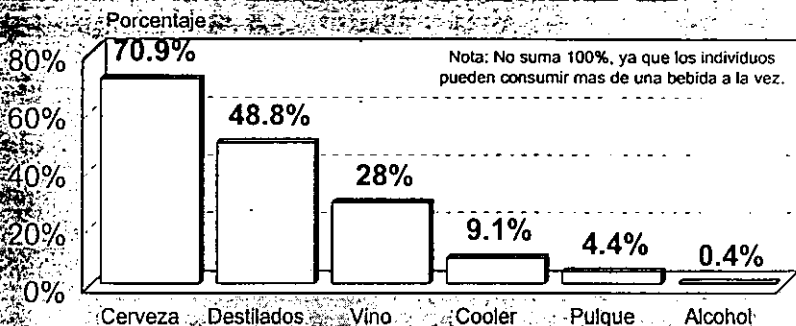
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1993

Es de tomarse en cuenta que en el grupo de bebedores se ubica mas de la mitad de los adolescentes (53.7%). Es decir, poco mas de 5 millones de jóvenes a nivel nacional ingirieron bebidas alcohólicas durante los dos últimos años, un 43.3% nunca consumió alcohol y alrededor del 3% se clasificó como ex-bebedor.

Con respecto a la escolaridad (a nivel nacional) se reporta que aumenta la proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar; mas de las tres cuartas partes de los que alcanzaron nivel de licenciatura son bebedores (82.1%) lo que indica una vez mas que la muestra de jóvenes universitarios es una de las mas vulnerables.

En relación al tipo de bebida se encontró que la cerveza es la de mayor consumo a nivel nacional (70.9%) alrededor de la mitad de la población bebedora consume destilados (48.8%) y poco mas de una cuarta parte (28%) vino de mesa. Los coolers (vino afrutado) se consumen por un 10%; el 5% toma pulque y en cantidades menores al 1% (0.4%) alcohol de 96° (Ver Gráfica 7).

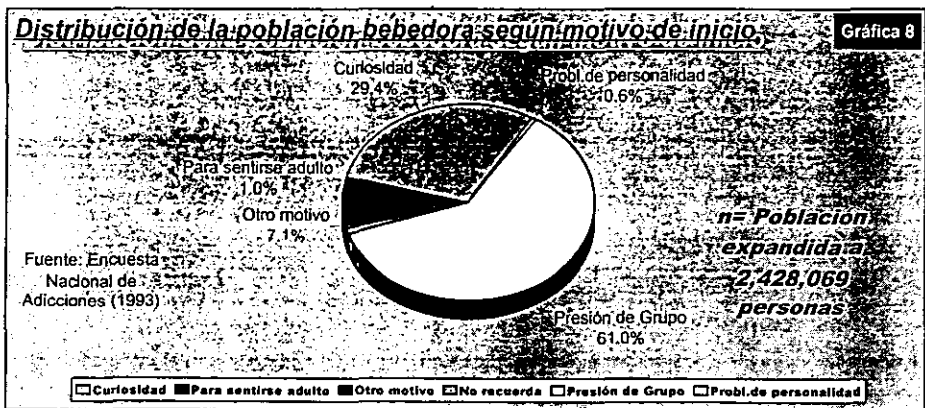
Distribución del consumo por tipo de bebida



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1993

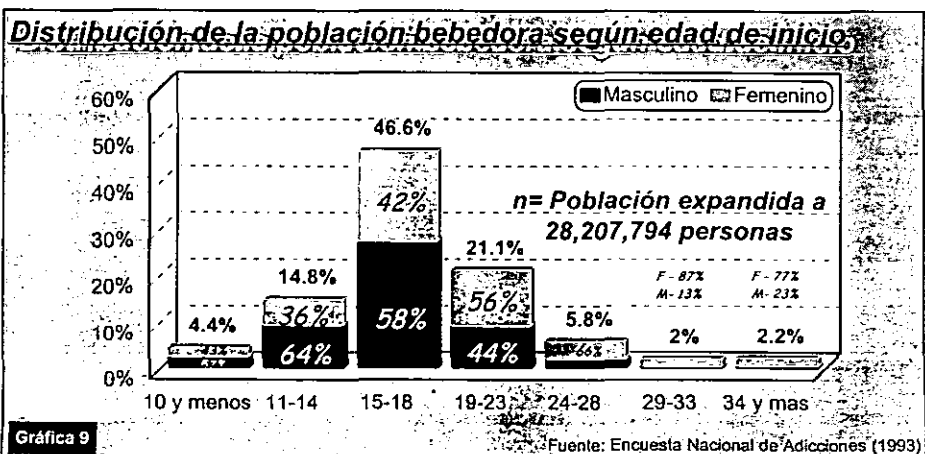
Gráfica 7

La mayor parte de la población (casi la totalidad 92.8%) reportó haber iniciado su consumo por presión del grupo y por curiosidad (69.6% y 23.2% respectivamente). Esto coincide, especialmente en lo que a la presión grupal se refiere, con la normalización social de la ingestión alcohólica. Desde la "probadita infantil", inducida en el ámbito familiar, hasta la copa para brindar. El contexto social propicia el inicio de la alcoholización como algo deseable, legítimo y como parte de rituales difíciles de eludir (Ver Gráfica 8).



En cuanto a las edades de inicio se observa que cada día inician tanto hombres como mujeres a mas temprana edad. Sin embargo los hombres en el rango de 11 a 14 y de 15 a 18 años son los que ocupan el 9.5% y 27.4% respectivamente, mientras que las mujeres en el mismo rango de edad representan el 5.3% y 19.2%.

Por último vale la pena señalar que en el rango de edad de 19 a 23 años se inicia un 21.1% de mujeres, es decir el hombre inicia a mas corta edad que la mujer (Ver Gráfica 9).



Con respecto a las drogas ilegales o sustancias psicoactivas en la ENA, se definen como aquellas que modifican la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental, entre las que se encuentran:

- Marihuana
- Cocaína y derivados
- Heroína y Opio
- Inhalables
- Alucinógenos.

(La ENA no menciona en esta clasificación a la morfina, posiblemente por considerarla como un derivado de la heroína)

Marihuana: Alucinógeno leve; en dosis bajas induce sentimientos de relajación y desinhibición emocional, así como distorsiones perceptuales y sensoriales e inhabilidad cognitiva y motora.

Cocaína: Estimulante potente del sistema nervioso central, que produce aumento en el estado de alerta, sentimientos intensos de euforia, inhibición del apetito y de la necesidad de dormir.

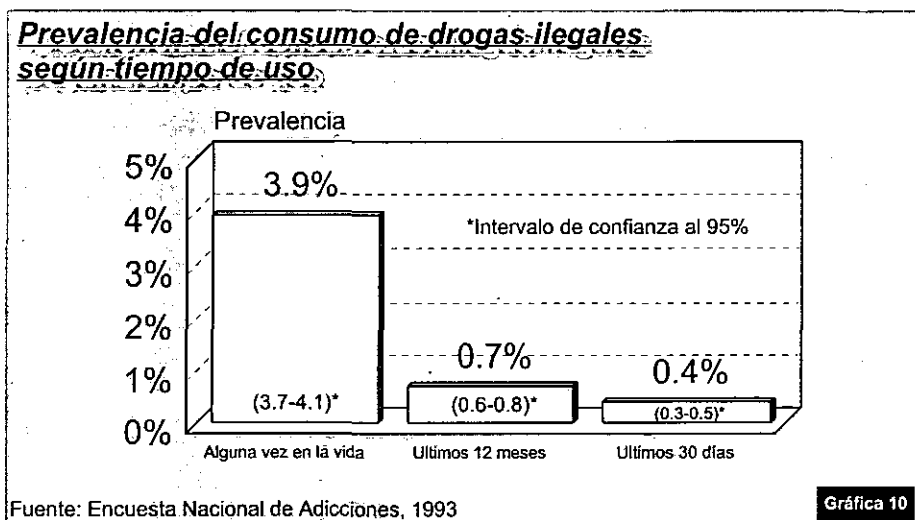
Heroína: Potente analgésico narcótico, semisintético, derivado de la morfina; tiene efectos eufóricos y analgésicos muy potentes, y un potencial adictivo mas alto que cualquier otro analgésico narcótico.

Inhalables o solventes: Hidrocarburos solventes volátiles que se obtienen del petróleo y del gas natural. Tienen efectos psicotrópicos similares a los de otras sustancias sedantes e hipnóticas, generalmente producen distorsiones sensoriales y perceptuales temporales que pueden provocar daños permanentes (su venta en algunos casos no esta restringida lo cual facilita su consumo).

Alucinógenos: Sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a las psicosis, con desorganización de la personalidad. Pueden provocar alucinaciones, es decir, falsas impresiones sensoriales.

Para medir la prevalencia del consumo y el tiempo de uso de las drogas se utilizaron tres categorías: alguna vez en la vida, si había consumido algún tipo de droga en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días. Para los fines se tomará en cuenta los tres rangos, poniendo mayor atención en el rango "alguna vez en la vida" no solo por que representa el mayor porcentaje sino que bastará el que consuma algún tipo de droga para que se incremente la posibilidad de manifestar conductas de riesgo.

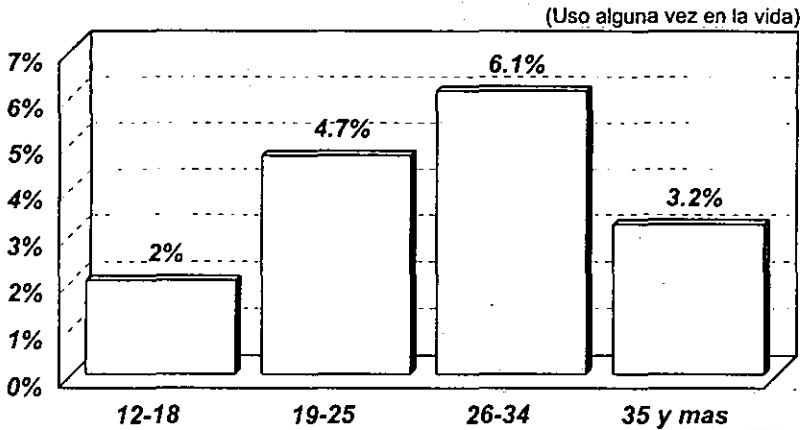
El consumo de drogas "alguna vez en la vida" se estimó en 3.9%, los otros rangos aunque son menores al 1% si se expande la muestra, el 0.7% representaría a 318,913 individuos, por lo que no se puede subestimar el porcentaje señalado (Ver Gráfica 10).



La distribución por edad muestra una proporción mas elevada para el grupo de 26 a 34 años (6.1%), seguido por el de 19 a 25 (4.7%) y el de 35 años y mas (3.2%). Al considerar el comportamiento de los adolescentes se estima que un 2% ha consumido alguna vez en su vida algún tipo de droga ilegal.

De acuerdo a la distribución de los usuarios según edad y sexo, se muestra que 12 de cada 100 son adolescentes; de ellos la mayor proporción son varones (10.9%) y solo el 1.5% son mujeres. Mas de la mitad se encuentran entre los 19 y 34 años, predominando significativamente los hombres. En general la proporción es de 8 hombres por una mujer (Ver Gráfica.11).

Distribución del consumo de drogas ilegales por edad



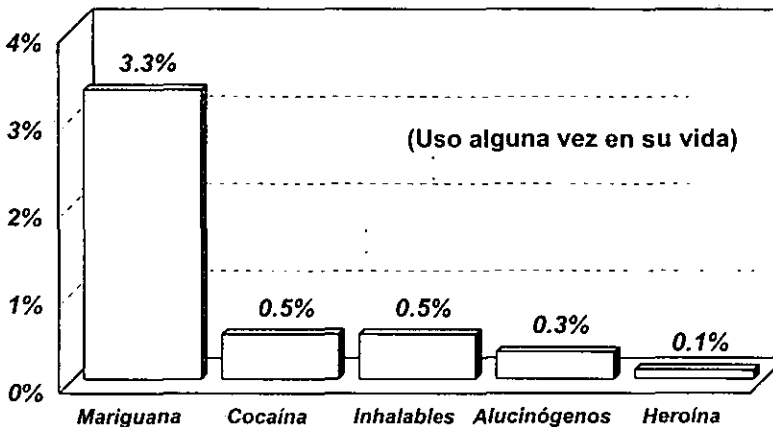
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (1993)

Gráfica 11

El consumo de marihuana "alguna vez en la vida" es de 3.3%, se estima que casi la mitad de los usuarios comenzaron entre los 15 y los 18 años. Una cuarta parte inició entre los 19 y los 23. Sin embargo es importante señalar que el 17%, señaló haber iniciado el consumo de la marihuana antes de los 15 años.

Aquí se señala en especial la marihuana no solo por el mayor porcentaje y edad de inicio, sino por que ha sido identificada como una de las drogas de inicio, en vías del consumo de otras sustancias psicoactivas, principalmente opiáceos o estimulantes como la cocaína (Ver Gráfica 12).

Distribución de usuarios de drogas ilegales en México



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (1993)

Gráfica 12

Los datos presentados en esta sección hablan por sí mismos en cuanto a la necesidad urgente de atender a la población, sobre todo a los adolescentes en relación a programas que informen, orienten y modifiquen sus conductas de tal forma que reduzcan los peligros a los que se enfrentan por un sin número de variables.

CAPITULO IV

AUTOESTIMA, CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA Y PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL Y ADICTIVA EN JOVENES UNIVERSITARIOS

En la actualidad no hay persona que no haya escuchado hablar acerca del SIDA, posiblemente por el número de personas que se infecta diariamente en el mundo, (cinco personas cada minuto) la ubica como la pandemia del siglo.

Esta situación favoreció el que la Secretaría de Salud a través de CONASIDA y de otras instancias regularan y normaran los criterios para reducir con éxito el contagio por transfusiones sanguíneas, una de las formas de transmisión del VIH.

Otras formas de transmisión son la perinatal y la sexual, la primera tiene que ver con las otras formas de contagio de alguna manera ya que los bebés nacen con el VIH debido a que sus madres son portadoras ó bien se encuentran enfermas por una transfusión ó por relaciones sexuales. Cualquiera que fuera la causa, habría que evitar que se adquiriera y posteriormente en los casos de personas que vivan con el virus evitar que lo transmitan a sus parejas ó a sus hijos.

La transmisión por vía sexual es la que más preocupa ya que es donde se reporta el mayor número de personas infectadas, considerándola una de las principales causas del contagio de la población motivo de este estudio ya que se trata de jóvenes con vida sexual activa y posiblemente con múltiples parejas sexuales.

En esta investigación se aborda la autoestima para identificar si existe relación entre los conocimientos que posee el joven universitario acerca del SIDA y sus patrones de conducta sexual y adictiva.

La AUTOESTIMA para el presente trabajo se define como:

⇒ *“Un juicio de valor personal, basado en la consideración de lo que tengo de mí mismo y de la apreciación que otros tienen de mí, expresado a través de las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo”*

La autoestima se adquiere desde los primeros años de vida a partir de la interacción con la familia y posteriormente con los amigos y personas con las que se relaciona a lo largo de su vida, sin embargo ésta no permanece constante debido posiblemente a las características propias de esta etapa evolutiva en que se encuentra el adolescente y a factores externos los cuales pueden apoyar o no el fortalecimiento de la misma.

De acuerdo a Blos, la media de los jóvenes universitarios se ubicaría dentro de la adolescencia tardía, por lo que es necesario contextualizar esta investigación

considerando las características propias de la etapa evolutiva ya que ésta ha sido definida por varios autores como crítica.

La adolescencia se caracteriza por una metamorfosis física y emocional, por "una búsqueda hacia adentro en donde hay un violento y turbulento despertar al amor y a la belleza, pero ensombrecida por días de soledad y desesperación".

El adolescente en esa necesidad de encontrarse y de autoafirmarse es susceptible a las presiones de grupo y a la curiosidad principalmente, lo cual provoca que en muchas ocasiones realice acciones que pueden representar algún riesgo para él o para las personas que lo rodean.

En relación a los conocimientos sobre SIDA que tiene el joven universitario se puede presumir que posee cierta información, debido a las campañas que inició CONASIDA desde el año de 1987 y al nivel académico en que se encuentra.

En la actualidad estamos expuestos a recibir información muy variada, desde la que amenaza y atemoriza hasta la que invita a disfrutar de la sexualidad de una manera mas segura.

Llevo a pensar que dados los alcances que ha tenido esta enfermedad, las diversas campañas publicitarias y el nivel académico de la muestra, sabrían que es una enfermedad mortal que no tiene cura, que no existe vacuna y que no respeta posición social. Al contar con esta información, se esperaría que los jóvenes no tuvieran conductas de riesgo y sin embargo parece ser que no responden de esa manera de acuerdo a las estadísticas.

Por lo tanto, como ya se dijo anteriormente la información es necesaria pero no suficiente para reducir los índices de personas con VIH, esto no quiere decir que se descuide el renglón de la información, al contrario se esperaría que cada día las campañas publicitarias estuvieran mejor diseñadas, que respondieran realmente a las necesidades de la población a la que se dirige, con contenidos claros que informen pero que no atemoricen.

Así mismo los padres de familia y las escuelas deberían apoyar brindando información a los jóvenes ya que es parte de la formación integral de una persona. De que sirve el que se preocupen únicamente de la calidad y de la excelencia académica si cada día los universitarios atentan contra su vida y la de otras personas. En este sentido es muy limitada la participación de ambos grupos, posiblemente por el temor de que si se ventilan temas relacionados con la sexualidad podría parecer una invitación a que se iniciara una vida sexual a mas corta edad.

Lo expuesto hasta el momento llevó a la necesidad de incorporar los patrones sexuales de los jóvenes, en donde una vez mas las características propias de la adolescencia permiten entender y dar explicación a las conductas de

reconocimiento de su propio cuerpo, a los "tocamientos" con la pareja y finalmente dada la necesidad de afecto muchas veces llegan a una relación sexual cuando todavía no han alcanzado la madurez necesaria en otros aspectos además del biológico como el psicológico, social y económico entre otros para establecer este tipo de relaciones.

La comunicación y la información es básica, sin embargo se dificulta posiblemente por que el hablar de la sexualidad siendo algo tan íntimo y tan personal limita a las partes involucradas.

Finalmente otro aspecto que se consideró importante y muy relacionado con los aspectos ya mencionados son los patrones de conducta adictiva, ya que algunos de ellos se inician en la etapa de la adolescencia.

Actualmente nos encontramos ante una gran variedad de drogas legales e ilegales, esta variedad permite que la capacidad económica no sea una limitante, cualquier persona que desee consumir algo puede hacerlo ya que los precios se ajustan a los diferentes presupuestos.

El mayor problema que se presenta en las drogas legales (alcohol y tabaco) es la familiaridad y lo cotidiano de su consumo, esto lleva a una tolerancia en las primeras etapas y se sanciona cuando existe un abuso o dependencia, pero de alguna manera la sociedad induce al consumo de dichas drogas a través de las campañas intermitentes de compañías tabacaleras y de bebidas alcohólicas.

