



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**ANÁLISIS EXPLORATORIO DE DISTINTAS
VARIABLES RELACIONADAS CON EL
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO
EN HOMBRES Y MUJERES
UNIVERSITARIOS**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

**DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE
RICARDO SÁNCHEZ MEDINA**

DIRECTORA: MTRA. SUSANA ROBLES MONTIJO
SINODALES: MTRO. EUGENIO DÍAZ-GONZÁLEZ ANAYA
MTRA. DIANA MORENO RODRÍGUEZ
SUPLENTE: LIC. IRMA BEATRIZ FRÍAS ARROYO
LIC. MARTHA RODRÍGUEZ CERVANTES



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. DICIEMBRE DEL 2004



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.

AGRADECIMIENTOS

A Susana Robles

Por el tiempo, el esfuerzo, la dedicación, el apoyo, los consejos, sugerencias, y sobre todo por la amistad que nos brindó durante nuestra formación durante la carrera, y que sin usted no hubiera sido posible la realización de la presente investigación. Finalmente gracias por ser una excelente tutora y amiga.

A Diana Moreno y Eugenio Díaz-González

Por el tiempo y esfuerzo dedicado a la revisión de cada punto y cada coma de este pilón de hojas, así como por el apoyo brindado y el tiempo que nos dedicaron para la concreción de este trabajo. Gracias.

A Beatriz Frías

Por la más cálida amistad, por los jalones de orejas, por los comentarios que nos hicieron crecer, por enseñarnos, apoyarnos y sobre todo por ser una gran amiga durante este largo camino que hoy se acaba con la finalización de este trabajo. Gracias.

A Martha Rodríguez

Por ser amiga, por los acertados comentarios y consejos durante nuestros estudios, y que hoy este trabajo es el fruto de todos los momentos de apoyo que nos brindaste. Gracias.

A Pedro Arriaga

Por la amistad, el apoyo y los consejos recibidos, así como por la ayuda que nos brindó en nuestros problemas escolares. Gracias por ser

nuestro tutor del PAEA y darnos la oportunidad de trabajar con un gran investigador como usted.

A Profesores y amigos:

A Josefina Ibáñez por darnos diversas oportunidades de seguir creciendo, así como la motivación que fue un punto clave para ser lo que somos. A Gerardo Chaparro por mostrarnos y enseñarnos que la vida es bella y que uno se lo complica todo lo que uno quiere, así como por abrirnos los ojos ante nuevas posibilidades. A Luis Strevel que es un gran amigo y que confío muchos años en que lo lograríamos, así como por sus enseñanzas, el apoyo y la confianza. A Ofelia Contreras por su apoyo incondicional desde que comenzamos este largo camino y que nos siguió hasta el final aportándonos diversas herramientas que hoy día nos siguen siendo útiles. A Rodolfo Barroso por la gran amistad y consejos acertados que nos dio. A todos ustedes gracias por tendernos la mano y no dejarnos caer.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT)

Por el apoyo económico y moral en la realización de esta investigación y que sin su colaboración no hubiese sido posible, así como por la oportunidad que nos otorgaron de formarnos y crecer en el campo de la investigación.

David Javier Enríquez Negrete

A mis padres:

Agradezco su tiempo y dedicación. Mi educación, mis conceptos, mis valores morales y mi superación se las debo a ustedes; esto será la mejor de las herencias, lo reconozco y lo agradeceré eternamente. Los quiero mucho.

A mi madre:

Que este humilde testimonio de amor, impreso en letras de molde, quede grabado en tu corazón. A ti mamá, que en las noches de tormentos, siempre me brindaste la seguridad. Mujer que ha sufrido para llevarme por el buen camino y que me ha brindado lo mucho o poco que tenia; me siento orgulloso de ti madre. Te dedico este trabajo por el apoyo y el amor incondicional; por estar siempre conmigo cuando más te necesite; por darme tus noches y tu amor, ¡cuán poco te he dado por tanto favor!. Por darme la vida sin nada a cambio, hoy quisiera darte el fruto de tu trabajo. Gracias.

A mi padre:

A ti papá, que eres la persona más maravillosa de la tierra, a ti que junto a mamá supiste estar siempre a nuestro lado, agradezco a ese hombre; ese hombre que todo nos ha dado, que casi de sol a sol ha trabajado; que su único afán es sacar a su familia adelante, que nos ha dado todo su amor que es lo más importante. Hoy quisiera darte los frutos de tu cosecha. Gracias.

A mis hermanas:

A ustedes que me apoyaron y aguantaron malos tratos míos, así como mi mal carácter, producto de mis presiones y del esfuerzo para llegar a mi objetivo y realización de mis ideales. Las quiero. Gracias.

A Ricardo:

Porque el mejor amigo no es el que te seca las lágrimas, sino el que no deja que salgan. Porque un amigo es un ángel que nos ayuda a ponernos de pie otra vez, cuando nuestras alas se han olvidado de cómo volar. Porque la amistad no se mide en minutos ni en años, se mide en lealtad, comprensión y colaboración. Porque un verdadero amigo es un alma en dos cuerpos. Por la oportunidad de conocerte y trabajar hombro a hombro en esta última batalla. Gracias.

A Puerquito:

Conocerte fue el destino, ser tu amigo era elección; pero enamorarme de ti estaba fuera de mi control. A ti puerquito, por el apoyo incondicional y la comprensión que me diste desde el CCH hasta la finalización de mi licenciatura. Gracias por animarme y ayudarme a levantar en mis caídas. Te quiero, porque propones un pacto que selle la tierra con el cielo, la luz con la sombra e invocas los misterios del tiempo y me nombras. Porque buscando una poesía recorrí el mundo entero tres veces, pero no la encontré como tú te la mereces. Te amo.

A mis amigos:

Por que un amigo no es aquel que regala rosas, sino aquel que le quita las espinas. Para Abraham López, Anabel Casas, Edith Cavita, Pamela Velásquez y Blanca Ahumada, por confiar ciegamente en que podría lograrlo y no dudar jamás de mis habilidades y capacidades, así como por su apoyo incondicional en todo momento.

Ricardo Sánchez Medina

A mi familia:

Quiero agradecer a mis papás por todo el amor y cariño que me han dado en todos estos años, gracias por todo el apoyo moral, aun cuando me equivocaba, realmente doy gracia a Dios por tener unos padres como ustedes.

Gracias papá por enseñarme a ser responsable y comprometido con lo que hago; y no porque tu me lo dijeras, sino por el ejemplo que tu me diste. Gracias mamá por estar conmigo, por haberme cuidado, y sobretodo por el amor que me has brindado todos estos años sin esperan nada a cambio.

Quiero agradecer a mis hermanas, Araceli y Daniela; quiero que sepan que pase lo que pase pueden contar conmigo, aun a través de la distancia o de los años. A ti Araceli agradecerte todos los años de infancia que compartimos, no solo fuiste mi hermana, sino una amiga, gracias por confiar en mí, por creer en mí, aunque a veces te traicionaba, pero quiero que sepas que nunca fue con el fin de perjudicarte. A ti Daniela aunque la mayor parte del tiempo nos la pasamos peleando, quiero que sepas que te quiero mucho y que en mí, no solo tienes a un hermano, sino a un amigo; gracias por recordarme que la vida es más sencilla de lo que parece.

A mis amigos:

Quiero agradecer a los amigos que he tenido a lo largo de todos estos años que de cierta forma estuvieron conmigo en momentos importantes en mi vida. Principalmente, quiero agradecer a Pedro, Miguel, Verónica, Ma. de Jesús, Adrián, Juan Luis, José Luis, Milagros, Benjamín, Raymundo, Martha, Ricardo, Pamela y Edith; quienes a pesar del tiempo y de los años, les agradezco por haber sido mis amigos y no solo mis compañeros, gracias por confiar y creer en mí; sobretodo, gracias por todo el tiempo que compartimos juntos.