El alcohol es una de las principales causas de accidentes de tránsito, de riñas, de problemas familiares etc. en virtud de las alteraciones que sufre el organismo, en este caso se ha hecho la precisión de que no nos referimos a una dependencia, el hecho de consumir eventualmente alguna bebida alcohólica lo ubica en la posibilidad de que bajo el efecto de la bebida cometa actos irresponsables que lo pongan en riesgo de diversas formas ó bien lo lleven a la muerte por adquirir alguna Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Una vez mas coincide el inicio del consumo del alcohol en la edad de la adolescencia las mujeres inician unos años mas tarde y a veces pareciera que quieren competir con el varón tomando las mismas cantidades, desconociendo que el efecto es diferente por características propias.

El tabaco en esta investigación no se reporta debido al objetivo de la misma sin embargo es importante precisar que en muchas ocasiones va asociado el alcohol al tabaco y esto ocasiona problemas a la salud

Con respecto a las drogas ilegales el consumo altera a la persona en distintas formas y grados dependiendo de la droga que consuma crea dependencia y los lleva a cometer en algunos casos conductas de alto riesgo para ellos y para los que los rodean.

El consumo inicia en la adolescencia con marihuana e inhalantes en la mayoría de los casos, posteriormente dependiendo de las posibilidades económicas y de las preferencias. En general podríamos decir que al consumir cualquier droga se alteran los estados de conciencia del individuo, llevándolo a cometer conductas de riesgo, por ejemplo existe la idea de que si fuman marihuana y tienen relaciones sexuales estas serán mas placenteras.

De lo expuesto anteriormente podríamos concluir que los conocimientos que posee el joven universitario acerca del SIDA no son suficientes para evitar el riesgo, que la autoestima no permanece constante a lo largo de la vida del individuo se fortalece o se debilita por múltiples factores. Uno de ellos puede ser el paso por la etapa evolutiva llamada "adolescencia", en esta etapa se inician algunas conductas de riesgo, como los patrones de conducta sexual y adictiva los cuales posiblemente guardan alguna relación con los jóvenes universitarios que presenten una autoestima alta o baja.

CAPITULO V

METODOLOGÍA

5.1 OBJETIVO GENERAL.

- Cuál es la relación de la autoestima, en los conocimientos sobre SIDA, patrones de conducta sexual y adictiva de los jóvenes universitarios.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir el nivel de autoestima que presenta el grupo de la muestra
- Identificar los conocimientos sobre SIDA en un grupo de universitarios.
- Conocer los patrones de conducta sexual de los jóvenes universitarios motivo del presente estudio.
- Identificar la conducta adictiva de la misma muestra.
- Relacionar la autoestima de los jóvenes universitarios de acuerdo a los conocimientos sobre SIDA, patrones de conducta sexual y adictiva.

5.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

- Como se relaciona la autoestima alta y baja con los conocimientos sobre SIDA, patrones de conducta sexual y adictiva en los jóvenes universitarios.

5.4 HIPOTESIS.

1. Hipótesis alterna

⇒ *Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus conocimientos sobre el SIDA.*

⇒ *Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus patrones de conducta sexual.*

⇒ *Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus conductas adictivas.*

2. Hipótesis nula.

- ⇒ No existirán diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus conocimientos sobre el SIDA.
- ⇒ No existirán diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus patrones de conducta sexual.
- ⇒ No existirán diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus conductas adictivas.

5.5 VARIABLES.

- ⇒ Variable Dependiente: **Conocimientos.**
 Patrones de conducta sexual
 Patrones de conducta adictiva.
- ⇒ Variable Independiente: **Autoestima**

5.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.

Conocimientos: "Dicho de lo que se sabe con seguridad, que corresponde notoriamente con la realidad. También se dice del proceso de percepción y de pensamiento que nos da el conocimiento de las cosas" Werner Traxel (1976) Diccionario de Psicología, Barcelona, Herder

Esta variable se medirá a partir de las respuestas que den al cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, adaptado en México por Díaz-Loving y cols. (1991).

Patrones de conducta sexual: Se refiere a la expresión de la sexualidad entre los individuos, independientemente de su género (masculino o femenino), tiene una gran variedad de formas, desde aspectos de socialización y comunicación, hasta aspectos que implican contacto físico (CONASIDA,1991)

Patrones de conducta sexual: Esta variable será medida a partir de las respuestas que los jóvenes den al cuestionario de la Organización Mundial de la Salud , adaptado en México por Díaz-Loving y cols. (1991).

Patrones de conducta adictiva: Uso compulsivo del alcohol o de una droga narcótica. Por extensión del significado, puede decirse que una persona es "adicta" a fumar, comer o cualquier otro tipo de conducta autogratificante, cuando estas acciones se tornan excesivas y persistentes (Diccionario de Psiquiatría Brussel y Cantzlaar 1972 México, Continental, S.A).

Patrones de conducta adictiva: Esta variable será medida a partir de las respuestas que den los universitarios al cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, adaptado en México por Díaz-Loving y Cols. (1991).

Autoestima: "Entendida como el juicio personal de valor que se expresa en las actitudes, tanto positivas como negativas que tiene un individuo hacia un objeto particular: el si mismo" (Coopersmith, 1967 y Rosemberg, 1973) .

Esta variable para los fines de la presente investigación se medirá a partir de las respuestas que den los sujetos al instrumento de De la Rosa (1994).

5.7 TIPO DE ESTUDIO.

- Se trata de un estudio de campo, debido a que se realiza en el ámbito natural de los sujetos, es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el investigador no tiene control directo sobre las variables independientes por que ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables; es de tipo exploratorio ya que es la primera aproximación que se realiza a este grupo.

5.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Es un diseño cuasi-experimental , de dos grupos independientes con una sola medición, multifactorial.

5.9 MÉTODO.

- Población.- La aplicación de la presente investigación se llevó a cabo en una Institución privada de Educación Superior y de inspiración cristiana.
- Dicha Institución cuenta con un total de 570 alumnos distribuidos en ocho licenciaturas: Administración 84 alumnos, Contaduría 56, Derecho 174, Diseño Gráfico 45, Informática Administrativa 21, Mercadotecnia Internacional 134, Psicología Industrial 34 y Relaciones Industriales 22 alumnos.

-
- Muestra.- *Se trata de una muestra intencional, compuesta por 435 alumnos de los cuales 60 estudiantes pertenecen a la carrera de Administración, 43 a Contaduría, 115 a Derecho, 38 a Diseño Gráfico, 20 a Informática Administrativa, 117 a Mercadotecnia Internacional, 24 a Psicología Industrial y 18 estudiantes que pertenecen a la carrera de Relaciones Industriales.*
 - Escenario.- Los salones de clase de las respectivas escuelas.
 - Instrumentos:

Uno de los instrumentos utilizados en el presente estudio corresponde al cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), adaptado en México por Díaz-Loving y Cols. (1991) el cual mide patrones de conducta sexual, actitudes, conocimientos y creencias sobre el SIDA. Se trata de un cuestionario (anexo 1) autoadministrable que consta de 116 reactivos, con un tiempo aproximado de respuesta de 25 minutos.

El instrumento fue piloteado en 399 estudiantes, con características similares a las de la muestra.

A partir de esta aplicación se agregan tres preguntas a la sección de datos generales, quedando 116 preguntas. se diseñó hoja de respuestas precodificada que integra también al instrumento que se utilizó para evaluar autoestima.

Con respecto al instrumento utilizado sobre autoestima (anexo 2) de De la Rosa (1994), consta de 37 preguntas con un tiempo aproximado de respuesta de 10 minutos.

Este instrumento también fue piloteado junto con el anterior.

- Descripción de los instrumentos

a) Autoestima.

El cuestionario consta de 37 reactivos al cual se le realizó un análisis factorial con rotación varimax, que permitió obtener 4 factores, y donde se eligieron los reactivos con pesos igual o mayor a 0.38; y se sometió cada uno de los factores a un análisis de consistencia interna (Alfa de Cronbach), en donde los resultados reflejaron una consistencia interna de .85. El factor familiar tuvo un alfa de 0.75, el factor de autorrechazo presentó un alfa de 0.59, el factor negatividad presentó un alfa de 0.69 y el factor aceptación de sí mismo obtuvo un alfa de 0.66 (De la Rosa, 1994).

Entendiendo cada factor de la siguiente manera:

1. Factor familiar.- Se refiere a la relación que el adolescente guarda con la familia.
2. Factor negatividad.- Evalúa desfavorablemente al individuo.
3. Factor autorrechazo.- Evalúa la no aceptación de si mismo.
4. Factor aceptación de si mismo.- Se define como la evaluación positiva de la autoestima.

b) Patrones de conducta sexual, actitudes, conocimientos y creencias sobre SIDA

El instrumento es autoadministrable consta de 116 preguntas, con un tiempo aproximado de respuesta de 25 minutos.

Dicho instrumento fue aplicado a 12 jueces, a quienes se les solicitó que identificaran las preguntas del cuestionario en las siguientes categorías:

- Conocimientos sobre el SIDA
- Creencias sobre el SIDA
- Actitudes sobre el SIDA
- Patrones de conducta sexual
- Patrones de conducta adictiva

A partir del análisis de dicha información, las secciones que se utilizarán para esta investigación son las que a continuación se mencionan.

1. Datos Generales
2. Conocimientos sobre SIDA
3. Patrones de conducta Sexual
4. Patrones de conducta adictiva

Datos Generales.- Esta sección estaba conformada por los primeros 20 reactivos: cinco incluidos en la ficha de identificación para mantener el control de la muestra seleccionada sexo, edad, semestre, carrera, universidad, doce relacionados con aspectos sociodemográficos tales como edo. Civil, número de hijos, lugar de nacimiento, tiempo de vivir en el D.F., lugar y tiempo de residencia, con quien vive, ocupación y escolaridad de los padres, promedio escolar, si trabaja actualmente, religión e influencia de la misma en las decisiones y los otros

tres reactivos se referían a la frecuencia con que se exponen los jóvenes a los diferentes medios de comunicación por lo que se preguntó con que frecuencia han leído el periódico, han escuchado la radio y han visto la televisión.

Conocimientos sobre el SIDA.- Esta sección se conformó con 10 reactivos (62 al 66, 76, 88, 99, 102, 105) en los que se solicitaba que explicaran que es el SIDA, sus principales formas de contagio, si es posible que una persona contagiada no muestre síntomas, si una persona que no presente síntomas y tiene el virus puede contagiar a otra, si ha conocido a alguien con SIDA, que tan riesgoso es tener relaciones con una prostituta sin usar condón, si una persona con SIDA puede curarse, si saben donde se pueden hacer la prueba del SIDA, que tanto prevalece el SIDA en México y si conoce alguna forma de evitar o protegerse de ETS.

Conducta sexual.- 26 reactivos conforman esta sección (21 al 36, 38 al 47) se investiga si a tenido relaciones sexuales, a que edad tuvo su primera relación, con quién, cuánto tiempo tenía de conocer a esa persona, su sexo, número de personas con las que a tenido relaciones sexuales, cuántas radican en el D.F., cuántas fueron o son su pareja regular, con quién a tenido relaciones, cuándo fue su última relación sexual, si a recibido dinero o regalos a cambio de tener relaciones sexuales, si actualmente tiene una pareja sexual regular, tiempo que lleva con esa pareja y edad.

Conducta adictiva.- Esta última sección se integra por siete reactivos (110 al 116) se relacionan con la frecuencia con que toma bebidas alcohólicas, como se siente cuándo toma bebidas alcohólicas, si tiene relaciones sexuales cuando bebe, si cree que el alcohol le permite relacionarse mas fácilmente con las personas, si a usado drogas en los últimos seis meses, si se a inyectado y si tiene relaciones sexuales cuándo utiliza drogas.

5.10 PROCEDIMIENTO.

El procedimiento consistió en la aplicación de dos cuestionarios:

- *El de Autoestima y el de,*
- *Conocimientos, actitudes, patrones de conducta sexual y adictiva.*

Antes de la aplicación, se les aclaró que se estaba realizando una investigación en jóvenes universitarios acerca de la información que tenían con respecto al VIH SIDA, se les pidió su colaboración para responder los cuestionarios de forma honesta y sincera, se les indicó que era anónimo. Una vez explicado lo anterior se les pidió que procedieran a contestar en la hoja de respuestas que se les entregó junto con el cuestionario, aclarando que si tenían alguna duda podían levantar la mano y se les atendería en su lugar (se detalla el piloteo de los instrumentos en la sección 6.4).

CAPITULO VI

RESULTADOS

En el presente capítulo se presenta una descripción de la muestra motivo de esta investigación que permite identificar características particulares que tienen que ver tanto con la institución como con los jóvenes universitarios.

Posteriormente se reporta el análisis de los instrumentos utilizados así como la validez que se obtuvo a través de los jueces, concluyendo con los reactivos que integran las categorías que permiten establecer la relación entre variables.

Con respecto al análisis psicométrico de la escala de autoestima se reportan los resultados producto del análisis factorial del instrumento, así como la consistencia interna de cada uno de los factores que la integran.

Se presenta como quedan asignados los jóvenes universitarios a un grupo de autoestima alta y otro baja a través de la mediana.

Finalmente se obtuvieron los resultados de la relación entre las variables autoestima de acuerdo a: Conocimientos sobre el VIH-SIDA, Patrones de conducta sexual y adictiva.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

La muestra motivo del presente estudio, se extrajo de una Institución de Educación Superior, privada y de inspiración cristiana.

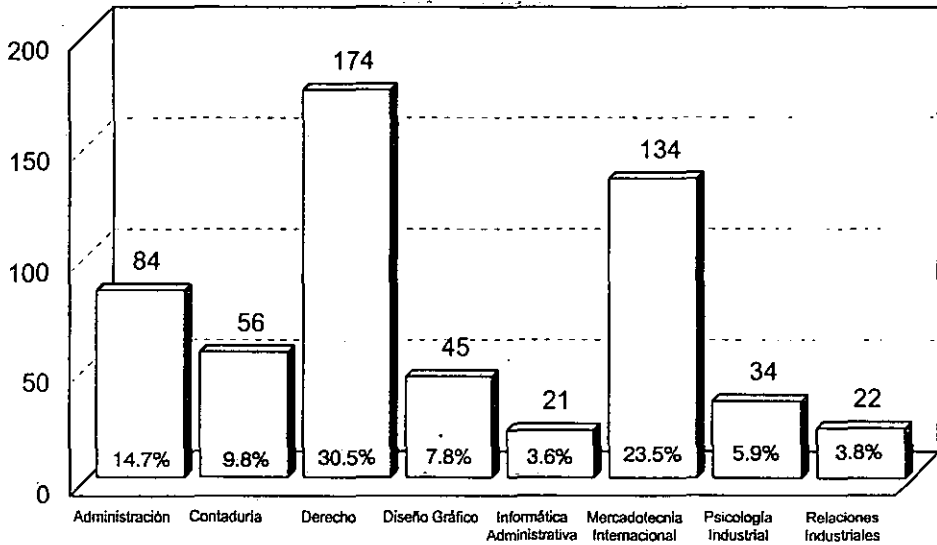
En dicha Institución se imparten ocho licenciaturas: Administración, Contaduría, Derecho, Informática Administrativa, Diseño Gráfico, Mercadotecnia Internacional, Psicología Industrial y Relaciones Industriales.

La población es de 570 alumnos distribuidos en las licenciaturas antes mencionadas. En relación al número de estudiantes inscritos por carrera es la siguiente (Ver Gráfica 13):

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

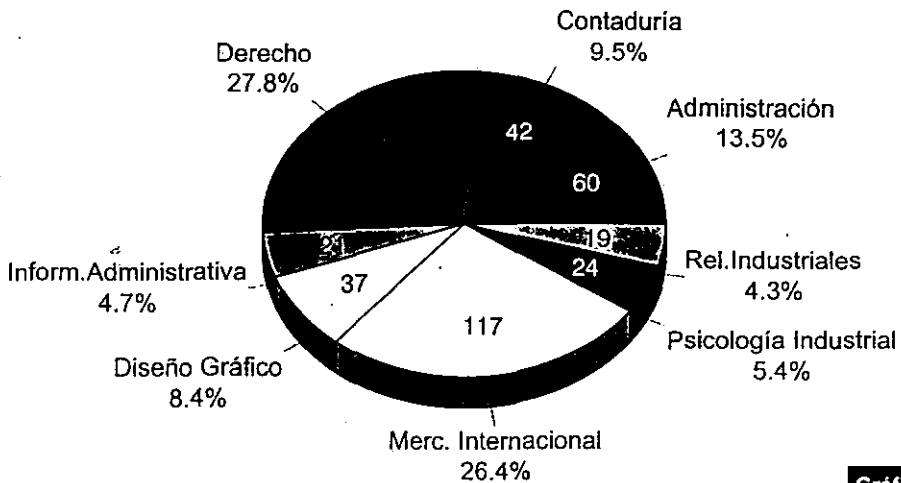
Frecuencia de estudiantes por carrera.

Gráfica 13



La muestra estuvo integrada por 443 estudiantes de las ocho licenciaturas distribuidos de la siguiente forma (Ver Gráfica 14):

Distribución de alumnos encuestados por carrera.

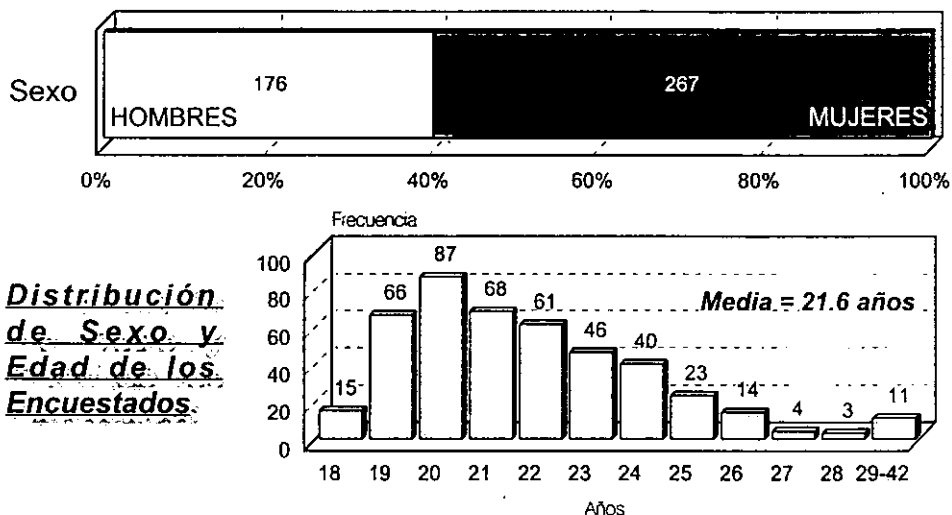


Gráfica 14

Como se puede observar de acuerdo a la matrícula de inscripción, la muestra corresponde a un 77.71% de la población.