Asimismo, te agradezco Luis por enseñarme a observar, analizar y callar; aunque tarde, supe el significado de lo que me querías decir con

eso. Gracias Alfonso por enseñarme que en una verdadera amistad no hay hipocresías, ni mentiras, gracias a eso supe quiénes eran mis amigos y finalmente comprendí que no hay peor ciego que el que no quiere ver. Gracias Karina por enseñarme a descubrir que a pesar de las derrotas puedo salir adelante, gracias ya que gracias a eso, aprendí que soy capaz de luchar por todo lo que me propongo aunque a veces no sea lo mejor, ni lo más conveniente.

Finalmente, y no por eso menos importantes, quiero agradecer a tres personas a las que quiero, respeto y admiro muchísimo.

Erika que te puedo decir, gracias por ser mi mejor amiga, mi confidente, mi paño de lágrimas; por todos los buenos y malos momentos que compartimos durante todos estos años, gracias ya que sin ti no hubiera conocido el significado de una verdadera amistad... gracias por todos los buenos y malos consejos y sobretodo gracias por estar conmigo durante más de diez años; aunque finalmente, lo que realmente vale es nuestra amistad.

David, creo que faltarían palabras para expresarte lo importante que has sido para mí, solo puedo decirte gracias por todos los buenos y malos momentos que compartimos, por todo el trabajo y por todas las obsesiones que nos dejaron sin aliento y como te lo dije hace poco: fue un placer haber trabajado contigo; en verdad gracias no solo por ser mi amigo, sino por ser mi hermano... en verdad mil gracias.

Diana muchas gracias por estar conmigo durante más de cuatro años, por ser alguien muy especial para mi, no se si el día de mañana lleguemos a estar juntos, sin embargo, hoy simplemente quiero decirte que te amo... más de lo que a veces demuestro. En verdad gracias por estar conmigo en momentos agradables y felices; pero te agradezco más por estar conmigo en días amargos y difíciles; y a pasar de todo lo que hemos pasado juntos, doy gracias a dios por haberte puesto en mi camino...

<i>Agradecimientos</i>	i
David Javier Enríquez Negrete.....	iii
Ricardo Sánchez Medina.....	v

CONTENIDO

RESUMEN	1
----------------------	----------

INTRODUCCIÓN	2
---------------------------	----------

CAPITULO 1

PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN JÓVENES ADOLESCENTES	7
--	----------

1.1 Embarazos no deseados en adolescentes.....	7
--	---

1.2 Aborto en adolescentes.....	9
---------------------------------	---

1.3 Infecciones de Transmisión Sexual.....	10
--	----

1.3.1 Tipos de ITS.....	11
-------------------------	----

1.4. VIH/SIDA.....	14
--------------------	----

1.4.1 ¿Qué es el VIH/SIDA?.....	14
---------------------------------	----

1.4.1.1 Historia del VIH/SIDA.....	15
------------------------------------	----

1.4.1.2 Desarrollo del SIDA.....	18
----------------------------------	----

1.4.1.3 Pruebas para detectar el VIH.....	20
---	----

1.4.2 Transmisión del VIH/SIDA.....	21
-------------------------------------	----

1.4.3 Estadísticas nacionales del VIH/SIDA.....	23
---	----

1.4.4 Estadísticas internacionales de VIH/SIDA.....	25
---	----

CAPITULO 2

PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA	28
--------------------------------------	-----------

2.1 Desarrollo de vacunas para el VIH/SIDA.....	28
---	----

2.2 Campañas de prevención del VIH/SIDA.....	31
--	----

2.3 El condón cómo método preventivo del VIH/SIDA.....	37
--	----

2.3.1 Material y proceso de elaboración.....	37
--	----

2.3.2 Pasos a seguir en la colocación correcta del condón masculino..	38
---	----

2.3.3 Pasos a seguir en la colocación correcta del condón femenino...	39
---	----

2.3.4 Tipos de condones.....	39
2.3.5 Calidad y costos de los condones.....	44
2.4 ¿Por qué los adolescentes no usan condón?.....	47

CAPITULO 3

MODELOS DE SALUD RELACIONADOS CON LA CONDUCTA SEXUAL.. 51

3.1 Modelo de Creencias de Salud.....	52
3.2 Modelo de Autoeficacia.....	56
3.3 Modelo de Reducción de riesgo.....	63
3.4 Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada.....	68
3.5 Modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada.....	72
3.6 Modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del VIH/SIDA.....	76

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 86

REPORTE DE INVESTIGACIÓN..... 92

Objetivo general.....	93
Objetivos específicos.....	93

METODO..... 95

Población universo.....	95
Procedimiento de selección de la muestra.....	95
Características de la muestra.....	95
Escenario.....	97
Materiales.....	97
Diseño.....	97
Variables.....	97
Instrumentos de evaluación	99
Medidas de las variables.....	100
Procedimiento.....	101

RESULTADOS.....	102
PRIMERA PARTE.....	102
a) Conocimientos sobre VIH/SIDA.....	102
b) Patrón de comportamiento sexual.....	103
c) Consistencia y uso del condón.....	104
d) Correlación entre conocimientos sobre VIH/SIDA, patrón de comportamiento sexual y consistencia del uso del condón.....	106
SEGUNDA PARTE.....	107
a) Prácticas sexuales de riesgo.....	107
b) Creencias de prevención y de riesgo en cada práctica sexual.....	108
c) Otras conductas de riesgo y prevención por cada práctica sexual....	109
d) Correlación entre creencias de prevención y de riesgo; y comportamiento preventivo y de riesgo.....	111
e) Relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable.....	112
DISCUSIÓN.....	115
REFERENCIAS.....	146
ANEXO 1. GRÁFICAS.....	164
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.....	171

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue comparar diferentes variables asociadas al riesgo para contraer VIH/SIDA en hombres y mujeres universitarios sexualmente activos. Se aplicó un cuestionario a estudiantes de la FES Iztacala del turno matutino; de los 1168 estudiantes que respondieron el cuestionario, se seleccionaron aquellos que cumplieron con el criterio de inclusión: haber tenido relaciones sexuales, resultando un total de 691 estudiantes, de los cuales el 37.3 % son hombres y el 62.7 % mujeres, ambos con una edad promedio de 20.58 años (SD=2.23). Se utilizó un diseño prospectivo, transversal, comparativo y observacional de acuerdo a la clasificación de Méndez, et al. (2001). Se evaluaron los conocimientos sobre VIH/SIDA en tres áreas (Sintomatología, Transmisión y Prevención del VIH/SIDA); patrón de comportamiento sexual; consistencia del uso del condón; prácticas sexuales (relaciones sexuales anales, relaciones sexuales vaginales, relaciones sexuales orales y masturbación con alguna pareja); de estas prácticas sexuales se evaluaron las creencias de prevención y de riesgo en cada práctica sexual y otros comportamientos preventivos y de riesgo por cada práctica sexual. Los resultados indican que tanto hombres como mujeres, obtuvieron un nivel de conocimientos aceptable, fue mayor el porcentaje de hombres que mostraron un patrón de comportamiento sexual riesgoso en comparación con las mujeres, pero fue menor el porcentaje de mujeres que reportaron usar el condón y que fueron inconsistentes en su uso. También fue mayor el porcentaje de hombres, que realizaron cada práctica sexual, excepto en la de penetración vaginal, lo que posibilita un mayor riesgo de contagio de VIH/SIDA, principalmente en las relaciones sexuales anales. Asimismo, se encontró un mayor porcentaje de hombres, comparado con las mujeres, que tuvieron creencias de riesgo en cada práctica sexual. Por otro lado, fue mayor el porcentaje de hombres que presentaron otras conductas de riesgo en relaciones orales y masturbación en pareja; en cambio en las mujeres, fue mayor el porcentaje que presentó otras conductas de riesgo en las relaciones vaginales y anales. El análisis de correlación entre variables mostró una relación positiva entre las creencias de riesgo, y otras conductas de riesgo en algunas prácticas sexuales. Asimismo, comparado con las mujeres, se encontró un mayor porcentaje de hombres que reportaron tener relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable y que usaron el condón con la pareja ocasional. Los resultados se discuten considerando la importancia de evaluar en forma integral variables conductuales relativas a la historia de relación sexual de los estudiantes, enfatizando las diferencias específicas que se presentan entre hombres y mujeres universitarios. Asimismo, se propone generar estrategias de intervención conductual dirigidas específicamente a las habilidades conductuales que hombres y mujeres deben tener para evitar el riesgo de transmisión del VIH/SIDA y de embarazos no planeados.