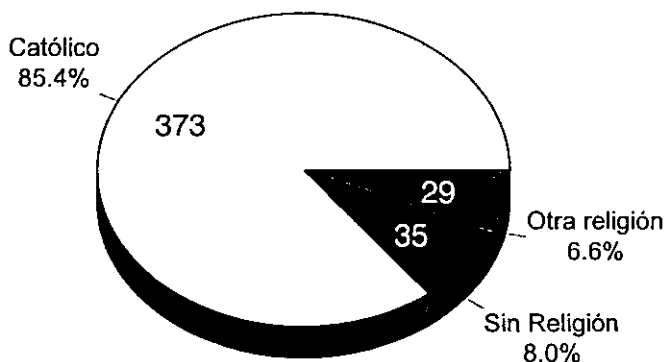
La muestra está compuesta por 40% de hombres y 60% de mujeres. La media de edad es de 21.6 años (Ver Gráfica 15).

Gráfica 15



En relación a la religión que profesan encontramos que el 85.4% se dice Católico, el 8% indica que no tiene ninguna religión el 6.6% restante son judíos, protestantes y cristianos (Ver Gráfica 16).

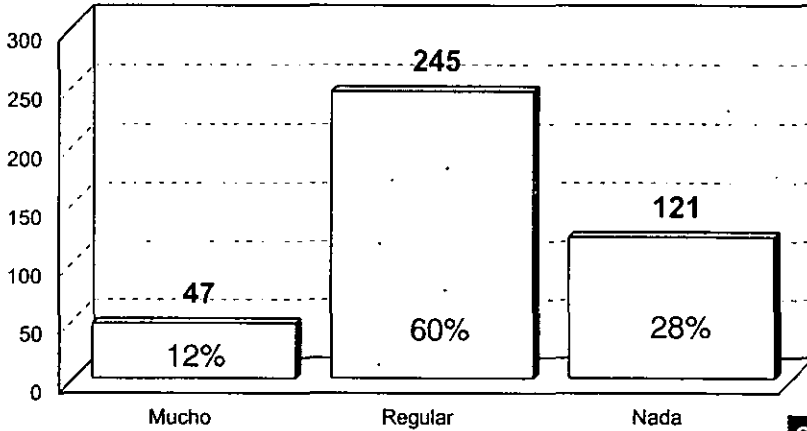
Religión de los encuestados



Gráfica 16

Debido a que se trata de una institución de inspiración cristiana se investigó que tanto influye su religión en sus decisiones, reportándose los siguientes porcentajes: mucho 12%, regular 60% y nada con un 28% (Ver Gráfica 17).

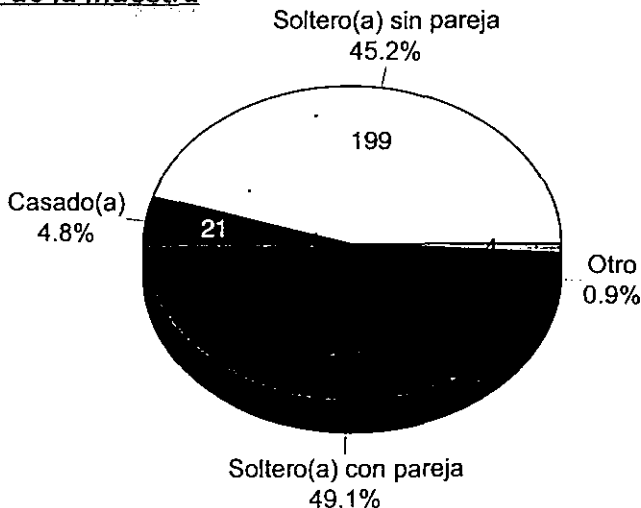
Influencia de la creencia religiosa en sus decisiones



Gráfica 17

Actualmente se encuentra el 45.2% de la muestra solteros (as) sin pareja, el 49.1% solteros (as) con pareja y el 4.8% casados (as) (Ver Gráfica 18).

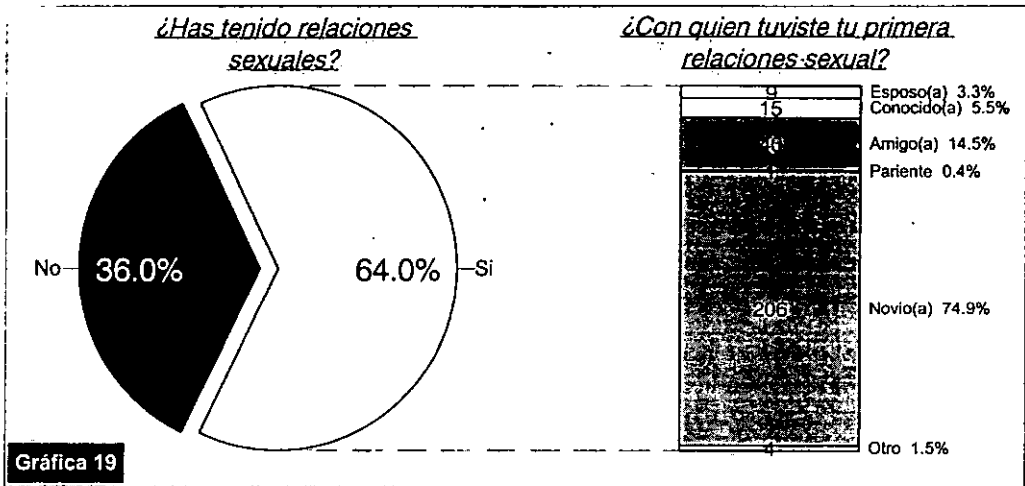
Estado actual de la muestra



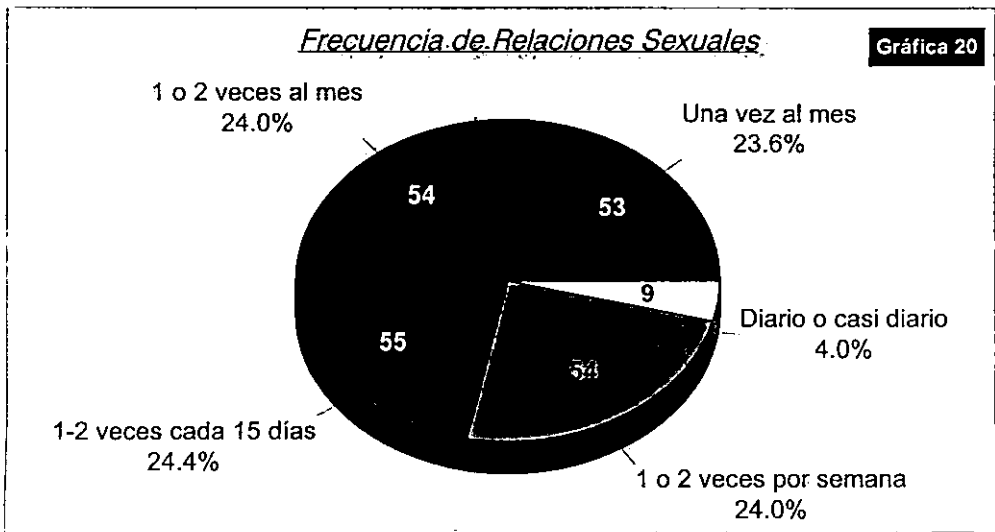
Gráfica 18

6.2 PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL

El 64% de la muestra ha tenido relaciones sexuales, de las cuales el 76% fueron con su novio, el 14.8% con amigos, 5.5% con conocidos y un 0.4% entre parientes y otros, el resto corresponde a los casados (Ver Gráfica 19).

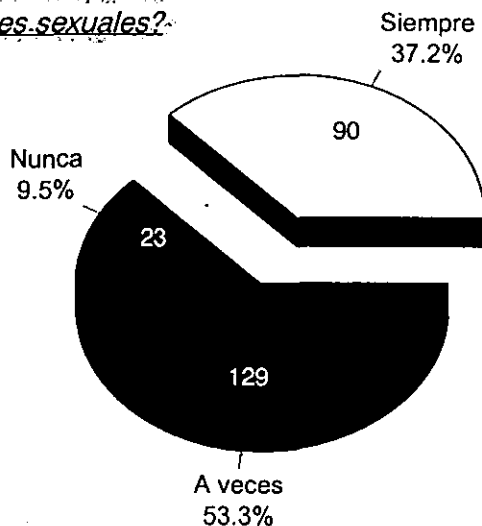


La frecuencia con que tienen relaciones es: menos de una vez al mes 23.6%, una o dos veces cada mes 24%, una o dos veces cada quince días 24.4%, una o dos veces por semana 24% y diario o casi diario 4% (Ver Gráfica 20).



Finalmente se concluye este apartado señalando que de 242 jóvenes universitarios que tuvieron relaciones sexuales, solamente el 37.2% utilizó el condón en todas las ocasiones, quedando el 62.8% para aquellos jóvenes que nunca o solamente a veces lo utilizan (Ver Gráfica 21).

¿En los últimos meses, has utilizado condón en tus relaciones sexuales?



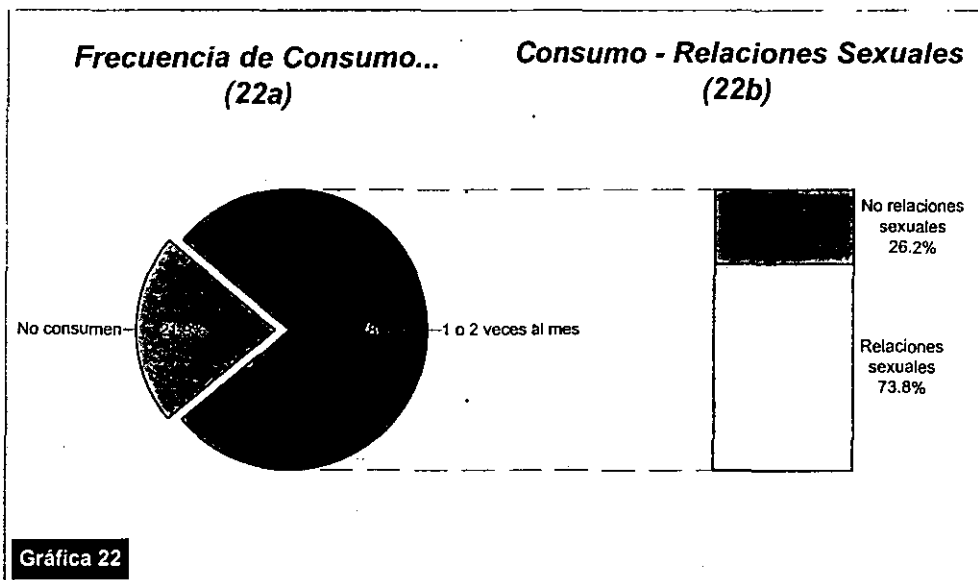
Gráfica 21

6.3 CONDUCTA ADICTIVA

6.3.1 Alcohol

Consumo: una o dos veces al mes 78.1% (Ver Gráfica 22a)

Reporta el 73.8% que cuando bebe tiene relaciones sexuales (Ver Gráfica 22b).



El 81.8% cree que el bebe le ayuda a relacionarse fácilmente (Ver Gráfica 23).

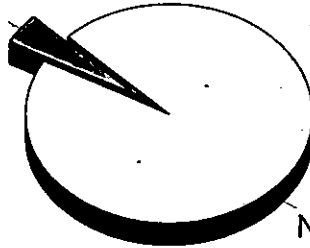


6.3.2 Drogas

El 4.5% de la muestra se ha inyectado ó consumido droga (Ver Gráfica 24).

¿Ha consumido droga alguna vez en su vida?

Si ha consumido droga
4.5%



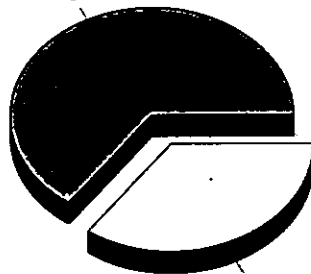
No ha consumido droga
95.5%

Gráfica 24

Y el 65% cuando se droga reporta haber tenido relaciones sexuales (Ver Gráfica 25).

Quando has consumido drogas, ¿tienen relaciones sexuales?

Si
65.0%



No
35.0%

Gráfica 25

6.4 ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS:

6.4.1 Piloteo del instrumento.- Se aplicaron ambos instrumentos a una muestra de 399 estudiantes universitarios, con características similares a las del presente estudio. Una vez analizados los datos, se procedió a la modificación de los dos cuestionarios.

En el caso del cuestionario sobre "conocimientos sobre el SIDA", fue posible cerrar algunas preguntas ya que se elaboraron categorías con base a las respuestas emitidas en el piloto. Se rediseñó la presentación del cuestionario y se elaboró hoja de respuestas precodificada con objeto de facilitar la captura (Ver Anexo 3).

En relación al cuestionario de autoestima, se integro como una sección mas del mismo cuestionario ya que cuando se aplicó por separado había resistencia para contestar un segundo instrumento. Se rediseñó la presentación del cuestionario y de la hoja de respuestas (Ver Anexo 4).

6.4.2 Validez por Jueces.- Se aplicó el cuestionario de "conocimientos sobre el SIDA", a once jueces, los cuales eran expertos en el tema y en la elaboración de instrumentos así como a los integrantes de la Red Interinstitucional en la prevención del VIH-SIDA

El objetivo era que los jueces identificaran cuáles preguntas del cuestionario correspondían a:

1. Conocimientos sobre el SIDA
2. Creencias sobre el SIDA
3. Actitudes sobre el SIDA
4. Patrones de conducta sexual
5. Patrones de conducta adictiva

Se les proporcionó el cuestionario el cual contenía las definiciones de los aspectos que se requerían identificar evitando de esta manera diferentes interpretaciones.

Se omitieron las primeras 20 preguntas ya que correspondían a aspectos sociodemográficos, así mismo se les proporcionó la hoja de respuestas previamente elaborada para registrar únicamente la evaluación que hicieran a las preguntas (Ver Anexo 3).

Los resultados de los jueces se sometieron a un análisis de frecuencias que permitiera identificar las respuestas de mayor acuerdo. Únicamente se reportan las respuestas de las áreas relacionadas a esta investigación (Ver Tabla 1).

**Tabla 1. Acuerdo de jueces por área evaluada
y número de reactivo**

Area	Alto Acuerdo	Medio Acuerdo	Bajo Acuerdo
Conocimientos sobre el SIDA	62-66, 76, 86-88, 99, 102 y 105	49-50, 71, 73-75, 79-83, 85, 89, 91, 107-109	54-55, 58, 72, 77, 84, 90
Patrones de Conducta Sexual	21-41, 43-47	42, 48, 52, 61, 103	49-51, 53, 55, 57, 104
Patrones de Conducta Adictiva	110-115	116	

Con relación a la Red Interinstitucional en la Prevención del SIDA, vale la pena señalar que surge en el año de 1995, cuya misión es:

- ❖ "Promover una cultura de prevención al VIH-SIDA en los jóvenes universitarios, que fomente el autocuidado y el logro de un estilo de vida sano, bajo la perspectiva de una formación integral, fundamentada en información veraz, confiable y oportuna".

Su objetivo general señala lo siguiente.

- ❖ "Planear, promover, desarrollar y difundir acciones preventivas en el seno de las instituciones educativas que integran la Red, en términos de intercambio de experiencias, modelos de trabajo, investigaciones educativas, alternativas de intervenciones y apoyos, bajo planteamientos multidisciplinarios e interinstitucionales, que permitan construir y generar una cultura de prevención vinculada a temas y variables relacionadas con el VIH-SIDA, acorde a las demandas y posibilidades de nuestro tiempo".

Entre las Instituciones y Universidades fundadoras podemos señalar a:

- Cáritas Arquidiócesis de México
- Consejo Nacional contra el SIDA (CONASIDA)
- Tecnológico de Monterrey
- Universidad Iberoamericana
- Universidad Intercontinental
- Universidad del Pedregal
- Universidad del Valle de México.

Atendiendo a su propósito la Red Interinstitucional en la Prevención del SIDA realiza una evaluación diagnóstica en las diferentes universidades en la que participan 1600 estudiantes utilizando el cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) adaptado en México por Díaz-Loving y Cols. (1991), por tal motivo la Red ya contaba con la clasificación de las preguntas, la cual se muestra a continuación (Ver Tabla 2):

Tabla 2 Acuerdo de la RED por área evaluada y número de reactivo

Area	RED Interinstitucional VIH
Conocimientos sobre el SIDA	62-85, 88-91, 93-99, 102-105
Patrones de Conducta Sexual	21-31, 33-47, 95, 97, 103, 104, 112, 116
Patrones de Conducta Adictiva	110-116

Nota: Únicamente se reproducen las categorías que aplican.

Finalmente podemos decir que para la presente investigación, se consideró conveniente aplicar el cuestionario a un grupo de jueces que confirmara la pertinencia de cada pregunta, así mismo la clasificación que hiciera la Red Interinstitucional, la propia y por supuesto la asignación de Díaz-Loving y Cols. reportada en el artículo "Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios" (1992) haciendo la observación de que posiblemente dicha clasificación obedece a intereses específicos de su investigación y no precisa las preguntas que corresponden a las variables motivo de este trabajo.

A continuación se aprecian los resultados obtenidos (Ver Tabla 3):

Tabla 3 Categorización de reactivos por área y jueces

Area	Jueces	Red	Investigador	Díaz Loving
Conocimientos sobre el SIDA	62-66, 76, 86-88, 99, 102 y 105	62-85, 88-91, 93-99, 102 y 105	62-66, 76, 88, 99, 102, 105	49-50
Patrones de Conducta Sexual	21-41, 43-47	21-31, 33-47, 95, 97, 103, 104, 112, 116	21-36, 40-48	21-36, 40-48**
Patrones de Conducta Adictiva	110-115	110-116	110-116	110-116

** Menos 4 reactivos (no se precisa cuales).

Como se puede observar en la Tabla 3, la asignación de las preguntas a las categorías presenta cierta consistencia, lo que permite mayor sustento a la investigación.

De lo anterior se concluye que las preguntas que conforman el cuestionario quedaron ubicadas de acuerdo a los datos anteriores como se presentan a continuación (Ver Tabla 4).

Tabla 4 Asignación de reactivos por área. Promedio final

Area	Reactivos
Conocimientos sobre el SIDA	62-64, 66, 76, 88, 99, 102, 105
Patrones de Conducta Sexual	21-36, 39-48
Patrones de Conducta Adictiva	110-116

Nota: Las preguntas 25,27,29,34 y 36 forman parte del área "Patrones de Conducta Sexual", sin embargo, dada la media de edad y distribución del sexo de la muestra se consideró que para esta investigación particular no aplicaban dichos reactivos.

6.5 ANALISIS PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA

Para obtener la validez de constructo, se realizó un análisis factorial con rotación varimax considerando solamente los reactivos que discriminaron (a través de la prueba t).