Palabras clave: consistencia en el uso del condón, comportamiento sexual, riesgo, prevención, estudiantes universitarios, VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un problema de salud a nivel mundial que actualmente no tiene cura y es mortal (Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C., 2001; Herrera y Campero, 2002; CONASIDA, 2003; ONUSIDA, 2003). El Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) es la consecuencia de la infección por el VIH que causa la destrucción progresiva del sistema inmunológico y posee capacidad de mutación, lo que hace difícil su control y la elaboración de una vacuna eficaz (Ponce de León y Rangel, 2000).

A pesar de que actualmente se cuentan con muchas pruebas de detección del VIH solamente el 5% de la población mundial conoce su estado inmunológico al hacerse alguna prueba de detección (Medina, 2003), lo que refleja la gran cantidad de personas que están infectadas en el mundo y no lo saben, poniendo, de esta manera, en riesgo la vida de otras personas.

El VIH puede transmitirse de tres formas, la primera es mediante el uso compartido de agujas, jeringas, instrumentos contaminados o transfusión sanguínea; la segunda, es de la madre al feto y la tercera por vía sexual (Ponce de León y Rangel, 2000; CENSIDA, 2003). Sin embargo, la vía más frecuente de transmisión del VIH es la sexual, ya que cerca del 90% de los casos acumulados se han infectado por esta vía (Ponce de León y Rangel, 2000; Santos, et al., 2003; CENSIDA, 2003). Hasta noviembre del año 2003, en México se han registrado de manera acumulada 71,526 casos de SIDA. Se estima que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH en personas entre los 15 y 44 años de edad, siendo esta la población más afectada por el VIH (79.1% de casos de VIH/SIDA). El 84.8% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.2% a mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 6 a 1. De acuerdo con ONUSIDA (2003), a finales del 2003 había un total de 40 millones de personas viviendo con el VIH, por lo que actualmente es un problema mundial que atenta contra la vida de millones de personas.

Con base en lo anterior, los adolescentes se constituyen en una población de riesgo, ya que están en una edad en la que inician sus relaciones sexuales y son más susceptibles de contraer el VIH (CONASIDA, 2003; ONUSIDA, 2003). Ante esta situación, algunas asociaciones internacionales se han dado a la tarea de crear campañas preventivas para disminuir los altos índices de casos de personas infectadas por el VIH; una de las formas que más se ha difundido para prevenir el SIDA, es la utilización correcta y consistente del condón. Algunos estudios han demostrado que la eficacia de los condones de látex para prevenir la transmisión del VIH, cuando se utilizan de manera correcta y consistente, es cercana al 100 por ciento (De Carlo, 1996, Secretaria de Salud, 1997).

Sin embargo, a pesar de que la eficacia de prevención del VIH por medio del uso del condón es alta, de que hay información de cómo usarlo y de la gran gama de posibilidades de elección, en función de las necesidades de la persona, las personas no usan condón, lo que las pone en riesgo de contraer VIH/SIDA, por ese motivo, se han retomado modelos enfocados a explicar el proceso salud-enfermedad que cuenta del por qué las personas llevan a cabo comportamientos que afectan su salud; donde se ha tratado de explicar el por qué la gente tiene comportamientos de riesgo para contraer VIH.

Los profesionales de la salud, retomando estos modelos, han realizado una gran variedad de estudios que tratan de explicar el por qué las personas no usan condón y se ha encontrado creencias sobre que no es placentero, su religión no les permite usar el condón, creen que al usarlo el hombre pierde la erección, algunas personas consideran que se puede romper, que el VIH puede atravesar el látex o que es poco útil, no se creen capaces de utilizarlo, entre otras creencias que los lleva a no usar el condón (Ramos, Díaz, Saldívar y Martínez, 1999; Díaz y Alfaro, 1999; Díaz y Rivera, 1999; González y Rosado, 2000; Torres y Díaz, 1999; Villagrán y Díaz, 1999; Flores y Leiva, 2003; Bandura, 1994, 1999).

Otros profesionales consideran que los adolescentes no usan condón debido a la abnegación por parte de la mujer, se asocia la baja moralidad con el no uso del condón, el estrato socioeconómico, la mala educación sexual, se asocia el SIDA con una imagen "gay" o al uso con drogas, el poder de decisión por

parte del hombre en el terreno sexual, la subordinación de la mujer en la elección dentro de la pareja, solo por mencionar algunos (Rico, 1995; Ramos et al., 1999; González y Rosado, 2000; Villaseñor et al., 2003).

Asimismo, también se consideran factores conductuales como el déficit de habilidades conductuales, como por ejemplo, pena para pedir condones en la farmacia, la falta en entrenamiento de habilidades sociales para pedirlo o negociarlo, las incompetencias de comunicación o falta de estrategias de negociación, el poner incorrectamente el condón, usarlo inconsistentemente, tener comportamientos de riesgo, entre otros (Nangle y Hansen, 1998; Carter, McNair y Corbim, 1999; Hovell, Blumberg, Liles, et. al 2001; Visser y Smith, 2001; Flores y Leiva, 2003; Tulloch, McCaul, Miltenberger, y Smyth, 2004; Lam, et al., 2004).

Ante esta problemática, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, profesores de la universidad crearon un proyecto de investigación en Psicología y Salud Sexual, cuyo objetivo general es desarrollar investigación aplicada que promueva la salud sexual de adolescentes y adultos jóvenes. Para cubrir con este propósito se divide en cinco líneas de investigación. El estudio que aquí se presenta forma parte de una de esas líneas titulada “Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA¹”, donde se aborda el estudio de la comunicación sexual asertiva en parejas de adolescentes y adultos jóvenes y su relación con la adopción de comportamientos preventivos relacionados con el VIH/SIDA; el cual comprende un estudio exploratorio sobre el comportamiento sexual de riesgo en estudiantes de educación superior y un estudio de intervención enfocado al entrenamiento en comunicación sexual asertiva y sus efectos en el uso del condón. El estudio que aquí se presenta y que constituye el reporte de investigación, corresponde a los datos generados por el estudio exploratorio, cuyo objetivo es comparar diferentes variables asociadas al riesgo para contraer VIH/SIDA en hombres y mujeres universitarios sexualmente activos.

¹ Este proyecto está financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), con número de registro IN300402.

El presente trabajo está organizado de la siguiente forma: en el capítulo 1, se abordan temas relacionados con embarazos no deseados, aborto, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, describiendo las características de Virus de Inmunodeficiencia Humana y del SIDA, su historia, su desarrollo, las pruebas para detectarlo, su transmisión, finalizando con estadísticas nacionales e internacionales sobre los casos de VIH. El capítulo 2 está dedicado a la prevención del VIH/SIDA, se menciona el desarrollo de vacunas para el VIH, las campañas de prevención del VIH/SIDA, el condón cómo método preventivo del VIH y todo lo referente al material con el que están elaborados, su resistencia, los distintos tipos que hay en el mercado, costos y los pasos a seguir para su colocación correcta. El capítulo finaliza con un análisis de los motivos que han llevado a los adolescentes a no usar el condón en sus relaciones sexuales.

El capítulo 3 describe algunos modelos enfocados a explicar el proceso de salud-enfermedad, tales como el Modelo de Creencias de Salud, el Modelo de Autoeficacia, el Modelo de Reducción de riesgo, el Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada, el Modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada, finalizando con el Modelo de Prevención de Enfermedad y su aplicación al caso del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992).

Posteriormente, se describe el objetivo general y objetivos específicos del reporte de investigación, con la metodología empleada que permitió la realización de este trabajo. En la sección de resultados se muestra, en un primer momento, lo relativo al nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, el patrón de comportamiento sexual y el uso y consistencia del condón. En un segundo momento se presenta un análisis sobre las prácticas sexuales de riesgo que reportaron tener los estudiantes que participaron en el estudio, y dentro de estas prácticas se describen las creencias de riesgo y otras conductas de riesgo, asimismo se analizan las relaciones sexuales ocasionales; finalizando con un análisis de correlación entre estas variables. En el último capítulo se discuten los hallazgos más importantes encontrados en la presente investigación, considerando la importancia de evaluar en forma integral variables conductuales relativas a la historia de relación sexual de los estudiantes, enfatizando las diferencias

específicas que se presentan entre hombres y mujeres universitarios. Asimismo, se propone generar estrategias de intervención conductual dirigidas específicamente a las habilidades conductuales que hombres y mujeres deben tener para evitar el riesgo de transmisión del VIH/SIDA y de embarazos no planeados.

.

CAPITULO 1

PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN JÓVENES

ADOLESCENTES

1.1 Embarazos no deseados en adolescentes

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ha considerado en México como una prioridad de atención dentro del Plan Nacional de Salud (Núñez, Hernández, García, González y Walter, 2003), ya que diariamente en el mundo ocurren 100 millones de relaciones sexuales y de éstas un millón terminan en embarazos no deseados (Esquivel, Casanova y Uc, 2001). De acuerdo con el INEGI (1993, citado en Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 1997) en México existen cerca de 30 millones de jóvenes; el número de embarazos adolescentes asciende a más de 30 mil anualmente, lo que da un aproximado de 82 embarazos diarios; situación que pone de manifiesto la importancia que tiene la salud sexual y reproductiva.

La trascendencia de este aspecto se puede ver reflejada según Ríos (2001) en el hecho de que de 366 nacimientos, el 70% no fue planeado, además de que las mujeres eran menores de 19 años de edad. GIRE (1997) reporta que cada día hay 910.000 partos en el mundo, de los que al menos el 25 por ciento no son deseados, contexto que refleja que este problema no ocurre solo a nivel nacional, sino también a nivel internacional.

En diversos trabajos se han señalado que los embarazos no deseados afectan a mujeres de todas las edades y condiciones sociales¹, a parte de que suelen ser peligrosos, ya que se pueden presentar cuidados inadecuados durante el embarazo así como complicaciones que pudieran presentar un riesgo tanto para la madre como para el hijo (López, 1998; Cruz, 2001; Bailón, Coutado, González,

¹ Son más frecuentes en las edades de la vida fértil y en situaciones de menor nivel socioeconómico y educativo (Cruz, 2001).

Fuentes y López, 2001; CIMAC (Comunicación e Información de la Mujer, A. C.), 2003 y Núñez et al., 2003).

Se documentó en México, alrededor de los años 90, que el debut sexual se ha ido presentando a edades más tempranas (en hombres a los 16 años y en mujeres a los 19 años), lo que ha posibilitado que la edad del matrimonio se postergue y se incrementen los embarazos no deseados fuera del matrimonio (Núñez et al., 2003); hecho que puede llevar a muchas mujeres adolescentes a enfrentar riesgos de salud y a la de su(s) hijo(s).

Las personas adolescentes embarazadas van en aumento; Núñez et. al., (2003) al analizar los datos de una encuesta aplicada en una población entre los 10 y 24 años en el área metropolitana de la Ciudad de México² encontró que el 50% de las mujeres habían tenido un embarazo no deseado y el 36% por lo menos un embarazo entre los 10 y 24 años. La situación no ha mejorado desde los años 80's, Ríos (2001) reportó a finales del 2001 un estudio donde se entrevistaron a mujeres³, de las cuales, una tercera parte informó no utilizar algún método para prevenir embarazos, y corresponde a mujeres menores de 19 años de edad. Los datos anteriores apoyan y confirman el riesgo de las adolescentes de tener un embarazo no deseado a edades más tempranas, y se corrobora el hecho de que las relaciones sexuales se están comenzando a dar a edades cada vez más tempranas (CIMAC, 2003 y Núñez et al., 2003). En este sentido los adolescentes suelen considerarse como una población cada vez más susceptible de tener un embarazo no deseado debido al debut sexual a edades tempranas (Villagrán y Díaz, 1992; Díaz, Flores, Rivera, et al., 1999, Díaz y Alfaro, 1999).

El evitar los embarazos no deseados y prevenirlos se contempla dentro de la Salud Sexual y Reproductiva, ya que puede traer algunos riesgos para las madres jóvenes y sus hijos; cuando el embarazo se complica les puede costar hasta la vida. El problema es grave, no solamente en México, sino en el mundo, ya que el número de relaciones sexuales que se tienen a diario es sumamente alto, lo

²Los datos de Núñez et al. (2003) fueron tomados de la Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAM) que se aplicó en el año de 1988.

³La muestra fue de 899 mujeres mexicanas.

que posibilita un embarazo cuando no se toman las medidas necesarias. El problema parece afectar sobre todo a mujeres adolescentes, ya que los jóvenes actualmente están comenzado su vida sexual en esta etapa, lo que a la vez facilita que se lleven a cabo abortos, gracias a que los adolescentes al no estar preparados y no saber qué hacer con un embarazo no deseado optan por el aborto, situación que les trae consecuencias en su salud, incluso corren el riesgo morir.

1.2 Aborto en adolescentes

El aborto al igual que el embarazo no deseado, es un grave problema de salud pública. Primeramente por su magnitud, y en segundo término por el impacto en los grupos vulnerables (los adolescentes y grupos marginados) y finalmente por los recursos económicos que consume del sistema de salud (Cruz, 2001). El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 1997) señala que de cada 1,000 jóvenes mexicanas de entre 15 y 19 años, 126 han tenido un hijo y casi el 10% han sufrido un aborto.

La mayoría de los abortos en México se realiza en forma clandestina (Astudillo, 2000) y muchas veces se practica con técnicas peligrosas, en malas condiciones de higiene, y por personas no profesionales. Como resultado, la incidencia de complicaciones es elevada y en muchos casos requieren atención médica de urgencia⁴. Un aborto complicado puede implicar un elevado riesgo para la vida, días o semanas de internado, intervenciones quirúrgicas de emergencia, transfusiones de sangre, medicamentos, solo por mencionar los más importantes.

Lo anterior es de suma importancia si se considera que en todo el mundo fallecen unas 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el

⁴ Según Aponte (1997), entre los peligros y las emergencias más comunes se encuentran las hemorragias, infecciones y perforación uterina. La práctica clandestina del aborto en México genera más de mil mujeres muertas. Cada doce meses, en las estadísticas mexicanas son registrados 800 mil casos, 110 mil de ellos inducidos, señala el reporte anual del Fondo de Población de Naciones Unidas.

parto, de ellas 200.000 mueren en abortos clandestinos (GIRE,1997). A nivel mundial se registran 100 millones de embarazos no deseados al año, pero 20 millones de mujeres se enfrentan a la difícil situación de interrumpir la gestación, es decir, de abortar (Cruz, 2001).

Generalmente, en el aborto clandestino mueren muchas mujeres, por las condiciones en las que éste se práctica, sobre todo por la higiene, por tanto, la práctica clandestina del aborto influye para que haya cifras elevadas de mortalidad materna, ya que muchas muertes ocurren como consecuencia del embarazo no deseado (Astudillo, 2000).

Se puede encontrar una relación entre los embarazos no deseados y los abortos, ya que al embarazarse y no tener la preparación necesaria (López, 1998; CIMAC, 2003; y Núñez et al., 2003) y ante la desesperación, los adolescentes optan por el aborto como una solución, no obstante los riesgos son muchos y se pone en peligro la vida.