Para cada factor obtenido se eligieron los reactivos de acuerdo a 2 consideraciones: 1) con pesos igual o mayor a 0.38 y 2) tuviera congruencia conceptual con el factor (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Pesos factoriales por reactivo y área agrupada

Area	Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
NEGATIVIDAD	X5	0.68925			
	X34	0.53813			
	X25	0.52747			
	X36	0.51475			
	X27	0.50956			
	X22	0.44242			
	X33	0.40998			
	X23	0.39068			
	X10	0.38883			
FAMILIAR	X30		-0.78561		
	X19		-0.75847		
	X26		0.67834		
	X32		0.66894		
ACEPTACIÓN DE SI MISMO	X6			-0.68089	
	X28			-0.64681	
	X7			-0.55231	
	X3			0.53026	
	X9			0.42124	
	X37			0.41361	
LIDERAZGO	X24				0.67027
	X18				0.60578
	X12				-0.56605
	X29				0.54691
	X14				0.51776
	X2				0.47497

Quedando definido cada factor de la siguiente manera:

1. Factor Negatividad: formado por los reactivos que evalúan desfavorablemente al individuo. Este factor quedó constituido por 9 reactivos: 5, 10, 22, 23, 25, 27, 33, 34, 36.

2. Factor Familiar: definido por los reactivos que de forma directa abordan la relación que se guarda con la familia. En este factor se ubican los reactivos: 19, 26, 30 y 32.
3. Factor Aceptación de sí mismo: definido por aquellos reactivos que evalúan el lado positivo de la autoestima. Quedandó formado por los reactivos: 3, 6, 7, 9, 28 y 37.
4. Factor Liderazgo: integrado por los reactivos que evalúan la capacidad para influir en los demás. Los reactivos que integran este factor son: 2, 12, 14, 18, 24, 29.

Con respecto a la confiabilidad por factor se obtuvieron los siguientes alfas a través de la consistencia interna de Alfa de Cronbach (Ver Tabla 6).

Tabla 6 Confiabilidad de cada factor

Factor	N.º de reactivos	Alfa
Negatividad	9	0.8292
Familiar	4	-0.8989
Aceptación de Sí Mismo	6	0.7039
Liderazgo	6	0.6841

Como el objetivo de la investigación es comparar si dos grupos de autoestima alta y baja difieren se obtuvo la confiabilidad total para verificar si la prueba era consistente en su totalidad. El Alfa total de la escala de autoestima fue de 0.88 (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de confiabilidad – Alfa total

Reactivo	Media	Varianza	Correlación total	Alfa
X5	101.1373	120.4424	.3807	.8810
X25	100.9205	119.5854	.5993	.8740
X36	100.9277	118.8305	.5903	.8740
X27	101.0699	120.1376	.5434	.8754
X22	101.2145	120.5505	.5598	.8751
X33	101.2024	119.4082	.5840	.8743
X23	100.8337	121.5882	.5757	.8752
X10	100.9735	123.3785	.3287	.8816
X34	100.7470	121.1798	.5494	.8755
X30	101.0747	123.0403	.4383	.8782
X19	100.9855	121.7921	.4686	.8774
X26	101.0940	123.6844	.3460	.8807
X32	101.4361	120.6571	.4414	.8783
X6	100.8795	122.9903	.5533	.8762

X28	101.2819	121.6425	.4743	.8772
X7	100.9470	122.2242	.5238	.8763
X3	100.9446	122.8641	.4854	.8772
X9	100.8506	125.6733	.2406	.8837
X37	101.0940	120.5974	.5321	.8757
X24	102.0048	127.0724	.2551	.8822
X18	101.9157	123.7296	.2927	.8822
X12	101.8795	119.9903	.4362	.8787
X29	101.2410	121.8838	.4866	.8770
X14	101.4313	123.2121	.4268	.8785
X2	100.9349	126.7808	.3378	.8805

Número de Casos = 415

Número de Reactivos = 25

ALFA = 0.8822

6.6 Diferencias entre grupos de autoestima alta y baja.

A través de la mediana se dividió la muestra en dos grupos: autoestima alta y baja, con la finalidad de establecer comparaciones en los grupos antes mencionados (Ver Tabla 8).

Tabla 8 Distribución de Puntuaciones por Autoestima Alta y Baja

Autoestima Baja			Autoestima Alta		
Valor	Frecuencia	Porcentaje acumulado	Valor	Frecuencia	Porcentaje acumulado
25	3	.7	44	23	57.1
26	2	1.2	45	8	59.0
27	5	2.4	46	16	62.9
28	6	3.9	47	10	65.3
29	9	6.0	48	9	67.5
30	3	6.7	49	12	70.4
31	10	9.2	50	10	72.8
32	20	14.0	51	7	74.5
33	14	17.3	52	12	77.3
34	14	20.7	53	9	79.5
35	18	25.1	54	7	81.2
36	14	28.4	55	10	83.6
37	12	31.3	56	3	84.3
38	13	34.5	57	5	85.5
39	7	36.1	58	6	87.0
40	12	39.0	59	7	88.7
41	22	44.3	60	6	90.1
42	16	48.2	61	6	91.6
43	14	51.6	62	4	92.5
			63	4	93.5
			64	3	94.2
			65	1	94.5
			67	4	95.4
			68	3	96.1
			69	1	96.4
			70	2	96.9
			71	2	97.3
			72	3	98.1
			73	1	98.3
			77	4	99.3
			80	1	99.5
			82	1	99.8
			86	1	100.0
TOTAL					
214 casos			200 casos		
Media: 44.624			Desviación Estándar: 11.48535		
Mediana: 43			Mínima: 25		
Moda: 44			Máxima: 86		

Casos válidos: 415

Una vez realizada la asignación de los jóvenes universitarios a los grupos antes mencionados, se identificó el sexo de los estudiantes, observando que 213 personas se encuentran en el grupo de autoestima baja, de los cuales 90 son hombres y 123 son mujeres. El grupo de autoestima alta quedó conformado por 200 jóvenes de los cuales 70 son hombres y 130 son mujeres (Ver Tabla 9).

Tabla 9 Tabla de contingencia "Autoestima" y "Sexo"

	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Número de Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Autoestima Baja</i>	90	123	213	51.6%
<i>Autoestima Alta</i>	70	130	200	48.4%
<i>Número de Casos</i>	160	253		
<i>Porcentaje</i>	38.7%	61.3%		

413 Casos

6.7 Diferencias entre Autoestima y Conocimientos sobre SIDA, Patrones de Conducta Sexual y Adictiva.

Tabla 10. Tabla de contingencia "Conocimientos sobre el SIDA" y "Autoestima"

	Conocimientos Bajos	Conocimientos Altos	Total
Autoestima Baja	38%	12.3%	50.3%
Autoestima Alta	38.3%	11.5%	49.7%
Total	76.2%	23.8%	100%

Chi Cuadrada (Pearson) = 0.0961 Significancia = 0.75655

A continuación se presentan los porcentajes de patrones de conducta sexual y autoestima; como se puede observar el porcentaje mayor de actividad sexual esta en el grupo de autoestima baja (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Tabla de contingencia "Patrones de Conducta Sexual" y "Autoestima"

	Vida sexual poco activa	Vida sexual muy activa	Total
Autoestima Baja	16.7%	33.3%	50%
Autoestima Alta	33.3%	16.7%	50%
Total	50%	50%	100%

Chi Cuadrada (Pearson) = 1.3333 Significancia = 0.24821

Como se puede observar en la siguiente tabla el porcentaje más alto en las adicciones se encontró en el grupo con baja autoestima (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Tabla de contingencia "Patrones de Conducta Adictiva" y "Autoestima"

	Baja Adicción	Alta Adicción	Total
Autoestima Baja	37.6%	13.5%	51.1%
Autoestima Alta	40.9%	8%	48.9%
Total	78.5%	21.5%	100%

Chi Cuadrada (Pearson) = 3.5539 Significancia = 0.05941

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo planteado en la presente investigación: "Cuál es la relación de la autoestima en los conocimientos sobre SIDA, Patrones de conducta sexual y adictiva de jóvenes universitarios", se puede afirmar que este sí se cubrió, aceptándose las hipótesis nulas:

- ***No existen diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus conocimientos sobre el SIDA.***
- ***No existen diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus patrones de conducta sexual.***
- ***Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la autoestima alta y baja en los jóvenes universitarios y sus conductas adictivas.***

Respecto a los datos de autoestima obtenidos, se puede observar que el 51.6% de la muestra total conformó al grupo de autoestima baja y el 48.4 % de autoestima alta. Esto quiere decir que el porcentaje mayor siente que no son personas de confianza, que no tienen buenas cualidades, que son un fracaso, que no son capaces de hacer las cosas como los demás, que han querido abandonar su casa, que no les gusta su apariencia física, que su familia no los comprende, por mencionar algunas premisas.

Esta diferencia en el porcentaje de autoestima en ambos grupos podría deberse a que en la población universitaria es mayor el número de mujeres que de hombres lo que concuerda con lo que señalan Nttelman, 1987; Eccles et al., 1989; Cairns et al., 1990; Labourie et al., 1990; Wigfield et al., 1991 en relación a que la mujer presenta mas baja autoestima que el hombre.

Por otro lado habría que considerar las características de las familias y de la Institución Educativa, ya que estas reflejan la formación y valores que cada joven universitario pone de manifiesto.

Esto confirma lo que señalan Rosemberg (1973) y Wells y Marwell (1976) respecto a que la autoestima es afectada en las orientaciones educativas y por la conducta moral, agregándose a esto la educación que reciben los jóvenes por parte de la familia a través de la interacción constante. Esto quiere decir, que la autoestima baja del grupo de la muestra es el reflejo de los agentes socializadores primarios: familia y escuela.

Conforme a los resultados de los conocimientos sobre SIDA que reportaron los sujetos se pudo observar lo siguiente: el 90.5% de la muestra total (N=443) no sabe qué es el SIDA, que el 87.5% considera que existen una ó dos vías de contagio, el 82.3% cree que no es posible que una persona contagiada no presente síntomas, el 65.8% cree que el SIDA en México no prevalece; mientras que el 81.9% sí conoce alguna forma de evitar el contagio, el 92.8% considera que el tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo es riesgoso, el 77.2% considera que una persona con SIDA no se puede curar y el 77.2% sí sabe donde hacerse la prueba del virus del SIDA.

Esto refleja que los adolescentes de la muestra no manejan la información epidemiológica de esta problemática ya que no saben que es el SIDA, ni cuáles son las vías de contagio, ni que el virus puede estar latente y no manifestarse y que el SIDA sí prevalece en México. Sin embargo, conocen alguna forma de evitar el contagio, que el SIDA no se cura, dónde se hace la prueba del VIH y que las relaciones sexuales con prostitutas es una conducta riesgosa, lo cuál puede ser debido a la información repetitiva de los medios de comunicación y de las premisas del sector salud.

Estos resultados podrían explicar los datos publicados por el registro nacional de casos de SIDA (1998), donde señalan que el porcentaje mayor de los sujetos infectados está en el rango de edad entre 15 y 34 años. También se podrían justificar los pocos conocimientos de los adolescentes sobre SIDA de acuerdo a lo que señala SIDA/ETS (1997) respecto a las campañas publicitarias, donde se señala que de 1987 a 1997 sólo se diseñaron 15 Campañas que incluían 12 spots, y que el plan de 1996-2000 incluirá cuatro campañas anuales que enfatizarán en tener sólo una pareja sexual, evitar relaciones sexuales ocasionales y reducir el número de parejas sexuales, dejando a un lado la necesidad que tienen los jóvenes universitarios de especificaciones científicas, en este caso epidemiológicas de una problemática de la magnitud del SIDA.

Respecto a los patrones de conducta sexual, el porcentaje de los que no han tenido relaciones sexuales fue de 35.4 %, mientras que los que si han tenido es de 64.6%; de los cuales el promedio de edad del debut sexual de los jóvenes de la muestra fue de 17.5 años, el 76% tuvo su primera relación sexual con el novio, el número de parejas sexuales que reporta que ha tenido este grupo de la muestra es de cuatro, el 53.8% manifestó haber tenido su última relación sexual durante el último mes, el 63.3% tiene pareja sexual regular, el 49.5% reporta que lleva menos de un año de conocerla, el 62.8% reporta que nunca o algunas veces utilizaron el condón en sus relaciones.

Lo anterior quiere decir que el grupo que si ha tenido relaciones sexuales, además de que tiene vida sexual activa ejerce conductas de alto riesgo de contagio del VIH. Estos resultados se contraponen con lo que Kinsey (1953) Sorenson (1979) y Vargas e Izazola (1993) señala respecto a que en los años

cuarenta los adolescentes iniciaron sus primeras caricias sexuales y eróticas a los 16 años y la generación de los 70s a los 14 años, lo que llevaría a suponer que en la actualidad las edades de inicio de las primeras experiencias sexuales siga disminuyendo. Mientras que estos datos coinciden con Villagrán, Cubas, Díaz Loving y Camacho (1990) Izazola y Soto (1993) quienes señalan que el 75% de los adolescentes tienen su debut sexual en el promedio de edad de 17 años; Alfaro, Rivera y Díaz Loving (1992) señalan que los adolescentes de preparatoria oficial de la ciudad de México que han tenido relaciones sexuales han sido en su mayoría ocasionales.

En relación a los patrones de conducta adictiva se observó que el 78.1% de la muestra bebe alcohol una o dos veces al mes, el 63.8% cuando se alcoholiza tiene relaciones sexuales, el 81.8% cree que el beber alcohol le ayuda a relacionarse mas fácilmente con la gente. Respecto al consumo de drogas sólo el 4.5% reportó que sí ha usado, y que el 2.9%, cuando las usa tiene relaciones sexuales.

Estos patrones confirman lo que Hernández y Ramírez (1996) señalan respecto a que los jóvenes universitarios buscan aparentes soluciones a través del consumo de las drogas legales e ilegales, revelándose así contra la ética sexual.

Por otro lado, los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Adicciones (1993) confirma que a medida que el nivel escolar aumenta se incrementa el número de bebedores. Reporta que mas de las tres cuartas partes de los que alcanzaron el nivel de licenciatura son bebedores 82.1%, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres, lo cual podría explicar la pequeña diferencia entre los porcentajes en esta investigación, ya que no hay que olvidar que la muestra se integró por mas mujeres que hombres.

El problema se intensifica cuando se observan las cifras de la ENA que identifican a mas de la mitad de los adolescentes como bebedores. Es decir, poco mas de 5 millones de jóvenes a nivel nacional, los cuales van a manifestar alguna conducta de riesgo más tarde, lo que pondrá en peligro su vida, o peor aún la de un tercero, por esa búsqueda de "algo" aunado a la necesidad de pertenencia a los grupos posiblemente por una autoestima débil ya que los datos que se reportan en la misma ENA es de que la principal causa de ingestión de bebidas alcohólicas se debe a la presión del grupo 61% y un 29.4% lo hace sólo por curiosidad.

Esto confirma lo que señala Lidz (1985) respecto a que el paso por la adolescencia es una época de búsqueda que le permite hallar al joven un lugar en un contexto social determinado, que son años de intensas y vibrantes vivencias, las cuales le pueden conducir al éxtasis o al abismo como es el caso, en México, de los jóvenes universitarios.

Si los datos anteriores se relacionan con la etapa adolescente y algunas conductas de riesgo que se propician por la combinación de drogas lícitas e ilícitas, las cuales tienen como consecuencia desde leves accidentes de tránsito, riñas, enfrentamientos etc. que pueden provocar, desde lesiones leves hasta la muerte, si se reconoce lo expuesto anteriormente, entonces se estará de acuerdo en que enfrentamos un problema social que cada día cobra más víctimas, por lo que se requiere de numerosas y acertadas intervenciones que puedan reducir las conductas de riesgo. Aquí radica la importancia de los resultados de este estudio: Identificar elementos de la población blanco que permita diseñar programas para la prevención de la salud.

Finalmente, al trabajar autoestima de acuerdo a los conocimientos sobre SIDA, a los patrones de conducta sexual y adictiva se obtuvo que los conocimientos sobre el SIDA son más bajos en los sujetos con autoestima alta; que la vida sexual de los sujetos con autoestima baja es más activa y que la conducta adictiva es más frecuente en el grupo de autoestima baja. Sin embargo de estas tres comparaciones sólo cuando se comparó la autoestima con la conducta adictiva las diferencias fueron significativas.

Estos resultados se podrían explicar de acuerdo a las características de la muestra, lo cual podría ser una limitante para que se diera mayor acercamiento de los jóvenes a la información sobre sexualidad y SIDA, y de la misma manera se entiende el retraso del inicio sexual de los jóvenes, no sucediendo lo mismo con el acceso a bebidas alcohólicas el cual no es controlable ya que la difusión libre y constante de campañas intermitentes de bebidas alcohólicas favorece el consumo además de considerar que el nivel socio-económico de los jóvenes facilita su adquisición.

Estos datos coinciden con lo que argumenta Robins y Cols. (1981) y Medina Mora y Cols. (1986) quienes señalan que el uso de alcohol no está sancionado legalmente y aún más la sociedad le atribuye características positivas en su supuesta función de integración social.

De acuerdo a lo presentado en esta discusión se puede señalar que hay una imperiosa necesidad por trabajar por la juventud en dos fases: detección de los índices de alcohol y drogas y el diseño de programas de prevención oportuna para la salud.

Como se pudo observar la diferencia es significativa en la autoestima cuando se le relacionó con las conductas adictivas, lo que podría reflejar una relación estrecha entre la autoestima baja y las conductas autodestructivas. Esto se podría llevar a cabo con talleres vivenciales para incrementar los niveles de autoestima, con la aplicación de cuestionarios de variables predictivas de la conducta adictiva.

Entre las aportaciones del presente trabajo podemos señalar la construcción de un instrumento específico para la muestra con la que se trabajó, Se llevó a cabo una comparación con los cuestionarios de De la Rosa (1994); Camacho (1998) y Valle-Gómez (1999) observándose diferencias en las dimensiones que cada uno de ellos arrojaba. Se obtuvo así un instrumento válido y confiable para estudiantes universitarios con una media de edad de 21.6 años pertenecientes a una Institución de Educación Superior privada de inspiración cristiana (Ver Tabla 13). De la misma manera, se puede afirmar que otra utilidad del instrumento mencionado puede ser la identificación de los niveles de adicción de jóvenes universitarios, ya que el contraste de ambas variables fue significativo: a mayor autoestima menor adicción y viceversa (ver Tabla 13 y Anexo 6).

Tabla 13 Comparación de factores encontrados en 3 investigaciones a partir del instrumento de De la Rosa.