Como hemos visto hasta el momento, el tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas implica riesgos como embarazos no deseados, que pueden terminar en abortos, o complicaciones de salud para la madre o su hijo, sin embargo, hay otros peligros que se pueden considerar como consecuencia de las relaciones sexuales sin medidas preventivas, entre estas se encuentran las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

1.3 Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones que se transmiten por contacto sexual, por penetración o sexo oral, se denominan Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), de hecho, la falta de oportunidad de hablar sobre prácticas sexuales lleva a propagar la ignorancia y falsas creencias. La falta de conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) impide que millones de mujeres y hombres conozcan lo que pone en riesgo su propia salud, la de sus parejas y la de sus hijos (Kilby, 1988; Aguilar, Lebrija, Miranda y Velasco, 1990).

Las personas infectadas con ITS son muchas, ya que de 100 millones de relaciones sexuales que ocurren diariamente en el mundo, cerca de medio millón terminan en alguna ITS (Esquivel, et al., 2001), y las consecuencias de éstas pueden ser devastadoras cuando no se atienden; entre las consecuencias se encuentran: esterilidad, ceguera, desórdenes mentales, defectos físicos de nacimiento, aumento en las probabilidades de desarrollar un cáncer, enfermedades cardíacas e inclusive la muerte. Algunas de las ITS más importantes y comunes son: hongos, gonorrea, sífilis, uretritis no específica, herpes genital, virus del Papiloma Humano (VPH), chancro blando, hepatitis, candidiasis y Tricomoniasis⁵ (Del amo, 1999).

1.3.1 Tipos de ITS

Los tipos más comunes de ITS según Pérez (1986); Arenas (1987); Del Amo (1999) y Saúl (2001) son:

- ♦ *Blenorragia o Gonorrea*: es la ITS más frecuente en todo el mundo y se ve en todos los grupos sociales y en todos los países, se dice que hay más de 100 millones de infecciones de este tipo por año. Su periodo de incubación es de 2 a 5 días y puede ser asintomática, pero infectante sobre todo en las mujeres (70% a 80%), menos en los hombres (10 a 20%), esto es importante porque la persona no se da cuenta que su pareja sexual está enferma y le puede pasar la infección (Saúl, 2001). La infección ataca los tejidos urinarios y genitales, pudiendo afectar también los de los ojos y los de los órganos genitales internos. En el hombre produce dolor y ardor al orinar, acompañados de una secreción purulenta y amarillenta. En las mujeres se puede presentar flujo o descarga purulenta acompañada de irritación vaginal o dolor al orinar. Cuando no se lleva a cabo un tratamiento inmediato, puede producir otros problemas y atacar órganos internos tanto

⁵ En los hombres las ITS más comunes son: la candidiasis, la tricomoniasis, la sífilis y el herpes genital. En las mujeres: gonorrea y la clamidiasis y la infección asociada al cáncer cérvico-uterino y, señalada como la segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas, el papiloma humano (Esquivel et al., 2001).

en el hombre como en la mujer y, en esta última instancia, producir esterilidad (Pérez, 1986; Arenas, 1987).

- ◆ *Urethritis inespecífica o no gonocócica*: se refiere a las manifestaciones genitourinarias caracterizadas por disuria, secreción y aumento en la frecuencia urinaria. El agente que lo causa puede ser diverso, como por ejemplo la clamidia tracomatis, ureaplasma urealiticum o micoplasma T, tricomonas, monilias, herpes genital, estafilococo aureus coagulasa positivo, preteus entre otros. El periodo de incubación es de una a tres semanas. Puede haber aumento de la frecuencia urinaria secreción uretral, es decir, un moco que purulenta (Pérez, 1986).
- ◆ *Virus del Papiloma Humano*: es un virus que es causante de verrugas en los genitales o en la zona del ano (Arenas, 1987).
- ◆ *Sífilis*: es una enfermedad infecto-contagiosa producida por un microorganismo denominado Treponema Pallidum y generalmente se adquiere por contacto sexual (Aguilar et al., 1990). La infección reside en su fácil transmisibilidad, en su sintomatología muy variada, en el ataque a estructuras importantes como el sistema nervioso central y el aparato cardiovascular (Saúl, 2001). Si no se trata progresará a través de tres etapas diferentes:
 - Etapa primaria: hay un periodo de incubación que va de dos a tres semanas; posteriormente aparece a primera manifestación: el chancro sifilítico o chancro duro que dura entre 3 y 6 semanas y después desaparece espontáneamente y la enfermedad vuelve ser latente por un tiempo (Arenas, 1987; Saúl, 2001).
 - Etapa secundaria: esta etapa inicia cuando el Treponema Pallidum ha pasado la sangre y se manifiesta a través de síntomas en la piel, mucosas, anexos de la piel y órganos, esto se da como erupciones de granitos rojos costrosos. La característica de esta etapa es su transmisibilidad y su curación espontánea en pocas semanas. Después de ello a sífilis vuelve a ser latente (Arenas, 1987; Saúl, 2001).

- Antes de los dos años, en cualquier momento y sobre todo cuando la enfermedad ha sido mal tratada, puede venir en algunos casos un nuevo episodio sintomático con lesiones semejantes a las de la etapa secundaria, pero en forma limitada, conocido con el nombre de *relapso, recaída o secundarismo tardío* y después de ello no habrá más lesiones hasta las manifestaciones tardías, donde la enfermedad hace erupción nuevamente sin advertencia y puede atacar cualquier órgano del cuerpo, incluso puede causar hasta la muerte (Arenas, 1987; Saúl, 2001).
- ◆ *Chancro blando o chancroide*: es una enfermedad transmitida por contacto sexual, localizada a genitales, causada por *Haemophilus ducreyi*; tiene una incubación de 2 a 5 días y se caracteriza por las úlceras que deja. Su distribución es mundial y más frecuente en países tropicales. Puede haber secreción al dejar la llaga o úlcera descubierta la piel con aspecto de tejido de granulación (Arenas, 1987).
- ◆ *Vulvo vaginitis*: esta infección afecta únicamente al sexo femenino. Pueden aparecer manchas color marrón, con poco olor y puede estar acompañada de úlcera vulvar (Pérez, 1986).
- ◆ *Herpes*: hay dos tipos de infección, herpes I y II. El primero se da generalmente en los labios y boca y el segundo en genitales. Se manifiesta a través de ronchas rojas que se llenan de líquido claro y forman ampollas que causan dolor y comezón. La localización labial es de las más frecuentes, pero se ha incrementado mucho la consulta por herpes genital en México. El virus del herpes vive en forma latente en el organismo y se manifiesta por oportunismo, casi siempre después de un estrés físico o emocional, contactos sexual o menstruación. La incubación en el primer ataque es de 2 a 20 días; el cuerpo produce anticuerpos pero no inmunidad, por lo que se reactiva frecuentemente. Se localiza a menudo en el límite de piel y mucosas; por ellos predomina en labios o cerca de la boca; en genitales: en glánde o vulva; pero también se observa en región perianal,

aunque puede presentarse en cualquier parte de la piel (dedos mejillas y nalgas) (Arenas, 1987).

- ◆ *Otras infecciones:* hay otras ITS que pueden transmitirse por contacto sexual, pero su importancia es menor debido a que su modo de transmisión principal se da por otra vía. Estas enfermedades son: amibiasis, conjuntivitis, criptosporidiasis, escabiosis, estreptococos del grupo B, fiebre e Lassa, ftiriasis, granuloma inguinal, hepatitis C y D, ladillas, leishmaniasis, linfogranuloma venéreo, molusco contagioso, virus citomegálico y virus del Ebola-Marburg (Pérez, 1986).

Las ITS mencionadas anteriormente constituyen las más comunes dentro de la población, sin embargo, la mayoría de las infecciones son curables (Pérez, 1986; Arenas, 1987; Saúl, 2001), no obstante, el VIH es un problema de salud a nivel mundial ya que es una ITS que actualmente no tiene cura y es mortal (Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C., 2001; Herrera y Campero, 2002; CONASIDA, 2003; ONUSIDA, 2003).

1.4. VIH/SIDA

1.4.1 ¿Qué es el VIH/SIDA?

En 1983 fue descubierto en París por Luc Montaigner, un virus llamado “Virus de Inmunodeficiencia humana” (VIH). El VIH se trata de un virus que produce la destrucción de las defensas del cuerpo y que se adquiere por la infección con el mismo, pertenece a la familia de los retrovirus, es decir aquellos virus cuya información genética está contenida en una molécula de ARN en vez de ADN, como es habitual en la mayoría de los seres vivos. El SIDA es la consecuencia de la infección por el VIH que causa enfermedad a través de la destrucción progresiva del sistema inmunológico. El SIDA significa Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida; y fue bautizado en 1982, en Atlanta, Estados Unidos, por un grupo de científicos americanos (Del Amo, 1999).

Se conocen dos tipos de virus identificados como los agentes etiológicos del SIDA. Estos dos tipos de virus son diferentes y se han llamado VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 se considera que es el responsable de la epidemia a nivel mundial, mientras que el VIH-2 solo se encuentra en África. Según Maroto, Bernal y García (2002); dicen que la infección por el VIH-2 es una zoonosis causada por varios eventos de transmisión desde los simios al ser humano. Aunque tanto el VIH-1 como el VIH-2; tienen una organización genómica similar, los dos pueden dar lugar al SIDA, pero presentan diferencias en sus características clínicas y biológicas. El VIH-2 se diferencia del VIH-1 en que la enfermedad que se produce es menos agresiva, evoluciona más lentamente hacia la destrucción del sistema inmunitario (Del Amo, 1999).

1.4.1.1 Historia del VIH/SIDA

Muchos investigadores se han preguntado acerca de dónde surgió el VIH, y han llegado a la conclusión de que el virus proviene de África, principalmente de África Central; en un inicio se conocía un virus parecido al VIH, pero en animales, el cual era el Virus de la Inmunodeficiencia del Simio (VIS) el cual causaba una enfermedad similar a la del SIDA en monos y el Virus de Inmunodeficiencia Felina (VIF), que causaba enfermedad en los gatos. Los científicos explican que el VIS pasó de los simios, a los seres humanos y se desarrolló como una nueva especie, dando origen al VIH (Del Amo, 1999). Explican que la transmisión del virus del mono al hombre fue debido a las mordeduras de monos y cacerías de los mismos, otros dicen que las prácticas sexuales con monos son los responsables de la transmisión del virus (Grmek, 1992).

Los primeros casos notificados de SIDA provienen de África y Europa y datan de 1959, y en Norteamérica de 1968 (Grmek, 1992). Para 1981 se reportó el diagnóstico de cinco casos de una extraña neumonía (neumonía por *Pneumocystis carinii*) en cinco hombres homosexuales en Los Ángeles, Estados Unidos. Unos meses después en la ciudad de Nueva York, se reportaron nuevos casos de esta extraña neumonía en hombres homosexuales que a su vez desarrollaban un

tumor poco frecuente, el sarcoma de Kaposi, que se manifestaba por unas manchas rojizas en la piel, además de que algunos de ellos el número de los linfocitos T habían disminuido notablemente.

Al comienzo todo parecía indicar que se trataba de una nueva enfermedad en la cual las defensas bajaban en los hombres homosexuales, sin embargo después se descubrió que se trataba de un nuevo virus, el VIH (Brookmeyer y Gail, 1994). En 1982 la primera infección de SIDA resultante de una transfusión lleva al gobierno de Estados Unidos a señalar que el suministro de sangre podría estar contaminado; posteriormente en 1983 se considera que los heterosexuales también están en peligro después de que 2 mujeres, cuyas parejas tenían SIDA, contraeran la enfermedad (Grmek, 1992).

En 1985 aparecen las pruebas diagnósticas bajo los nombres de ELISA y Western Blot y se realiza la primera Conferencia Mundial sobre SIDA en Atlanta, Estados Unidos. La cifra se eleva a 3 millones de casos. Para 1986, luego de un acuerdo internacional se denomina al agente causal del SIDA como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El conteo asciende a 4 millones de casos. Un año después (1987) los gobiernos de Francia y Estados Unidos anuncian un acuerdo sobre la patente del test serológico, de esta manera, termina la disputa entre Luc Montaigner y Robert Gallo, a quienes se considera codescubridores del virus. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el Programa Especial sobre SIDA, que más tarde se llamará Programa Mundial del SIDA, y se aprueba el primer fármaco antirretroviral contra el VIH. En México se prohíbe la comercialización de la sangre luego del escándalo del número de donadores remunerados infectados en los bancos de sangre privados. Se realiza la primera Caminata Nocturna Silenciosa en México y se lleva a cabo el Primer Congreso Nacional de SIDA. La cifra a nivel mundial aumenta a 5 millones (LETRA S, 2001).

En 1988 por primera vez, los ministros de Salud de todo el mundo se reúnen en Londres para abordar el problema del VIH/SIDA. En México se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA por decreto presidencial. La cifra mundial de casos se eleva a 7 millones. Para 1989 se reducen los precios de fármacos para el VIH y en México, se crea Mexicanos Contra el SIDA y

Confederación de Organismos no Gubernamentales, AC, como primera respuesta política y coordinada a nivel nacional frente al SIDA. CONASIDA lanza una campaña en pro del condón como medio de prevención; para ese entonces las personas con SIDA ascienden a 9 millones 500 mil casos.

Un año después, en 1989, se aprueba el segundo fármaco antirretroviral: didanosida o ddl. También en México se aprueba el uso del AZT. La estimación de casos mundiales se eleva a 14 millones y medio. En 1992, se aprueba el tercer medicamento antiviral: ddC. En Europa se empieza a comercializar el condón femenino. Se recomiendan los tratamientos combinados de dos antivirales. En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), junto con algunas organizaciones de lucha contra el SIDA, publica la Cartilla de Derechos Fundamentales de la Personas que Viven con VIH/sida. La pandemia sigue su curso ascendente, hay 17 millones de casos de VIH (LETRA S, 2001).

En 1993 la cuenta crece, ya que hay más de 20 millones de casos a nivel mundial. Un año después se aprueba la venta del cuarto medicamento: el d4T. En México, el SIDA pasa a ser la cuarta causa de muerte en varones de 25 a 34 años de edad. El conteo para ese entonces es de 24 millones de personas infectadas. En 1995 en Europa oriental, se detecta un brote de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas y en México, se publica la Norma Oficial Mexicana para el Control de la Infección por el VIH en el Diario Oficial de la Federación, y el mundo cuenta con más de 27 millones de personas con el virus. Para el siguiente año (1996) se crea el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Nuevos medicamentos son aprobados, entre ellos: indinavir y nevirapina. Se celebra la XI Conferencia Internacional sobre Sida en Vancouver, donde se da a conocer con gran optimismo el famoso "coctel antiviral", combinación de tres medicamentos que logra desacelerar el avance del virus en el organismo y la cifra de infecciones llega a los 30 millones 500 mil casos.

En 1997, el número de defunciones en los países donde se aplican las triterapias desciende de 33 a 50 por ciento. En México, el arzobispo Norberto Rivera Cabrera propone incluir en la envoltura de los condones la leyenda: "Este producto es nocivo para su salud" y la cuenta de infectados es de 33 millones a

nivel mundial. Para 1998, surge la AidsVax, primera vacuna en ser experimentada a gran escala en humanos y sube el costo de los medicamentos que los vuelve inaccesibles para el 90 por ciento de las personas afectadas en todo el mundo. Para ese entonces el reporte es de 6 mil personas contraen el virus diariamente en el mundo. Para el siguiente año crece la transmisión de virus resistentes a los medicamentos. Se decreta al SIDA desastre mundial y el conteo sigue su curso: 36 millones de infecciones, 16 millones de decesos.