<i>Factor</i>	<i>De la Rosa (1994)</i>	<i>Camacho (1998)</i>	<i>Valle-Gómez (1999)</i>
<i>Familiar</i>	Encontrado	Encontrado	Encontrado
<i>Negatividad</i>	Encontrado		Encontrado*
<i>Autorechazo</i>	Encontrado	Encontrado	
<i>Aceptación de sí mismo</i>	Encontrado	Encontrado	Encontrado
<i>Autodevaluación</i>		Encontrado	
<i>Liderazgo</i>			Encontrado

**Este factor coincide con el de Autodevaluación encontrado por Camacho*

Como se puede observar en los tres instrumentos los factores que son consistentes son FAMILIAR y ACEPTACION DE SI MISMO y el factor que aportó la presente investigación fue el de LIDERAZGO que se refiere a la popularidad entre la gente de su edad, a que la gente sigue sus ideas, a la facilidad para hablar en público y a la facilidad para tomar decisiones. El surgimiento de este factor se podría explicar de acuerdo a las características particulares de la muestra (nivel socioeconómico y orientación religiosa), a diferencia de la muestra de De la Rosa (1994) que pertenecía a un centro de rehabilitación de varones, y la de Camacho (1998) que pertenecía a escuelas de educación media del sector público (Ver Anexo 5).

CAPITULO VIII

ALCANCES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Alcances:

- Construcción de un cuestionario de autoestima (Valle-Gómez, 1999), de acuerdo a las características específicas de la población estudiada.
- Se obtuvo un factor no contemplado en las dos versiones de autoestima revisadas (De la Rosa 1994; Camacho 1998), liderazgo.
- Se obtuvo un índice de confiabilidad arriba del .70 de la escala de autoestima para jóvenes universitarios (Valle-Gómez, 1999).
- Validación por jueces del cuestionario patrones de conducta sexual, actitudes, conocimientos y creencias sobre SIDA
- Se abordó por primera vez científica y metodológicamente la problemática de salud en una Institución de Educación Superior de la iniciativa privada.
- El instrumento de autoestima (Valle-Gómez, 1999) se puede utilizar para detectar el nivel de autoevaluación de los jóvenes lo cual puede ser un primer indicador para identificar en qué nivel de adicción se encuentran: a mayor nivel de autoestima menor nivel de adicción y a menor nivel de autoestima mayor nivel de adicción. (Ver tabla 12)
- Respecto a los patrones de conducta sexual, hay mayor actividad en el grupo de autoestima baja, mientras que la actividad disminuye en el grupo de autoestima alta. Lo cual muestra que el instrumento de autoestima propuesto en esta investigación puede también dar indicios del nivel de actividad sexual de los jóvenes universitarios (Ver tabla 11).

Sugerencias:

- Abrir un espacio para desarrollar líneas de investigación considerando las variables que se abordaron en esta investigación como indicadores de las conductas de riesgo para hacer programas específicos de intervención.
- Crear programas, talleres y cursos de prevención de conductas adictivas.
- Diseñar, aplicar y evaluar talleres de autoestima dirigidos a jóvenes universitarios, de IES del sector privado
- Crear foros de discusión y análisis de temas vinculados a los aspectos epidemiológicos del VIH-SIDA y otros relacionados o de interés para jóvenes universitarios.
- Diseñar un formato de detección de consumo de alcohol y droga a los alumnos de nuevo ingreso a la universidad. A fin de que la institución los canalice a programas específicos de acuerdo a sus necesidades de ayuda, y dar así un servicio de mayor calidad por parte de dicha institución.
- Aplicar el cuestionario de autoestima (Valle-Gómez, 1999), para identificar el nivel en que se encuentran los jóvenes de nuevo ingreso con el propósito de relacionar los niveles de adicción y la necesidad de canalizarlos a talleres y/o cursos de prevención para la salud.

Limitaciones:

- La muestra de mujeres y hombres no fue comparativa ya que se tuvo un 60% de mujeres contra un 40% de hombres.
- Se prolongó el tiempo de la investigación debido a la necesidad que hubo de validar el cuestionario de conocimientos sobre SIDA., y construir un instrumento de autoestima específico para la población.

Referencias

- ❖ ABERASTURY P. A. (1977). "La Adolescencia Normal: Un enfoque Psicoanalítico". México: Paidós
- ❖ AGUILA, T. (1980). "Adolescencia y Sexualidad". México: Instituto Nacional de Salud Mental
- ❖ ALFARO M.L., RIVERA A. S. Y DÍAZ-LOVING, R. (1992). "Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de Preparatoria". En La Psicología Social en México, 4, México: Asociación Mexicana de Psicología Social. p. 95-101
- ❖ ALLPORT, G.W. (1977). "La Personalidad. Su Configuración y Desarrollo". México: Herder
- ❖ BARBACH, L. and FLAHERTY, M. (1980). "Group Treatment of situationally orgasmic women". *Journal of Sex Marital Therapy*. Vol. 6 (1), p. 19-29
- ❖ BARDWICK, J. M. (1971). "Psicología de la Mujer. Un estudio de Conflictos Bio-culturales". Madrid: Alianza
- ❖ BERER, M. (1993). "La Mujer y el VIH/SIDA". London: Women and HIV/AIDS Book Project
- ❖ BISCHOF, L. (1973). "Interpretación de las Teoría de la Personalidad enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva". México: Trillas
- ❖ BLOS, Peter. (1962). "Psicoanálisis de la Adolescencia". México: Mortiz
- ❖ Boletín mensual SIDA , junio 1988
- ❖ Boletín mensual SIDA, marzo 1987
- ❖ Boletín mensual SIDA, agosto 1988
- ❖ BRANDEN, N. (1994). "Como mejorar su autoestima". México: Paidós
- ❖ CAMACHO, V. M. (en prensa). "Carácter, Autoestima y Relaciones Familiares en Adolescentes". Tesis de Maestría: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología
- ❖ CANELL A. M., LOPEZ R. M. y ZAMUDIO Q.S. (1987). La Autoestima de los Hombres casados mexicanos. Tesis de Licenciatura: Universidad Nacional Autónoma de México
- ❖ COHEN, F. (1990). "Pacientes con SIDA". México: Manual Moderno
- ❖ CONASIDA, (Boletín SIDA). 1989

-
- ❖ CONASIDA, (Boletín SIDA). 1990
 - ❖ CONASIDA, (GACETA). 1991. Adolescencia y SIDA IV (2)
 - ❖ CONASIDA, (Boletín SIDA). 1998
 - ❖ CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. (1994). "Informe nacional sobre población. México / Conferencia Internacional sobre población y el Desarrollo". México: Consejo Nacional de Población.
 - ❖ COOPERSMITH, S. (1967). "The Antecedentes of Self Esteem". San Francisco: W.H. Freeman and C.O.
 - ❖ CORCUERA M.S. (1991). "El Fraile, el indio y el pulque: Evangelización y embriaguez en la Nueva España". México: FCE
 - ❖ CORTES A.M. y ORTIZ N. S. (1990). Estudio Comparativo de Autoestima en función del Status. Tesis de Licenciatura: UNAM
 - ❖ COTTE, C. (1990). "Sida y Sexo". Caracas: Monte Avila
 - ❖ CHAN, P. (1992). "PSIDA: Un enfoque integral". Argentina: Paidos
 - ❖ CHUBB, N., FERTMAN, C., ROSS, J. (1997). "Adolescent Self – Esteem and Locus of Control: a longitudinal study of a gender and age difference"
 - ❖ DE LA ROSA, J. (1994). Estudio comparativo de Autoestima entre menores infractores homicidas y menores no infractores. Tesis de Licenciatura: UNAM
 - ❖ DEL RÍO, T. (1994). "Investigación, Mujer y SIDA". New York: International Center for Research on Women
 - ❖ DONELSON E. (1973). "Personality". Nueva York: Moredit Corporation
 - ❖ ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES, 1993. SSA.
 - ❖ GARBER, J., ROBINSON, N., VALENTINE, D. (1997). "The relation between parenting and adolescent depression. Self Worth as a mediator". En Journal of Adolescent Research. 12 (1), 12-33
 - ❖ GERGEN, K. (1971). "El Yo Saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo". México: Paidos
 - ❖ GERSON C. D. (1998). "Autoestima y adolescencia". Tesis de Licenciatura: Universidad Anahuac
 - ❖ GONDRA R. J. (1981). "La Psicoterapia de Carl Rogers: Sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica". Bilbao: Española
 - ❖ HARROCKS, (1984). "Psicología de la Adolescencia". México: Trillas

-
- ❖ HERBERT H. (1985). "Social Psychology: Individual, groups and societies". Harper International Edition
 - ❖ HERNANDEZ S. R., FERNANDEZ C. C. y PILAR B. L. (1991). "Metodología de la Investigación". México: Mc Graw Hill
 - ❖ HERNANDEZ T. L. Y RAMIREZ P. L. (1996). Patrones Sexuales y Actitud hacia el SIDA en Adolescentes. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
 - ❖ HETHERINGTON. (1972). "Effects of father absence on personality development in adolescent daughter". En Journal of developmental psychology, 7, 313-326
 - ❖ JIMENEZ R. R. y RODRIGUEZ V.R. (1997). Algunas consideraciones acerca de la influencia que los medios de comunicación masiva tienen en la identidad, autoconcepto y autoestima del adolescente. Tesis de Licenciatura: Universidad Nacional Autónoma de México
 - ❖ JOSSELYN, I. (1973). "El Adolescente y su Mundo". Buenos Aires: Psique
 - ❖ JURICH, A. y COLLINS, O. (1996). "4H Night at the movies: a program for adolescents and their families". Adolescence. 31 (124), 863-874
 - ❖ KATCHADURIAN, H. (1979). "Las bases de la sexualidad humana". México: Compañía Editorial Continental, S.A.
 - ❖ KORMAN K.A. (1978). "Psicología de la Industria y de las Organizaciones". Madrid: Marova
 - ❖ LAING, R. D. (1973). "PERCEPCION INTERPERSONAL". Buenos Aires: Amorrortu
 - ❖ LIDZ, T. (1985). "La Persona: su desarrollo a través del Ciclo Vital". Barcelona: Herder
 - ❖ LINGREN, H. (1982). "Introducción a la Psicología Social". México: Trillas.
 - ❖ MACCOBY, E.E. Y JACKLIN C.N. (1975). "The Psychology of sex differences". Stanford, California: Stanford, University Press
 - ❖ MAGAÑA C. (1988). "Autoconcepto, adolescencia y Familia". Tesina: Universidad Nacional Autónoma de México
 - ❖ MARTINEZ, J.L. (1995). La influencia de la Autoestima y Asertividad en un Programa de Educación Sexual en la Actitud hacia la Sexualidad y los Métodos Anticonceptivos. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
 - ❖ MASTERS W. Y JONHSON V. (1978). "Respuesta Sexual Humana". Buenos Aires: Intermédica
 - ❖ McCARY. (1982). "Sexualidad Humana". México: Manual Moderno
-

-
- ❖ MEMORIAS DEL CONGRESO CONASIDA. (1993)
 - ❖ MONEY. (1980). "Love and love sickness: the science of sex, gender difference and pairbonding". Baltimore: The John Hopkins University Press
 - ❖ MONTAGNIER, L. (1989). "Sobre Virus y Hombres". México: Alianza
 - ❖ MUSITU. (1984). "Niveles de Disciplina familiar, autoestima y variables escolares". Valencia: Universidad de Valencia
 - ❖ MUSS. (1989). "Teorías de la Comunicación". México: Paidós
 - ❖ ONUSIDA, 1997. Paris.
 - ❖ ONUSIDA, 1998. Lisboa.
 - ❖ OÑATE, M.P. (1989). "El autoconcepto". Madrid: Narcea
 - ❖ PAPALIA, D. (1988). "Desarrollo Humano". México: Mc Graw Hill
 - ❖ PICK W., DÍAZ-LOVING R., ANDRADE P. Y ATKIN. (1988). "Adolescentes en la Ciudad de México: estudio psicosocial de prácticas anticonceptivas y embarazo no deseado". Informe presentado en la Organización Panamericana de la Salud y al Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de la Población
 - ❖ PONCE, Z.S. (1995). Repercusión del hostigamiento Sexual en la Autoestima de la Adolescencia. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
 - ❖ REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA, 1997. SSA
 - ❖ RÍOS L. M. (1991). Elementos psicosociales en las actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Tesis de Maestría en Psicología Social: Universidad Nacional Autónoma de México
 - ❖ RODRÍGUEZ E. M. (1985). "Autoestima: Clave del éxito personal". México: Manual Moderno
 - ❖ ROSA, J. (1986). Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis de Doctorado: Universidad Nacional Autónoma de México
 - ❖ ROSEMBERG, M. (1965). "Society and the Adolescent self image". EUA: Princeton University Press
 - ❖ ROSEMBERG, M. (1973). "La Autoimagen del adolescente y la Sociedad". Buenos Aires: Paidós
 - ❖ ROSSI H. L. (1993). Prácticas sexuales en población con factores de riesgo por VIH. Tesis de Doctorado: Universidad Nacional Autónoma de México
 - ❖ SALAZAR, J. (1979). "Psicología Social". México: Trillas

-
- ❖ SANDNER, O. (1990). "La Pandemia del Siglo". Caracas: Monte Avila
 - ❖ SATIR, V.. (1991). "Autoestima". México: Pax
 - ❖ SCHUTZ W. (1971). "Todos somos uno". Buenos Aires: Amorrortu
 - ❖ SEPÚLVEDA A. J. (1989). "SIDA, Ciencia y Sociedad en México". México: Secretaria de Salud y FCE
 - ❖ SÉPULVEDA A. J. (1992). "AIDS: prevention trough education: a world view". New York: Oxford University
 - ❖ SIDA HOY, 1997. México: Amigos contra el SIDA A.C.
 - ❖ SIDA/ETS, FEBRERO-ABRIL 1997. (Revista Conasida)
 - ❖ SORENSON, R.C. (1973), "Adolescent sexuality in contemporary America". New York: World Pub
 - ❖ SOTO, C. (1993). "Los Significados del condón en el adolescente". Memorias del Congreso Nacional sobre SIDA. México: CONASIDA
 - ❖ STAVENHAGEN, R. (1988). "El Sida: un informe global". En Nexos. México, 131, 29-43
 - ❖ TAPIA C. R. (1994). "Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas". México: Manual Moderno
 - ❖ VELÁSQUEZ, G. (1993). "SIDA". Colombia: Corporación de Investigaciones Biológicas
 - ❖ VILLAGRÁN V. G., CUBAS C. E., DÍAZ-LOVING, R. Y CAMACHO V. M. (1990). "Practicas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes". En La Psicología Social en México, 3, México: Asociación Mexicana de Psicología Social
 - ❖ VIZCONDE P. L. (1997). Percepción del Riesgo de contraer VIH/SIDA en Mujeres. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México
 - ❖ WELLS E. L., Y MARWELL. (1976). "Self esteem its conceptualization and measurement". Londres: Sage Publication
 - ❖ ZELNIK M. Y KANTNER, J.R. (1980). Survey of female adolescent sexual behavior. Conducted for Commission of Population, Washington D.C.

ANEXO 1

**PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL, ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y
CREENCIAS SOBRE EL SIDA. VERSIÓN-ORIGINAL DÍAZ LOVING Y COLS.,
1991**

CÓDIGO

CODIFICAR CON CEROS (0,00) AUSENCIA DE RESPUESTA
CODIFICAR CON NUEVE (9,99) EN SECCIONES O PREGUNTAS QUE EL SUJETO NO DEBE DE
RESPONDER O CUANDO HAYA RESPUESTAS AMBIGUAS.

NO DEJAR BLANCOS EN NINGÚN CASO

A. DATOS GENERALES

SEXO

- (1) MASCULINO
- (2) FEMENINO

EDAD (NUMERO DE AÑOS)

SEMESTRE (EL QUE APARECE)

CARRERA

- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| 01 ECONOMÍA | 14 VETERINARIA |
| 02 ADMINISTRACIÓN | 15 ODONTOLOGÍA |
| 03 CONTADURÍA | 16 ARQUITECTURA |
| 04 QUÍMICA | 17 INGENIERÍA MECÁNICA |
| 05 BIOLOGÍA | 18 INGENIERÍA CIVIL |
| 06 MATEMÁTICAS | 19 ARTES PLÁSTICAS |
| 07 FÍSICA | 20 SOCIOLOGÍA |
| 08 DERECHO | 21 CIENCIAS POLÍTICAS |
| 09 LETRAS | 22 RELACIONES INTERNACIONALES |
| 10 FILOSOFÍA | 23 COMUNICACIÓN |
| 11 PEDAGOGÍA | 24 TRABAJO SOCIAL |
| 12 ENFERMERÍA | 25 PSICOLOGÍA |
| 13 MEDICINA | |

FACULTAD

- 01 ECONOMÍA
- 02 CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
- 03 CIENCIAS
- 04 DERECHO
- 05 FILOSOFÍA Y LETRAS
- 06 ENFERMERÍA
- 07 MEDICINA
- 08 VETERINARIA
- 09 ODONTOLOGÍA
- 10 ARQUITECTURA
- 11 INGENIERÍA
- 12 DISEÑO GRÁFICO

13 CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
14 TRABAJO SOCIAL
15 PSICOLOGÍA

¿ACTUALMENTE ERES?

- (1) SOLTERO SIN PAREJA
- (2) SOLTERO CON PAREJA
- (3) CASADO
- (4) DIVORCIADO O SEPARADO O VIUDO SIN PAREJA
- (5) DIVORCIADO O SEPARADO O VIUDO CON PAREJA

NUMERO DE AÑOS DE CASADO (EL QUE APARECE)

¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS TIENES?

HIJAS (NUMERO)
HIJOS (NUMERO)

¿DÓNDE NACISTE?

- 1 DISTRITO FEDERAL
- 2 PROVINCIA
- 3 EXTRANJERO

¿CUÁNTO TIEMPO TIENES VIVIENDO EN EL D.F.?

AÑOS (LOS QUE APARECEN)
MESES (LOS QUE APARECEN)

SI HAS VIVIDO AQUÍ POR MENOS DE UN AÑO ¿EN DÓNDE VIVÍAS ANTES?

B. VIDA SEXUAL

¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿A QUÉ EDAD TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

- (1) NOVIO(A)
- (2) AMIGO(A)
- (3) CONOCIDO(A)
- (4) ESPOSO(A)
- (5) PARIENTE(A)
- (6) OTRO (ESPECÍFICA) _____

¿CUÁNTO TIEMPO TENIAS DE CONOCER A ESA PERSONA?

MESES
(SÍ MENCIONA DÍAS PONER 01)
AÑOS

¿CUÁL ERA EL SEXO DE ESTA PERSONA?

- (1) MASCULINO
- (2) FEMENINO

¿CON CUÁNTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN TU VIDA?

(NÚMERO DE PERSONAS)

¿CUÁNTAS DE ESTAS PERSONAS RADICAN EN EL D.F.?

(NÚMERO DE PERSONAS)

¿CUÁNTAS DE ESTAS PERSONAS (CON QUIENES TUVISTE RELACIONES SEXUALES) FUERON O SON TU PAREJA SEXUAL REGULAR?