En el 2000 crece la presión mundial para que las compañías rebajen sus precios en los países pobres y la nueva cifra es de 37 millones. Un año después, en el 2001, algunas compañías farmacéuticas rebajan sus precios en África y América Latina, y retiran las demandas contra los países productores de genéricos. El conteo al final del año 2001, es de 40 millones de casos y 20 millones de defunciones (LETRA S, 2001). A finales del 2003 se calculan que hay un total de 40 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, se considera que diariamente se infectan 14 000 personas entre los quince y veinticuatro años (ONUSIDA, 2003).

1.4.1.2 Desarrollo del SIDA

El SIDA es causado por el VIH y como todos los retrovirus, posee capacidad de mutación, lo que hace difícil su control y la elaboración de una vacuna eficaz (Ponce de León y Rangel, 2000).

El desarrollo del VIH/SIDA, se puede distinguir en 4 fases evolutivas de la infección (Brookmeyer y Gail, 1994; Ponce de León y Rangel, 2000):

Fase inicial: Muchas personas en esta fase no presentan síntomas evidentes inmediatamente después de infectarse por el VIH. Sin embargo, al cabo de tres a seis semanas, aproximadamente las personas desarrollan un síndrome agudo por VIH, cuyos síntomas duran alrededor de una semana y consisten en fiebre, dolor de garganta, cansancio, pérdida de apetito, náusea, vómito y diarrea, posteriormente los síntomas desaparecen. Durante esta etapa, la carga viral aumenta al máximo a medida que el virus (VIH) se extiende por el organismo,

después, la carga viral comienza a descender a medida que el sistema inmunitario responde a la infección. La cuenta de células CD4⁶ desciende durante esta fase porque el VIH destruye indirectamente la población de células durante el proceso de replicación viral (Brookmeyer y Gail, 1994; Ponce de León y Rangel, 2000).

Fase intermedia: La mayoría de las personas infectadas por el VIH no tienen síntomas en la fase intermedia. Algunas personas permanecen asintomáticas durante 10 años o más. Esto se debe a que siguen reponiéndose las células CD4 destruidas por el VIH, lo que les permite hacer frente al virus, en algunos casos durante años. Sin embargo, el equilibrio de fuerzas entre el sistema inmunitario y el VIH se inclina finalmente a favor del virus, momento en el que aparecen los síntomas de infección más avanzada. En esta fase cada día, miles de millones de células CD4 son creadas y a su vez destruidas por el VIH. Cuando la destrucción de células CD4 comienza a superar la producción de nuevas células CD4, el equilibrio de fuerzas se inclina a favor del virus. Cuando esto ocurre, el sistema inmunitario se debilita y hace que el organismo sea vulnerable (Brookmeyer y Gail, 1994; Ponce de León y Rangel, 2000).

Fase avanzada: en esta fase las personas pueden presentar varios síntomas, como por ejemplo, aumento del tamaño de los ganglios, manchas blancas en la lengua de origen infeccioso, hematomas o hemorragias inexplicables. Cuando el recuento de células CD4 desciende hasta niveles muy bajos, el sistema inmunitario se debilita y se vuelve más sensible a las enfermedades del SIDA, como la neumonía por *Pneumocystis carinii*, el sarcoma de Kaposi y una pérdida de peso importante conocida como síndrome de emaciación. El nivel del virus en la sangre aumenta rápidamente y el recuento de células CD4 disminuye hasta niveles muy bajos (Brookmeyer y Gail, 1994; Ponce de León y Rangel, 2000).

⁶ Los linfocitos T están compuestas por células colaboradoras, citotóxicas y supresoras. Las células cooperadoras o colaboradoras, son también llamadas CD4, que cooperan en las funciones del Sistema Inmunológico y sirven como reguladoras de las funciones inmunitarias. Los linfocitos T secretan mediadores proteínicos, llamados linfocinas, y sin las linfocinas de las células T el Sistema Inmunológico estaría casi paralizado. De hecho el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) destruye o inactiva las células T cooperadoras, lo que deja al organismo así totalmente desprotegido contra las enfermedades infecciosas provocando así los rápidos efectos mortales bien conocidos del SIDA (Tierney, McPhee y Papadakis, 1998; Guyton y Hall, 2000; Farreras y Rozman, 2000).

Fase Final: esta fase se caracteriza por un aumento de la replicación del VIH y coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (Síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertos tumores y alteraciones neurológicas, de modo que se dice que el infectado por el VIH tiene SIDA, en esta fase el sistema inmunológico está destruido. Algunos de los síntomas en esta fase son: fatiga Inexplicable, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, herpes, candidiasis bucal, diarrea inexplicable por más de un mes, esplenomegalia, leucopenia (disminución de la cuenta de leucocitos), linfadenopatía generalizada persistente, acortamiento persistente de la respiración y tos seca de varias semanas de duración, anemia hemolítica (destrucción anormalmente rápida de los glóbulos rojos), neumonía, y abscesos (pus en diversas partes del cuerpo) (Brookmeyer y Gail, 1994; Ponce de León y Rangel, 2000).

1.4.1.3 Pruebas para detectar el VIH

Se dice que una persona es seropositiva para el VIH cuando al realizarse algunas pruebas de laboratorio, se detecta la presencia del VIH en la sangre. Para describir a las personas seropositivas se emplean términos como: VIH positivas, portadores del VIH o sujetos con serología positiva; cada uno de estos términos describen a personas que tienen el virus en su cuerpo, pero que no han desarrollado una o varias enfermedades características del SIDA (Del Amo, 1999).

En la actualidad, para detectar el VIH, lo que más se emplea es el suero o plasma obtenido de una extracción sanguínea de la persona; pero también pueden emplearse diferentes líquidos orgánicos, como por ejemplo, la orina y la saliva, con los que también pueden realizarse pruebas confirmatorias del virus. La prueba de tamizaje es el análisis inmunoenzimático (EIA) o ELISA (enzyme-linked immunoabsorbent assay) (Del Amo, 1999; Keil, McIntyre y Amaya, 2000).

La prueba ELISA es sumamente sensible, lo que significa que puede detectar cantidades muy pequeñas de anticuerpos al VIH. Se saca una muestra de sangre y si la prueba da un resultado negativo, es difícil que haya VIH. Para

contrarrestar la posibilidad de que el resultado este equivocado, se administran otras pruebas. Algunos ejemplos de estas pruebas son, la prueba Western Blot y la IFA son muy específicas para detectar anticuerpos al VIH, por lo que pueden descubrir casi siempre los resultados positivos de la ELISA. Solamente cuando estas pruebas dan también un resultado positivo se considera definitivamente positivo, lo que quiere decir que la persona tiene VIH. La prueba de anticuerpos alternativa más común es OraSure, en lugar de tomar una muestra de sangre, se recoge una muestra de células del interior de la boca, entre la mejilla y las encías (lo que se analiza no es la saliva sino las células). Si el resultado es positivo, se confirma mediante una prueba Western Blot. Hay otra prueba de anticuerpos que ofrece resultados en 24 horas o menos, esta prueba se llama SUDS y fue diseñada para dar resultados rápidos en hospitales en casos de emergencia. Existe otra prueba relativamente nueva que utiliza una muestra de orina. La orina no contiene VIH, pero sí tiene anticuerpos al VIH si una persona es VIH positiva (Keil, et al., 2000).

Hay otra prueba para detectar el VIH a través de la saliva, que da el resultado de si la persona tiene o no SIDA, entre 15 a 45 minutos se obtiene el resultado, la prueba se llama Salivax-HIV, patentada por el laboratorio estadounidense Inmuno science; detecta los anticuerpos VIH-1 y VIH-2 (Huesca, 2003).