(NÚMERO DE PERSONAS)

HAS TENIDO RELACIONES:

- (1) SOLO CON MUJERES
- (2) LA MAYORÍA DE LAS VECES CON MUJERES Y OCASIONALMENTE CON HOMBRES
- (3) TANTO HOMBRES COMO CON MUJERES
- (4) LA MAYORÍA DE LAS VECES CON HOMBRES Y OCASIONALMENTE CON MUJERES
- (5) SOLO CON HOMBRES

¿HACE CUÁNTO TIEMPO TUVISTE TU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL?

DÍAS

MESES

AÑOS

¿CON CUÁNTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

(NÚMERO DE PERSONAS)

¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS DADO O RECIBIDO DINERO, REGALOS O FAVORES, A CAMBIO DE TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES?

- (3) SIEMPRE QUE HE TENIDO RELACIONES SEXUALES
- (2) ALGUNA VEZ QUE HE TENIDO RELACIONES SEXUALES
- (1) NUNCA

¿ACTUALMENTE TIENES UNA PAREJA SEXUAL REGULAR?

- (1) SÍ
- (2) NO (PONER 99 HASTA LA VARIABLE 48)

¿CUÁL ES EL SEXO DE TU ESPOSO(A) O PAREJA SEXUAL REGULAR?

- (1) MASCULINO
- (2) FEMENINO

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVAS CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR?

AÑOS

MESES

¿CUÁNTOS AÑOS TIENE TU PAREJA?

AÑOS

¿HASTA QUÉ AÑO ESTUDIO?

- (1) PRIMARIA
- (2) SECUNDARIA
- (3) PREPARATORIA
- (4) PROFESIONAL
- (5) POSGRADO

¿VIVEN JUNTOS?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿TU ESPOSO(A) O PAREJA SEXUAL REGULAR TIENE OTRA PAREJA SEXUAL?

- (1) SÍ
- (2) NO
- (3) NO SE

¿CUÁNTAS?

(NÚMERO)

¿EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES CON QUÉ FRECUENCIA TUVISTE RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR?

- (5) DIARIO O CASI DIARIO
- (4) UNA O DOS VECES POR SEMANA
- (3) UNA O DOS VECES CADA QUINCE DÍAS
- (2) UNA O DOS VECES CADA MES
- (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES

¿HAS UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

- (1) SÍ
- (2) NO (PONER 999 HASTA LA VARIABLE 46)

¿CUÁLES? (PRIMERA MENCIÓN)

- 01 CONDÓN
- 02 PASTILLAS
- 03 RITMO
- 04 ÓVULOS, JALEAS, ESPERMATICIDAS (USO LOCAL)
- 05 DISPOSITIVOS (DIU) O DIAFRAGMA
- 06 INYECCIONES
- 07 RETIRO O COITO INTERRUMPIDO

08 FLUJO VAGINAL O BILLINGS
09 OTRO

¿CUÁLES? (SEGUNDA MENCIÓN)

01 CONDÓN
02 PASTILLAS
03 RITMO
04 ÓVULOS, JALEAS, ESPERMATICIDAS (USO LOCAL)
05 DISPOSITIVOS (DIU) O DIAFRAGMA
06 INYECCIONES
07 RETIRO O COITO INTERRUPTIDO
08 FLUJO VAGINAL O BILLINGS
09 OTRO

¿CUÁLES? (TERCERA MENCIÓN)

01 CONDÓN
02 PASTILLAS
03 RITMO
04 ÓVULOS, JALEAS, ESPERMATICIDAS (USO LOCAL)
05 DISPOSITIVOS (DIU) O DIAFRAGMA
06 INYECCIONES
07 RETIRO O COITO INTERRUPTIDO
08 FLUJO VAGINAL O BILLINGS
09 OTRO

¿EN CUÁNTAS DE ESTAS RELACIONES USARON EL CONDÓN?

(3) SIEMPRE
(2) ALGUNAS VECES
(1) NUNCA

¿DE QUIÉN FUE LA IDEA DE USAR EL CONDÓN?

(1) MÍA
(2) DE MI PAREJA
(3) DE AMBOS

LOS PRESERVATIVOS O CONDONES HACEN LAS RELACIONES SEXUALES MÁS PLACENTERAS

LOS PRESERVATIVOS O CONDONES SON MÁS APROPIADOS PARA USAR CON PAREJAS OCASIONALES

EL USO DE PRESERVATIVOS O CONDONES VA ENCONTRA DE MI RELIGIÓN

LOS PRESERVATIVOS O CONDONES PUEDEN QUEDARSE DENTRO DE LA MATRIZ O EL ESTÓMAGO

EL PRECIO DE LOS PRESERVATIVOS O CONDONES ES MUY ALTO PARA USARLOS CON FRECUENCIA

LOS PRESERVATIVOS O CONDONES SON OFENSIVOS PARA LAS ESPOSAS O PAREJAS HABITUALES

LOS PRESERVATIVOS O CONDONES SON ÚTILES PARA PREVENIR EL EMBARAZO SI SE UTILIZAN CORRECTAMENTE

LOS PRESERVATIVOS O CONDONES SON MAS APROPIADOS PARA USARSE CON LA ESPOSA O PAREJA HABITUAL

LOS PRESERVATIVOS O CONDONES SON FÁCILES DE USAR

YO ACEPTARÍA EL USO DE PRESERVATIVO O CONDÓN SI MI PAREJA ME LO PIDIERA

LOS PRESERVATIVOS O CONDONES PUEDEN HACER QUE EL HOMBRE PIERDA LA ERECCIÓN

NO TENER PRESERVATIVO O CONDÓN ES UNA BUENA RAZÓN PARA RECHAZAR LAS RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA OCASIONAL

¿EN EL ÚLTIMO MES HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON OTRAS PERSONAS ADEMÁS DE TU ESPOSO(A) O PAREJA REGULAR?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿CUÁNTAS?

¿EN TOTAL CUANTAS RELACIONES SEXUALES TUVISTE CON ESTA(S) PERSONA(S) EN EL ÚLTIMO MES?

(NÚMERO DE VECES)

¿EN CUÁNTAS DE ESTAS RELACIONES USARON EL CONDÓN?

- (3) SIEMPRE
- (2) ALGUNAS VECES
- (1) NUNCA

¿DE QUIÉN FUE LA IDEA DE USARLO?

- (1) MÍA
- (2) DE MI PAREJA
- (3) DE AMBOS

D. ACTITUDES HACIA LOS PRESERVATIVOS O CONDONES

¿HAS OÍDO HABLAR DEL CONDÓN O PRESERVATIVO?

- (1) SÍ
- (2) NO

EXPLICA COMO SE USA:

(2)SABE

CUANDO EL SUJETO:

-MENCIONA QUE SE COLOCA EN EL MIEMBRO/PENE/ORGANO SEXUAL (MASCULINO)

-MENCIONA QUE SE COLOCA EN EL MIEMBRO/PENE/ÓRGANO SEXUAL (MASCULINO)
EN ERECCIÓN/ANTES DEL ORGASMO/ANTES DE EYACULACIÓN/ANTES DEL ACTO
SEXUAL

(1) NO SABE

CUANDO EL SUJETO:

-MENCIONA PARA QUE SIRVE (PARA EVITAR CONCEPCIÓN, PARA QUE NO SALGA EL
SEMEN, ETC.)

-MENCIONA DE QUE ESTÁ HECHO

E. INFORMACIÓN Y ACTITUDES HACIA EL SIDA

¿EXPLICA QUÉ ES EL SIDA?

1 ENFERMEDAD VENÉREA, MORTAL, CONTAGIOSA, INFECCIOSA

2 VIRUS QUE DEBILITA. PÉRDIDA DE DEFENSAS

3 ENFERMEDAD QUE SE DA EN ALGUNAS PERSONAS O POR ALGUNAS PRÁCTICAS

4 ENFERMEDAD ADQUIRIDA POR UN VIRUS

5 SÍNDROME ADQUIRIDO POR UN VIRUS QUE DEBILITA LAS DEFENSAS Y HACE MÁS
VULNERABLE A LAS ENFERMEDADES

6 OTRO

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO DEL SIDA? (PRIMERA MENCIÓN)

1 NO SABE

2 POR RELACIONES SEXUALES

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO DEL SIDA? (SEGUNDA MENCIÓN)

1 NO SABE

2 POR TRANSFUSIÓN, AGUJAS CONTAMINADAS

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO DEL SIDA? (TERCERA MENCIÓN)

1 NO SABE

2 DE MADRE A HIJO

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

(1) SÍ

(2) NO

(3) NO SE, NO ESTOY SEGURO

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

(1) SÍ

(2) NO

(3) NO SE, NO ESTOY SEGURO

¿HAS CONOCIDO A ALGUIEN CON SIDA?

-
- (1) SÍ
(2) NO
(3) NO SE, NO ESTOY SEGURO

SALUDARSE DE MANO CON ALGUIEN QUE TIENE SIDA

JUGAR CON UN NIÑO QUE TIENE SIDA

ACUDIR A UNA CLÍNICA DENTAL O DE SALUD EN LA QUE SE ATIENDE GENTE CON SIDA

BESARSE EN LA BOCA CON ALGUIEN QUE TIENE SIDA

TENER RELACIONES SEXUALES CON ALGUIEN QUE TIENE SIDA O EL VIRUS DEL SIDA, AUNQUE SE USE PRESERVATIVO (CONDÓN)

MASTURBACIÓN MUTUA (ESTIMULARSE UNO AL OTRO PARA TENER UN ORGASMO) CON UNA PAREJA OCASIONAL

TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA OCASIONAL AUNQUE USE PRESERVATIVO (CONDÓN)

SEXO ORAL CON ALGUIEN QUE NO CONOCES BIEN

TENER RELACIONES SEXUALES ANALES SIN USAR EL PRESERVATIVO (CONDÓN) CON UNA PAREJA OCASIONAL

TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PROSTITUTA SIN USAR PRESERVATIVO (CONDÓN)

USAR BAÑOS PÚBLICOS

NADAR EN ALBERCAS PÚBLICAS

TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA OCASIONAL SIN USAR PRESERVATIVO (CONDÓN)

INYECTARSE DROGAS COMO HEROÍNA O COCAÍNA, ETC.

USAR UNA JERINGA O AGUJA USADA POR OTRA PERSONA SIN HABERLA ESTERILIZADO PREVIAMENTE

DONAR SANGRE

RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL HOSPITAL

TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PERSONA QUE SE INYECTA DROGAS USANDO EL PRESERVATIVO (CONDÓN)

TENER RELACIONES SEXUALES CON MUCHAS PERSONAS

¿QUÉ TIPO DE PERSONAS SON MENOS PROBABLES DE CONTAGIARSE DEL SIDA?

01 NO TIENEN VIDA SEXUAL

02 RESPUESTAS GENERALES: SON PRECAVIDOS, TIENEN PRECAUCIÓN, ETC.

03 VIDA SEXUAL CON UNA PAREJA

04 VIDA SEXUAL USANDO CONDÓN
05 TODOS TIENEN PROBABILIDADES
06 NO HAN RECIBIDO TRANSFUSIONES NI USADO AGUJAS CONTAMINADAS
07 HETEROSEXUALES

¿CREES QUE UNA PERSONA CON SIDA PUEDE CURARSE?

- (1) SÍ
- (2) NO
- (3) NO SE, NO ESTOY SEGURO

¿QUÉ PIENSAS QUE DEBE HACER UNA PERSONA CON SIDA O VIRUS DEL SIDA PARA EVITAR INFECTAR A OTRAS PERSONAS?

01 NO TENER VIDA SEXUAL
02 TENER RELACIONES SEXUALES CON PRECAUCIONES: USAR CONDÓN, UNA SOLA PAREJA, ETC.
03 NO DONAR SANGRE
04 AISLARSE
05 NO COMPARTIR NI AGUJAS, NI UTENSILIOS QUE TENGAN CONTACTO CON LA SANGRE
06 INFORMAR A PERSONAS CERCANAS
07 RESPUESTAS GENERALES: IR AL MÉDICO, ATENDERSE, TENER TRATAMIENTO (RESPONSABILIDAD).
09 RESPUESTAS AMBIGUAS : TOMAR PRECAUCIONES, TENER HIGIENE, ETC.

¿CONSIDERAS QUE EL SIDA REPRESENTA UNA AMENAZA PARA LA SALUD DE TU COMUNIDAD UNIVERSITARIA?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿PIENSAS QUE EN LOS PRÓXIMOS AÑOS EL SIDA SERÁ UNA AMENAZA PARA LA SALUD DE TU COMUNIDAD?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿QUÉ POSIBILIDADES HAY QUE LAS SIGUIENTES PERSONAS SE CONTAGIEN DE SIDA?

HOMBRE HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA

- (1) NINGUNA
- (2) REGULARES
- (3) MUCHAS

HOMBRE HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA

MUJER HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA

MUJER HOMOSEXUAL CON MÁS DE UNA PAREJA
HOMBRE HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA
HOMBRE HETEROSEXUAL CON MÁS DE UNA PAREJA
MUJER HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA
MUJER HETEROSEXUAL CON MÁS DE UNA PAREJA

HOMBRE O MUJERES BISEXUALES
TÚ

¿QUÉ TANTO TE PREOCUPA CONTAGIARTE DE SIDA?

- (3) *MUCHO*
- (2) *ALGO*
- (1) *NADA*

¿PUEDE UNA PERSONA EVITAR CONTRAER EL SIDA CAMBIANDO SU COMPORTAMIENTO, ES DECIR, HACIENDO ALGUNAS COSAS Y DEJANDO DE HACER OTRAS?

- (1) SÍ
- (2) NO
- (3) NO SÉ, NO ESTOY SEGURO.

¿CÓMO?

01 NO TENER VIDA SEXUAL

02 TENER RELACIONES SEXUALES CON PRECAUCIONES: USAR CONDÓN, UNA SOLA PAREJA, ETC.

03 NO DONAR SANGRE O RECIBIR SANGRE

04 NO COMPARTIR NI AGUJAS, NI UTENSILIOS QUE TENGAN CONTACTO CON LA SANGRE

05 VIDA HETEROSEXUAL

06 RESPUESTAS GENERALES: SER PRECAVIDO, PREVENIRSE, TENER VIDA SANA, USAR MÉTODOS, ETC.

¿TIENES PENSADO CAMBIAR ALGUNAS DE SUS CONDUCTAS COMO RESULTADO DE LO QUE HA OÍDO O APRENDIDO SOBRE EL SIDA?

- (1) SÍ
- (2) NO.
- (3) NO SÉ, NO ESTOY SEGURO.

¿HAS CAMBIADO ALGUNA CONDUCTA PARA PROTEGERSE DE CONTRAER EL SIDA?

- (1) SÍ
- (2) NO.
- (3) NO SÉ, NO ESTOY SEGURO.

¿CUÁL?

01 TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA

02 USAR CONDÓN

03 USAR JERINGAS DESECHABLES

04 EXIGIR HIGIENE EN CONSULTORIOS, HOSPITALES, LABORATORIOS, CLÍNICAS

05 NO USAR BAÑOS PÚBLICOS

06 CUIDADO CON EL MANEJO DE PACIENTES

07 NO RECIBIR TRANSFUSIONES DE SANGRE

¿POR QUÉ?

01 NO SIENTE RIESGO

02 NO TIENE VIDA SEXUAL

03 RESPUESTAS GENERALES: SOY CONSCIENTE, PRECAVIDO, ETC.

04 NO ESTAR INFORMADO

¿ALGUNOS DE TUS AMIGOS(AS) HA(N) CAMBIADO SUS CONDUCTAS PARA PROTEGERSE DEL CONTAGIO DEL SIDA?

- (1) SÍ
- (2) NO
- (3) NO SÉ, NO ESTOY SEGURO

¿CUÁLES?

- 01 TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA
- 02 USAR CONDÓN
- 03 USAR JERINGAS DESECHABLES
- 04 EXIGIR HIGIENE EN CONSULTORIOS, HOSPITALES, LABORATORIOS, CLÍNICAS
- 05 NO USAR BAÑOS PÚBLICOS

¿POR QUÉ?

- 01 NO SIENTE RIESGO
- 02 NO TIENE VIDA SEXUAL
- 03 RESPUESTAS GENERALES: SOY CONSCIENTE, PRECAVIDO, ETC.
- 04 NO ESTAR INFORMADO

¿HA HABIDO SITUACIONES EN LAS QUE DEBÍAS HABERTE PROTEGIDO DEL CONTAGIO DEL SIDA PERO NO LO HICISTE?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿QUÉ CLASE DE SITUACIONES?

- 01 ACTIVIDAD SEXUAL CON PROSTITUTAS
- 02 ACTIVIDAD SEXUAL CON PAREJAS OCASIONALES
- 03 ACTIVIDAD SEXUAL CON HOMOSEXUALES
- 04 MANEJO DE PACIENTES DESCONOCIENDO QUE TENÍAN VIH

¿CREES QUE EL GOBIERNO DEBE TOMAR MEDIDAS PARA PREVENIR QUE EL SIDA SE EXTIENDA?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿QUÉ MEDIDAS PROPONES?

- 01 MAS INFORMACIÓN AL RESPECTO
- 02 EDUCACIÓN SEXUAL
- 03 EXIGIR EXÁMENES SOBRE SIDA
- 04 CONTROLAR LA PROSTITUCIÓN
- 05 DINERO PARA INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN O SALUD
- 06 REGALAR PRESERVATIVOS

¿SABES DÓNDE PUEDEN HACER LA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿DÓNDE?

- 1 HOSPITALES PRIVADOS

2 HOSPITALES DEL GOBIERNO: IMSS, ISSSTE, SSA, ETC.
3 LABORATORIOS Y CLÍNICAS
4 CONASIDA

¿ESTARÍAS DISPUESTO(A) A HACERTE LA PRUEBA?

- (1) SÍ
- (2) NO.
- (3) NO SÉ, NO ESTOY SEGURO.

¿LE INFORMARÍAS A TU(S) PAREJA(S) SEXUAL(ES) SOBRE EL RESULTADO DE LA PRUEBA?

- (1) SÍ
- (2) NO.
- (3) NO SÉ, NO ESTOY SEGURO.

¿QUÉ TANTO PREVALECE EL SIDA EN MÉXICO?

- (1) NADA
- (2) ALGO
- (3) MUCHO

F. ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

¿HAS TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿CUÁLES? (PRIMERA MENCIÓN)

- 1 SÍFILIS
- 2 GONORREA
- 3 HERPES

¿CUÁNTAS VECES LA HAS TENIDO? (PRIMERA MENCIÓN)
(NÚMERO DE VECES)

¿CUÁNTAS VECES LA HAS TENIDO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? (PRIMERA MENCIÓN)
(NÚMERO DE VECES)

¿CUÁLES? (SEGUNDA MENCIÓN)

- 1 SÍFILIS
- 2 GONORREA
- 3 HERPES

¿CUÁNTAS VECES LA HAS TENIDO? (SEGUNDA MENCIÓN)
(NÚMERO DE VECES)

¿CUÁNTAS VECES LA HAS TENIDO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? (SEGUNDA MENCIÓN)
(NÚMERO DE VECES)

*LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVISTE UNA ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE ¿HICISTE ALGO
PARA PREVENIR QUE TU(S) PAREJA(S) CONTRAJERA(N) LA INFECCIÓN?*

- (1) SÍ

(2) NO

¿QUÉ HICISTE?

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06

¿CONOCES ALGUNAS FORMAS DE EVITAR O PROTEGERTE DEL CONTAGIO DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿CUÁLES?

- 01 USAR CONDÓN
- 02 TENER VIDA SEXUAL CON PRECAUCIONES: UNA PAREJA, NO PROSTITUTAS, ETC.
- 03 NO TENER VIDA SEXUAL
- 04 TENER HIGIENE
- 05 REVISIÓN PERIÓDICA

¿HAS RECIBIDO UNA TRANSFUSIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

- (1) SÍ.
- (2) NO.

G. PRACTICAS

¿CUÁNTAS INYECCIONES TE HAN PUESTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

¿CUÁNDO TE INYECTARON USARON JERINGAS DESECHABLES?

- (1) SÍ
- (2) NO
- (3) NO SÉ, NO ESTOY SEGURO.

¿LA JERINGA O AGUJA FUERON HERVIDAS O PASADAS POR UNA FLAMA ANTES DE USARLAS PARA INYECTARTE?

- (1) SÍ
- (2) NO.
- (3) NO SÉ, NO ESTOY SEGURO.

H. USO DE DROGAS

¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

- (1) NUNCA
- (2) UNA O DOS VECES AL MES
- (4) UNA O DOS VECES A LA SEMANA
- (4) MÁS DE DOS VECES A LA SEMANA

CUANDO TOMAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS NORMALMENTE BEBES HASTA QUE TE SIENTES:

- (1) NADA BORRACHO
- (2) ALGO BORRACHO
- (3) BASTANTE BORRACHO
- (4) MUY BORRACHO

¿CUÁNDO TOMAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS TIENES RELACIONES SEXUALES?

- (1) SIEMPRE
- (2) ALGUNAS VECES
- (3) NUNCA

¿CREES QUE EL BEBER ALCOHOL TE AYUDA A RELACIONARTE MÁS FÁCILMENTE CON LA GENTE?

- (1) SÍ
- (2) NO

¿HAS CONSUMIDO DROGAS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?

- (1) SÍ.
- (2) NO.

¿CUÁLES?

- 01 MARIJUANA
- 02 ANFETAMINAS
- 03 INHALANTES
- 04 COCAÍNA
- 05 HEROÍNA

¿TE HAS INYECTADO ALGUNA DROGA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?

- (1) SÍ.
 - (2) NO.
- (NÚMERO DE VECES)

CUANDO CONSUMES DROGAS, ¿TIENES RELACIONES SEXUALES?

- (1) NUNCA
- (2) ALGUNAS VECES
- (3) SIEMPRE

ANEXO 2

**CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA
DE LA ROSA, 1994**

ESCALA DE AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES CONFORMADA POR 37 REACTIVOS.

MARCA LA OPCION QUE CORRESPONDA MEJOR A TU MANERA DE SER Y PENSAR EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

(a) Siempre (b) Casi siempre (c) A veces (d) Casi nunca (e) Nunca

- | | |
|---|--|
| 1. Siento que soy una persona de confianza, al menos como los demás | 17. Me lleva mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cambio |
| 2. Siento que tengo buenas cualidades | 18. Soy popular entre la gente de mi edad |
| 3. Siento que soy un fracaso | 19. Mi familia respeta mis sentimientos |
| 4. Soy capaz de hacer tan bien las cosas como los demás | 20. Cedo fácilmente |
| 5. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso(a) | 21. Mi familia espera demasiado de mi |
| 6. Tomo una actitud positiva hacia mi mismo(a) | 22. Me siento mal por las cosas que hago |
| 7. Estoy satisfecho(a) de mi mismo(a) | 23. Las cosas son un desastre en mi vida |
| 8. Desearía poder tener más respeto para mi mismo(a) | 24. La gente sigue mis ideas |
| 9. Me siento inútil | 25. Tengo baja opinión de mi mismo(a) |
| 10. Pienso que no soy bueno(a) | 26. He querido abandonar mi casa |
| 11. Todas las cosas me molestan | 27. Me siento mal en la escuela |
| 12. Se me hace difícil hablar en público | 28. Me gusta mi apariencia física |
| 13. Me gustaría cambiar muchas cosas de mi | 29. Si tengo algo que decir lo digo |
| 14. Puedo tomar decisiones sin mucha dificultad | 30. Mi familia me comprende |
| 15. Le caigo bien a la gente | 31. Las mayoría de las personas son mejores que yo |
| 16. Me enoja fácilmente en mi casa | 32. Siento que mi familia me presiona |
| | 33. Me desanimo en la escuela |
| | 34. Desearía ser otra persona |
| | 35. Soy una persona de confianza |
| | 36. Se me hace difícil aceptarme a mi mismo |
| | 37. Mi vida es muy complicada |

ANEXO 3

El presente cuestionario sirve como base para investigar los conocimientos sobre el SIDA, Creencias, Actitudes, Patrones de Conducta Sexual y Adictiva de los Jóvenes Universitarios.

Para lograr nuestro objetivo es necesario que un grupo de jueces ubiquen el contenido de cada pregunta en las siguientes categorías:

- (1) Conocimientos sobre el SIDA**
- (2) Creencias sobre el SIDA**
- (3) Actitudes sobre el SIDA**
- (4) Patrones de Conducta Sexual**
- (5) Patrones de Conducta Adictiva**

Usted ha sido elegido como juez, por lo que de antemano le agradecemos su cooperación en esta investigación.

Instrucciones: Categorice las siguientes preguntas en los 5 rubros enlistados de acuerdo a lo que en su opinión considera que evalúa cada una de estas, con base en las siguientes definiciones.

- **Conocimientos sobre el SIDA:** Lo que se sabe con seguridad, que corresponde notoriamente a la realidad.
- **Creencias sobre el SIDA:** Se refiere a lo que las personas piensan acerca de realizar ciertas conductas y las consecuencias que existen al llevarlas a cabo, existiendo una evaluación en ellas.
- **Actitudes sobre el SIDA:** Se refiere a los sentimientos, positivos o negativos, de los individuos con respecto a realizar la conducta en cuestión.
- **Patrones de Conducta Sexual:** Pautas de acción que las personas manifiestan en su vida sexual.
- **Patrones de Conducta Adictiva:** Uso impulsivo de alcohol o de una droga narcótica. Por extensión del significado, puede decirse que una persona es "adicta" a fumar, comer o cualquier otro tipo de conducta autogratificante, cuando estas acciones se tornan excesivas.

- 21. ¿Has tenido relaciones sexuales?
- 22. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
- 23. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

- 24. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer a esa persona?
- 25. ¿Cuál es el sexo de esa persona?
- 26. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida?

27. ¿Cuántas de esas personas radican en el D.F.?

28. ¿Cuántas de esas personas (con quienes tuviste relaciones sexuales) fueron o son tu pareja sexual regular?*

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

29. Has tenido relaciones sexuales...

30. ¿Hace cuánto tiempo tuviste tu última relación sexual?

31. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

32. ¿Con qué frecuencia has dado o recibido dinero, regalos o favores, a cambio de tener relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?

33. ¿Actualmente tienes una pareja sexual regular?

34. ¿Cuál es el sexo de tu esposo(a) o pareja sexual regular?

35. ¿Cuánto tiempo llevas con tu pareja sexual regular?

36. ¿Qué edad tiene tu pareja?

37. ¿Hasta que año estudió?

38. ¿Viven juntos?

39. ¿Tu esposo(a) o pareja sexual regular tiene otra pareja sexual?

40. ¿En los últimos seis meses con qué frecuencia tuviste relaciones sexuales con tu pareja sexual regular?

41. ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

42. ¿Cuáles?

43. ¿En cuántas de estas relaciones usaron el condón?

44. ¿De quién fue la idea de usar el condón?

45. En el último mes, ¿has tenido relaciones sexuales con otra(s) personas además de tu esposo(a) o pareja regular?

46. ¿En total, cuántas relaciones sexuales tuviste con esta(s) persona(s) en el último mes?

47. ¿En cuántas de estas relaciones usaron el condón?

48. ¿De quién fue la idea de usarlo?

49. Has oído hablar del condón o preservativo?

50. Explica cómo se usa...

51. Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras.

52. Los preservativos o condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales.

53. El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión.

54. Los preservativos o condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago.

55. El precio de los preservativos o condones es muy alto para usarlos con frecuencia.

56. Los preservativos o condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.

57. Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con la esposa o pareja habitual.

58. Los preservativos o condones son fáciles de usar.

59. Aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera.

60. Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda la erección.

61. No tener preservativo o condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional.

62. ¿Explica qué es el SIDA?

63. ¿Cuáles son las principales formas de contagio del SIDA?

64. ¿Es posible que una persona contagiada por el virus que causa el SIDA no muestre los síntomas de la enfermedad?

65. Una personas que no presenta los síntomas de la enfermedad y tiene el virus que

causa el SIDA, ¿Puede contagiar a otra persona?

66. ¿Has conocido a alguien con SIDA?

Señala por favor que tan grande consideras que es el riesgo de contagiarse del Virus del SIDA al realizar las siguientes actividades de acuerdo a la siguiente clave...

(1) Nada Riesgoso (2) Medianamente riesgoso (3) Muy riesgoso

67. Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA

76. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón)

68. Jugar con un niño que tiene SIDA

77. Usar baños públicos

69. Acudir a una clínica dental o de salud donde se atiende a gente con SIDA

78. Nadar en albercas públicas

70. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA

79. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón)

71. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA aunque se use preservativo (condón)

80. Inyectarse drogas como heroína, cocaína, etc.

72. Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional

81. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona, sin haberla esterilizado previamente.

73. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón)

82. Donar sangre.

74. Tener sexo oral con alguien que no conoces bien

83. Recibir una transfusión sanguínea en el hospital

75. Tener relaciones sexuales por vía anal sin usar el preservativo (condón), con una pareja ocasional

84. Tener relaciones sexuales usando el preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas.

85. Tener relaciones sexuales con muchas personas.

86. ¿Qué tipo de personas son menos probables de contagiarse del SIDA?

89. ¿Qué piensas que debe hacer una persona con SIDA para evitar infectar a otras personas?

87. ¿Qué tipo de personas son más probables de contagio?

88. ¿Crees que una persona con SIDA puede curarse?

90. ¿Consideras que el SIDA representa una amenaza para la salud de tu comunidad?

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

(1) Ninguna (2) Regulares (3) Muchas

a. Hombre homosexual con una pareja

c. Mujer homosexual con una pareja

b. Hombre homosexual con más de una pareja

d. Mujer homosexual con más de una pareja

e. Hombre heterosexual con una pareja

f. Hombre heterosexual con más de una pareja

- g. Mujer heterosexual con una pareja
- h. Mujer heterosexual con más de una pareja

- i. Hombre o mujeres bisexuales
- j. Tú

92. *¿Qué tanto te preocupa contagiarte de SIDA?*
93. *¿Puede una persona evitar contraer el SIDA cambiando su comportamiento, es decir, haciendo algunas cosas y dejando de hacer otras?*
94. *¿Tienes pensado cambiar algunas de sus conductas como resultado de lo que ha oído o aprendido sobre el SIDA?*
95. *¿Has cambiado alguna conducta para protegerse de contraer el SIDA?*
96. *¿Algunos de tus amigos(as) ha(n) cambiado sus conductas para protegerse del contagio del SIDA?*
97. *¿Ha habido situaciones en las que debías haberte protegido del contagio del SIDA pero no lo hiciste?*
98. *¿Crees que el gobierno debe tomar medidas para prevenir que el SIDA se extienda?*
99. *¿Sabes dónde pueden hacer la prueba del virus del SIDA?*
100. *¿Estarías dispuesto(a) a hacerte la prueba?*
101. *¿Le informarías a tu(s) pareja(s) sexual(es) sobre el resultado de la prueba?*
102. *¿Qué tanto prevalece el SIDA en México?*
103. *¿Has tenido alguna enfermedad sexualmente transmisible?*
104. *La última vez que tuviste una enfermedad sexualmente transmisible ¿hiciste algo para prevenir que tu(s) pareja(s) contrajera(n) la infección?*
105. *¿Conoces algunas formas de evitar o protegerte del contagio de enfermedades sexualmente transmisibles?*
106. *¿Has recibido una transfusión en los últimos 5 años?*
107. *¿Cuántas inyecciones te han puesto en los últimos doce meses?*
108. *¿Cuándo te inyectaron usaron jeringas desechables?*
109. *¿La jeringa o aguja fueron hervidas o pasadas por una flama antes de usarlas para inyectarte?*
110. *¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas?*
111. *Cuando tomas bebidas alcohólicas normalmente bebes hasta que te sientes:*
112. *¿Cuando tomas bebidas alcohólicas tienes relaciones sexuales?*
113. *¿Crees que el beber alcohol te ayuda a relacionarte más fácilmente con la gente?*
114. *¿Has usado drogas en los últimos 6 meses?*
115. *¿Te has inyectado alguna droga en los últimos 6 meses?*
116. *Cuando usas drogas, ¿tienes relaciones sexuales?*

ANEXO 4

POR FAVOR MARCA CON UNA (x) EL NUMERO QUE CORRESPONDE A TU RESPUESTA EN LA HOJA CORRESPONDIENTE COMO SE MUESTRA EN EL EJEMPLO:

Hoja de Preguntas

20. En el último mes ¿con qué frecuencia has visto la T.V.?

- (1) Todos los días.
- (2) Casi todos los días.
- (3) Al menos una vez por semana.
- (4) Menos de una vez por semana.
- (5) Nunca.

Hoja de Respuestas

A20	1 2 X 4 5
-----	----------------------

O EN SU CASO ESCRIBE LO QUE SE PIDE.

Hoja de Preguntas

86. Si has vivido aquí por menos de un año, ¿en dónde vivías antes?

Hoja de Respuestas

E86	En Monterrey, Nuevo León.
-----	---------------------------

EN ALGUNAS PREGUNTAS, SE ESPECIFICA QUE POR TU RESPUESTA TIENES QUE SALTARTE A OTRA PREGUNTA.

ES MUY IMPORTANTE TENER LA INFORMACIÓN MAS COMPLETA POSIBLE.

SI TIENES DUDAS PREGUNTA AL APLICADOR.

RECUERDA QUE TUS RESPUESTAS SON TOTALMENTE **CONFIDENCIALES Y ANONIMAS**, POR LO QUE TE PEDIMÓS QUE CONTESTES TODAS LAS PREGUNTAS DE MANERA HONESTA Y SINCERA.

GRACIAS POR TU COOPERACION.

A. DATOS GENERALES

1. Sexo:
 - (1) Masculino (2) Femenino
2. ¿Qué edad tienes?
3. ¿Qué semestre cursas actualmente?
4. ¿En qué carrera?
 - (1) Administración (2) Contaduría
 - (3) Derecho (4) Informática Administrativa
 - (5) Diseño Gráfico (6) Mercadotecnia Internacional
 - (7) Psicología Industrial (8) Relaciones Industriales
5. ¿En qué universidad?
6. Actualmente eres...
 - (1) soltero(a) sin pareja
 - (2) soltero(a) con pareja
 - (3) casado(a), número de años casado
 - (4) divorciado(a) o separado(a) o viudo(a) sin pareja
 - (5) divorciado(a) o separado(a) o viudo(a) con pareja
7. ¿Cuántos hijos e hijas tienes?
8. ¿Dónde naciste?
 - (1) Distrito Federal (2) Interior de la República
 - (3) Extranjero
9. ¿Cuánto tiempo tienes viviendo en el D.F.?
 - (1) Menos de un año (2) de 1 a 5 años
 - (3) de 6 a 10 años (4) más de 10 años
10. Si has vivido aquí por menos de un año, ¿en dónde vivías antes?
 - (1) Interior de la República (2) Extranjero
11. ¿Con quién vives?
 - (1) Con mi Familia (2) Solo con mi Padre
 - (3) Solo con mi Madre (4) Solo (5) Otro (especificar)
12. ¿Cuál es la ocupación de tu madre y de tu padre?

(M1) Ama de casa	(P1) Empleado
(M2) Empleada	(P2) Profesionista
(M3) Profesionista	(P3) Independiente
(M4) Independiente	(P4) Otro (especificar)
(M5) Otro (especificar)	
13. ¿Cuál es la escolaridad de tu Madre y de tu Padre?

(M1) Primaria	(P1) Primaria
(M2) Secundaria	(P2) Secundaria
(M3) Técnico	(P3) Técnico
(M4) Preparatoria	(P4) Preparatoria
(M5) Licenciatura	(P5) Licenciatura
(M6) Posgrado	(P6) Posgrado
(M7) Sin estudios	(P7) Sin estudios
14. ¿Cuál es tu último promedio escolar?
15. ¿Actualmente trabajas?
 - (1) Si, tiempo completo
 - (2) Si, medio tiempo
 - (3) No
16. ¿Cuál es tu religión?
 - (1) ninguna (pasa a la pregunta 18)
 - (2) católica (3) judía
 - (4) protestante (5) otra (especifica)
17. ¿Qué tanto influye tu religión en tu forma de actuar?
 - (1) mucho (2) regular (3) Nada
18. En el último mes, ¿con qué frecuencia has leído el periódico?
 - (1) nunca
 - (2) menos de una vez por semana
 - (3) al menos una vez por semana
 - (4) casi todos los días
 - (5) todos los días

19. En el último mes, ¿con qué frecuencia has escuchado la radio?

- (1) nunca
- (2) menos de una vez por semana
- (3) al menos una vez por semana
- (4) casi todos los días

(5) todos los días
20. En el último mes, ¿con qué frecuencia has visto la t.v.?

- (1) nunca
- (2) menos de una vez por semana
- (3) al menos una vez por semana
- (4) casi todos los días
- (5) todos los días

B. VIDA SEXUAL

21. ¿Has tenido relaciones sexuales?

- (1) Si.
- (2) No. (Pasa a la pregunta 49)

22. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

23. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

- (1) Novio(a)
- (2) Amigo(a)
- (3) Conocido(a)
- (4) Esposo(a)
- (5) Pariente(a)
- (6) Otro (especifica)

24. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer a esa persona?

- (1) Días
- (2) Meses
- (3) Años

25. ¿Cuál es el sexo de esa persona?

- (1) Masculino
- (2) Femenino

26. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida?

27. ¿Cuántas de esas personas radican en el D.F.?

28. ¿Cuántas de esas personas (con quienes tuviste relaciones sexuales) fueron o son tu pareja sexual regular?*

*Por PAREJA SEXUAL REGULAR nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien

pretendes seguirlos teniendo. El(Ella) puede ser tu esposo(a), alguien con quien vives o alguien que no vive contigo.

29. Has tenido relaciones sexuales...

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

30. ¿Hace cuánto tiempo tuviste tu última relación sexual?

- (1) Días
- (2) Meses
- (3) Años

31. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

32. ¿Con qué frecuencia has dado o recibido dinero, regalos o favores, a cambio de tener relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?

- (1) Siempre
- (2) Alguna vez
- (3) Nunca

33. ¿Actualmente tienes una pareja sexual regular?

- (1) Si.
- (2) No.

34. ¿Cuál es el sexo de tu esposo(a) o pareja sexual regular?

- (1) Masculino
- (2) Femenino

35. ¿Cuánto tiempo llevas con tu pareja sexual regular?

36. ¿Qué edad tiene tu pareja?

37. ¿Hasta que año estudió?

- (1) Primaria (2) Secundaria
(3) Preparatoria (4) Profesional
(5) Postgrado

38. ¿Viven juntos?

- (1) Si (2) No

39. ¿Tu esposo(a) o pareja sexual regular tiene otra pareja sexual?

- (1) Si ¿Cuántas?
(2) No. (3) No se.

40. ¿En los últimos seis meses con qué frecuencia tuviste relaciones sexuales con tu pareja sexual regular?

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

41. ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

- (1) Si. (2) No. (pasa a la pregunta 45)

42. ¿Cuáles?

- (1) Condón (2) Pastillas (3) Gel/espuma
(4) Ritmo (5) Coito interrumpido
(6) Otro (especificar)

43. ¿En cuántas de estas relaciones usaron el condón?

- (1) Nunca (pasa a la pregunta 45)
(2) Algunas veces (3) Siempre

44. ¿De quién fue la idea de usar el condón?

- (1) Mía. (2) De mi pareja.
(3) De ambos.

45. En el último mes, ¿has tenido relaciones sexuales con otra(s) personas además de tu esposo(a) o pareja regular?

- (1) Si. ¿Cuántas?
(2) No. (pasa a la pregunta 49)

46. ¿En total, cuántas relaciones sexuales tuviste con esta(s) persona(s) en el último mes?

47. ¿En cuántas de estas relaciones usaron el condón?

- (1) Nunca (pasa a la pregunta 49)
(2) Algunas veces (3) Siempre

48. ¿De quién fue la idea de usarlo?

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

D. ACTITUDES HACIA LOS PRESERVATIVOS O CONDONES

Las personas piensan diferentes cosas sobre los condones o preservativos. A continuación te presentaremos algunas afirmaciones al respecto, por favor tacha para cada una, la opción que más se acerque a tu manera de pensar.

49. Has oído hablar del condón o preservativo?

- (1) Si. (2) No. (pasa a la pregunta 51)

50. Explica cómo se usa...

51. Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras.

- (1) Si. (2) No.

52. Los preservativos o condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales.

(1) Si. (2) No.

53. El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión.

(1) Si. (2) No.

54. Los preservativos o condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago.

(1) Si. (2) No.

55. El precio de los preservativos o condones es muy alto para usarlos con frecuencia.

(1) Si. (2) No.

56. Los preservativos o condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.

(1) Si. (2) No.

57. Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con la esposa o pareja habitual.

(1) Si. (2) No.

58. Los preservativos o condones son fáciles de usar.

(1) Si. (2) No.

59. Aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera.

(1) Si. (2) No.

60. Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda la erección.

(1) Si. (2) No.

61. No tener preservativo o condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional.

(1) Si. (2) No.

IE. INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA

Probablemente hayas escuchado hablar del SIDA, a continuación te hacemos algunas preguntas al respecto.

62. ¿Explica qué es el SIDA?

63. ¿Cuáles son las principales formas de contagio del SIDA?

64. ¿Es posible que una persona contagiada por el virus que causa el SIDA no muestre los síntomas de la enfermedad?

(1) Si (2) No.

(3) No sé, no estoy seguro.

65. Una personas que no presenta los síntomas de la enfermedad y tiene el virus que causa el SIDA, ¿Puede contagiar a otra persona?

(1) Si (2) No.

(3) No sé, no estoy seguro.

66. ¿Has conocido a alguien con SIDA?

(1) Si (2) No.

(3) No sé, no estoy seguro.

Señala por favor que tan grande consideras que es el riesgo de contagiarse del Virus del SIDA al realizar las siguientes actividades de acuerdo a la siguiente clave...

(1) Nada Riesgoso (2) Medianamente riesgoso (3) Muy riesgoso

67. Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA

68. Jugar con un niño que tiene SIDA

69. Acudir a una clínica dental o de salud donde se atiende a gente con SIDA

70. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA

71. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA aunque se use preservativo (condón)

72. Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional

73. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón)

74. Tener sexo oral con alguien que no conoces bien

75. Tener relaciones sexuales por vía anal sin usar el preservativo (condón), con una pareja ocasional

76. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón)

77. Usar baños públicos

78. Nadar en albercas públicas

79. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón)

80. Inyectarse drogas como heroína, cocaína, etc.

81. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona, sin haberla esterilizado previamente.

82. Donar sangre.

83. Recibir una transfusión sanguínea en el hospital

84. Tener relaciones sexuales usando el preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas.

85. Tener relaciones sexuales con muchas personas.

86. ¿Qué tipo de personas son menos probables de contagiarse del SIDA?

- (1) sexualmente inactivas (2) parejas fieles
- (3) Personas sanas con parejas sanas
- (4) Otras (especificar)

87. ¿Qué tipo de personas son más probables de contagio?

- (1) Sexualmente activas (2) Parejas infieles
- (3) Personas contagiadas
- (4) Personas promiscuas (5) Otras (especificar)

88. ¿Crees que una persona con SIDA puede curarse?

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

89. ¿Qué piensas que debe hacer una persona con SIDA para evitar infectar a otras personas?

- (1) Usar condón (2) Advertirle a los demás
- (3) No donar sangre (4) Otro (especificar)

90. ¿Consideras que el SIDA representa una amenaza para la salud de tu comunidad?

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

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

(1) Ninguna (2) Regulares (3) Muchas

- a. Hombre homosexual con una pareja
- b. Hombre homosexual con más de una pareja
- c. Mujer homosexual con una pareja
- d. Mujer homosexual con más de una pareja
- e. Hombre heterosexual con una pareja

f. Hombre heterosexual con más de una pareja

- g. Mujer heterosexual con una pareja
- h. Mujer heterosexual con más de una pareja
- i. Hombre o mujeres bisexuales
- j. Tú

92. ¿Qué tanto te preocupa contagiarte de SIDA?

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

93. ¿Puede una persona evitar contraer el SIDA cambiando su comportamiento, es decir, haciendo algunas cosas y dejando de hacer otras?

(1) Sí, ¿como?.

(2) No, ¿por qué?.

(3) No sé, no estoy seguro.

94. ¿Tienes pensado cambiar algunas de sus conductas como resultado de lo que ha oído o aprendido sobre el SIDA?

(1) Sí (2) No.

(3) No sé, no estoy seguro.

95. ¿Has cambiado alguna conducta para protegerte de contraer el SIDA?

(1) Sí (2) No.

(3) No sé, no estoy seguro.

96. ¿Algunos de tus amigos(as) ha(n) cambiado sus conductas para protegerte del contagio del SIDA?

(1) Sí. ¿Cuáles?

(2) No. ¿Por qué?

(3) No sé, no estoy seguro.

97. ¿Ha habido situaciones en las que debías haberte protegido del contagio del SIDA pero no lo hiciste?

(1) Sí. ¿Qué clase de situaciones?

(2) No.

98. ¿Crees que el gobierno debe tomar medidas para prevenir que el SIDA se extienda?

(1) Sí. ¿Qué medidas propones?

(2) No.

99. ¿Sabes dónde pueden hacer la prueba del virus del SIDA?

(1) Sí. ¿Dónde?

(2) No.

100. ¿Estarías dispuesto(a) a hacerte la prueba?

(1) Sí (2) No.

(3) No sé, no estoy seguro.

101. ¿Le informarias a tu(s) pareja(s) sexual(es) sobre el resultado de la prueba?

(1) Sí (2) No.

(3) No sé, no estoy seguro.

102. ¿Qué tanto prevalece el SIDA en México?

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

F. ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

Existen algunas enfermedades o infecciones que pueden transmitirse durante el acto sexual, a estas se les llama a veces enfermedades venéreas o sexualmente transmisibles.

103. ¿Has tenido alguna enfermedad sexualmente transmisible?

- (1) (a) Sí. ¿Cuales?
- (b) ¿Cuántas veces la has tenido en los últimos doce meses? (especificar número de veces)
- (2) No. (pasa a la pregunta 105).

104. La última vez que tuviste una enfermedad sexualmente transmisible ¿hiciste algo para prevenir que tu(s) pareja(s) contrajera(n) la infección?

- (1) Sí. ¿Qué hiciste?
- (2) No.

105. ¿Conoces algunas formas de evitar o protegerte del contagio de enfermedades sexualmente transmisibles?

- (1) Sí. ¿Cuáles?
- (2) No.

106. ¿Has recibido una transfusión en los últimos 5 años?

- (1) Sí.
- (2) No.

Ahora te haremos algunas preguntas referidas a uso y aplicación de inyecciones.

107. ¿Cuántas inyecciones te han puesto en los últimos doce meses?

108. ¿Cuándo te inyectaron usaron jeringas desechables?

- (1) Sí (pasa a la pregunta 110).
- (2) No.
- (3) No sé, no estoy seguro.

109. ¿La jeringa o aguja fueron hervidas o pasadas por una flama antes de usarlas para inyectarte?

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

H. CONSUMO DE DROGAS

Ahora quisiéramos hacerte algunas preguntas sobre consumo de alcohol y drogas.

110. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas?

- (1) Nunca (pasa a la pregunta 114)
- (2) Una o dos veces al mes
- (3) Una o dos veces a la semana
- (4) Más de dos veces a la semana

111. Cuando tomas bebidas alcohólicas normalmente bebes hasta que te sientes:

- (1) Nada borracho
- (2) Algo borracho
- (3) Bastante borracho
- (4) Muy borracho

112. ¿Cuando tomas bebidas alcohólicas tienes relaciones sexuales?

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

113. ¿Crees que el beber alcohol te ayuda a relacionarte más fácilmente con la gente?

- (1) Sí.
- (2) No.

114. ¿Has usado drogas en los últimos 6 meses?

- (1) Sí. (Especifica el numero de veces).
- (2) No.

115. ¿Te has inyectado alguna droga en los últimos 6 meses?

- (1) Sí. (Especifica el número de veces).
(2) No.

116. Cuando usas drogas, ¿tienes relaciones sexuales?

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

MARCA LA OPCION QUE CORRESPONDA MEJOR A TÚ MANERA DE SER y PENSAR EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

- (a) Siempre
(b) Casi siempre
(c) A veces
(d) Casi nunca
(e) Nunca

1. Siento que soy una persona de confianza, al menos como los demás.
2. Siento que tengo buenas cualidades.
3. Siento que soy un fracaso.
4. Soy capaz de hacer tan bien las cosas como los demás.
5. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso(a).
6. Tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a)
7. Estoy satisfecho(a) de mí mismo(a)
8. Desearía poder tener más respeto para mí mismo(a).
9. Me siento inútil.
10. Pienso que no soy bueno(a).
11. Todas las cosas me molestan.
12. Se me hace difícil hablar en público.
13. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí.
14. Puedo tomar decisiones sin mucha dificultad.
15. Le caigo bien a la gente.
16. Me enoja fácilmente en mi casa.
17. Me lleva mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cambio.

18. Soy popular entre la gente de mi edad.
19. Mi familia respeta mis sentimientos.
20. Cedo fácilmente.
21. Mi Familia espera demasiado de mí.
22. Me siento mal por las cosas que hago.
23. Las cosas son un desastre en mi vida.
24. La gente sigue mis ideas.
25. Tengo baja opinión de mí mismo(a).
26. He querido abandonar mi casa.
27. Me siento mal en la escuela.
28. Me gusta mi apariencia física.
29. Si tengo algo que decir lo digo.
30. Mi familia me comprende.
31. La mayoría de las personas son mejores que yo.
32. Siento que mi familia me presiona.
33. Me desanimo en la escuela.
34. Desearía ser otra persona.
35. Soy una persona de confianza.
36. Se me hace difícil aceptarme a mí mismo(a)
37. Mi vida es muy complicada

A1	1 2
A2	_____ años _____ meses
A3	_____ semestre
A4	1 2 3 4 5 6 7 8
A5	_____
A6	1 2 3 4 5
A7	Hijas _____ Hijos _____
A8	1 2 3
A9	1 2 3 4
A10	1 2
A11	1 2 3 4 5
A12	M1 M2 M3 M4 M5 _____ P1 P2 P3 P4 _____
A13	M1 M2 M3 M4 M5 _____ P1 P2 P3 P4 P5 _____
A14	_____
A15	1 2 3
A16	1 2 3 4 5 _____
A17	1 2 3
A18	1 2 3 4 5
A19	1 2 3 4 5
A20	1 2 3 4 5

B21	1 2
B22	_____ años
B23	1 2 3 4 5 6
B24	1 2 3
B25	1 2
B26	_____ personas
B27	_____ personas
B28	_____ personas
B29	1 2 3 4 5
B30	1 2 3
B31	_____ personas
B32	1 2 3
B33	1 2
B34	1 2
B35	_____ años _____ meses
B36	_____ años _____ meses
B37	1 2 3 4 5
B38	1 2
B39	1 2 3
B40	1 2 3 4 5
B41	1 2
B42	1 2 3 4 5 6
B43	1 2 3
B44	1 2 3
B45	1 2
B46	_____ relaciones
B47	1 2 3
B48	1 2 3

D49	_____	1 2	_____
D50	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

D51	1 2	D55	1 2	D59	1 2
D52	1 2	D56	1 2	D60	1 2
D53	1 2	D57	1 2	D61	1 2
D54	1 2	D58	1 2		

E62 _____

E63 _____

E64	_____	1 2 3
E65	_____	1 2 3
E66	_____	1 2 3

E67	1 2 3	E73	1 2 3	E79	1 2 3
E68	1 2 3	E74	1 2 3	E80	1 2 3
E69	1 2 3	E75	1 2 3	E81	1 2 3
E70	1 2 3	E76	1 2 3	E82	1 2 3
E71	1 2 3	E77	1 2 3	E83	1 2 3
E72	1 2 3	E78	1 2 3	E84	1 2 3
				E85	1 2 3

E86 1 2 3
4 _____

E87 1 2 3 4
5 _____

E88 _____ 1 2 3

E89 1 2 3
4 _____

E90 _____ 1 2 3

HOJA DE RESPUESTAS 2 de 2

91a	1 2 3	91d	1 2 3	91g	1 2 3
91b	1 2 3	91e	1 2 3	91h	1 2 3
91c	1 2 3	91f	1 2 3	91i	1 2 3
				91j	1 2 3

E92	1 2 3
E93	1 2 3
E94	1 2 3
E95	1 2 3
E96	1 2 3
E97	1 2
E98	1 2
E99	1 2
E100	1 2 3
E101	1 2 3
E102	1 2 3

F103	1a _____ b _____ veces 2 _____
F104	1 _____ 2 _____
F105	1 _____ 2 _____
F106	1 2
F107	_____ inyecciones
F108	1 2 3
F109	1 2 3

H110	1 2 3 4
H111	1 2 3 4
H112	1 2 3
H113	1 2
H114	1 _____ veces 2
H115	1 _____ veces 2
H116	1 2 3

1	abcde
2	abcde
3	abcde
4	abcde
5	abcde
6	abcde
7	abcde
8	abcde
9	abcde
10	abcde
11	abcde
12	abcde

13	abcde
14	abcde
15	abcde
16	abcde
17	abcde
18	abcde
19	abcde
20	abcde
21	abcde
22	abcde
23	abcde
24	abcde

25	abcde
26	abcde
27	abcde
28	abcde
29	abcde
30	abcde
31	abcde
32	abcde
33	abcde
34	abcde
35	abcde
36	abcde
37	abcde

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

CAMACHO 1998

ESCALA DE AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES CONFORMADA POR 20 REACTIVOS CON UN VALOR DE CONSISTENCIA INTERNA (OBTENIDA A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH) DE 0.8380

1. Las cosas son un desastre en mi vida
2. Me enojo fácilmente en mi casa
3. He querido abandonar mi casa
4. Desearía ser otra persona
5. Siento que mi familia me presiona
6. Pienso que no soy bueno(a)
7. Se me hace difícil aceptarme a mi mismo
8. Mi vida es muy complicada
9. Siento que soy un fracaso
10. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso
11. Tengo baja opinión de mi mismo
12. La mayoría de las personas son mejores que yo
13. Me siento inútil
14. Me siento mal en la escuela
15. Tomo una actitud positiva hacia mi mismo
16. Me siento mal por las cosas que hago
17. Mi familia me comprende
18. Me gustaría cambiar muchas cosas de mi
19. Se me hace muy difícil hablar en público
20. Me lleva mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cambio

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

VALLE-GOMEZ, 1999

ESCALA DE AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES CONFORMADA POR 25 REACTIVOS CON UN VALOR DE CONSISTENCIA INTERNA (OBTENIDA A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH) DE 0.8822

MARCA LA OPCION QUE CORRESPONDA MEJOR A TU MANERA DE SER Y PENSAR EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

(a) Siempre (b) Casi siempre (c) A veces (d) Casi nunca (e) Nunca

- | | |
|---|---|
| 1. Siento que tengo buenas cualidades | 13. Las cosas son un desastre en mi vida |
| 2. Siento que soy un fracaso | 14. La gente sigue mis ideas |
| 3. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso | 15. Tengo baja opinión de mi mismo(a) |
| 4. Tomo una actitud positiva hacia mi mismo(a) | 16. He querido abandonar mi casa |
| 5. Estoy satisfecho(a) de mi mismo(a) | 17. Me siento mal en la escuela |
| 6. Me siento inútil | 18. Me gusta mi apariencia física |
| 7. Pienso que no soy bueno(a) | 19. Si tengo algo que decir lo digo |
| 8. Se me hace difícil hablar en público | 20. Mi familia me comprende |
| 9. Puedo tomar decisiones sin mucho dificultad | 21. Siento que mi familia me presiona |
| 10. Soy popular entre la gente de mi edad | 22. Desearía ser otra persona |
| 11. Mi familia respeta mis sentimientos | 23. Me desanimo en la escuela |
| 12. Me siento mal por las cosas que hago | 24. Se me hace difícil aceptarme a mi mismo |
| | 25. Mi vida es muy complicada |