A pesar de que actualmente se cuentan con muchas pruebas de detección del VIH solamente el 5% de la población mundial conoce su estado inmunológico y se han hecho alguna prueba de detección (Medina, 2003), lo que refleja la gran cantidad de personas que están infectadas en el mundo y no lo saben, lo que puede posibilitar una transmisión del virus por cualquier vía de contagio, poniendo en riesgo la vida de otras personas.

1.4.2 Transmisión del VIH/SIDA

El VIH solo puede transmitirse de tres formas, la primera es mediante el uso compartido de agujas, jeringas, instrumentos contaminados o transfusión

sanguínea; la segunda, es de la madre al feto y la tercera por vía sexual (Ponce de León y Rangel, 2000; CENSIDA, 2003). La Tabla 1 muestra el porcentaje de casos acumulados en el país de VIH por cada vía de transmisión (CENSIDA, 2003).

TABLA 1

Porcentajes acumulados en México por las distintas vías de contagio del VIH/SIDA (CENSIDA, 2003).

VIA DE CONTAGIO	PORCENTAJE DE CASOS ACUMULADOS EN EL PAIS
SANGUINEA	8%
PERINATAL	1.8%
SEXUAL	89.7%

En la actualidad una vía importante de transmisión del SIDA por la sangre se da en sujetos que se drogan por vía intravenosa. Las jeringuillas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH; además los objetos que se utilizan para la preparación de drogas también pueden estar contaminados. De los casos acumulados en México de la categoría de transmisión sanguínea, corresponden a las siguientes categorías:

- 72.0% transfusión sanguínea.
- 11.0% asociados a donadores.
- 8.4% al consumo de drogas inyectables.
- 0.2% a la categoría exposición ocupacional.

Por otro lado, la transmisión del VIH por transfusiones sanguíneas es en la actualidad muy baja ya que el personal sanitario tiene la obligación de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre y para estos fines sólo se utilizan muestras que son seronegativas. Como resultado de lo anterior, los casos nuevos de SIDA debidos a transfusión sanguínea, presentan una notable reducción durante el periodo 1984-2000, al pasar de 14.57% a 0.09%; de hecho, ya para el 2000 no se han presentado casos relacionados con esta forma de transmisión (CENSIDA, 2003).

La transmisión madre-hijo, puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto; es por eso que a una mujer seropositiva

se le recomienda que no se embarace. En México, la transmisión perinatal constituye la principal vía de contagio del VIH/SIDA en menores de 15 años, ya que siete de cada diez casos se deben a esta forma de contagio (72.0%). El contacto sexual como forma de contagio ha acumulado en el país el 89.7% de los casos de VIH/SIDA y actualmente se encuentran vivos el 49.0% de los casos de menores de 15 años (CENSIDA, 2003). Este riesgo por vía sexual, en prácticas homosexuales se asocia con mayor riesgo, sobre todo en las relaciones anales, siendo el compañero receptivo el más expuesto. Por otro lado, en las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional. En todos los casos el riesgo se incrementa cuando existen múltiples parejas (Santos, Villa, García, León, Quezada y Tapia, 2003).

Finalmente, podemos concluir que la vía más importante de transmisión del VIH es por contacto sexual, debido al número de casos acumulados y registrados (Ponce de León y Rangel, 2000; Santos, et al., 2003; CENSIDA, 2003), situación que va en aumento, y diariamente hay más casos de personas infectadas, por lo que actualmente el VIH/SIDA es un problema en todo el mundo que atenta contra la vida de millones de personas, y México no es la excepción.

1.4.3 Estadísticas nacionales del VIH/SIDA

De acuerdo con datos obtenidos por CENSIDA (2003) desde el inicio de la epidemia hasta noviembre del año 2003, en México se han registrado de manera acumulada 71,526 casos de SIDA. Se estima que, existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH en personas de los 15-44 años, siendo esta la población más afectada por el VIH (79.1% de casos de VIH/SIDA). El 84.8% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.2% a mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 6 a 1. El 2.4% de los casos corresponden a menores de 15 años. Las entidades federativas con mayores tasas acumuladas de SIDA son Baja California Sur, el Distrito Federal, y Campeche; y en los estados donde se reportan menos casos de VIH/SIDA son en Zacatecas, Tabasco e Hidalgo (*ver Tabla 2*).

TABLA 2

Casos acumulados de VIH en el país por sexo, edades de riesgo y entidades federativas del país (CENSIDA, 2003).

CASOS ACUMULADOS DE VIH EN EL PAIS		EDADES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN	ENTIDADES FEDERATIVAS CON MAYOR TASA ACUMULADA DE CASOS DE VIH	ENTIDADES FEDERATIVAS CON MENOR TASA ACUMULADA DE CASOS DE VIH
Hombres	84.8%	15-44 años de edad	Baja California Sur	Zacatecas
Mujeres	15.2%		Distrito Federal	Tabasco
Ambos sexos	2.4%	Menores de 15 años.	Campeche	Hidalgo

La epidemia en México se caracteriza fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, con un peso superior al 50% en el total de casos acumulados. En la transmisión sexual (*ver Tabla 3*), el peso porcentual de los casos acumulados de hombres que tienen sexo con hombres es de 57.7%; mientras que los casos relacionados con la transmisión heterosexual es de 42.3%, de los cuales 88.7% son hombres y 11.3% son mujeres. De acuerdo a CENSIDA (2003), los hombres han registrado mayores prevalencias que las mujeres en cuanto a contraer VIH/SIDA.

Las estadísticas reflejan la problemática del incremento de casos (consultar las estadísticas de CENSIDA, 2003), donde las preferencias sexuales, las prácticas sexuales que se lleven a cabo o el género no son elementos que puedan proteger a la persona. Finalmente, México no es el único país que enfrenta esta pandemia, sino que el mundo entero trata de hacer frente, sin embargo las estadísticas internacionales van a la alza (consultar las estadísticas de ONUSIDA, 2003).

TABLA 3

Casos acumulados de heterosexuales y homosexuales con VIH en el país y diferencias entre hombres y mujeres afectadas por el virus (CENSIDA, 2003).

TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA			
Heterosexual	42.3%	Homosexual	57.7%
TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL			
Hombres	88.7%	Mujeres	11.3%

1.4.4 Estadísticas internacionales de VIH/SIDA

De acuerdo con ONUSIDA (2003), a finales del 2003 se encontraron un total de 40 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA distribuidas de la siguiente manera:

TABLA 4

Personas con VIH, nuevas infecciones y muertes por el virus en el mundo (ONUSIDA, 2003)

PERSONAS QUE VIVEN EN EL MUNDO CON VIH	
34-46 millones	31 - 43 millones son adultos
	2.1 - 2.9 millones son menores de 15 años
NUEVAS INFECCIONES DE VIH	
4.2-5.8 millones	3.6 - 4.8 millones son adultos
	590, 000 - 810, 0000 son menores de 15 años
MUERTES POR VIH	
2.5 – 3.5 millones	2.1 – 2.9 millones de adultos
	420, 000 – 58, 000 eran menores de 15 años

El número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/ SIDA y de nuevas infecciones a fines del 2003 según la ubicación geográfica esta distribuida de la siguiente manera:

TABLA 5

Personas con VIH y nuevas infecciones por zona geográfica en el mundo (ONUSIDA, 2003).

PERSONAS CON VIH EN EL MUNDO A FINALES DEL 2003		NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN DE VIH A FINALES DEL 2003	
Europa occidental	520 000 – 680 000	Europa occidental	30 000 –40 000
África subsahariana	25,0 – 28,2 millones	África subsahariana	3,0 –3,4 millones
Europa oriental y Asia central	1,2 – 1,8 millones	Europa oriental y Asia central	180 000 – 280 000
Asia meridional y sudoriental	4,6 –8,2 millones	Asia meridional y sudoriental	610 000 –1,1 millones
Australia y Nueva Zelanda	12 000 – 18 000	Australia y Nueva Zelanda	700 – 1 000

PERSONAS CON VIH EN EL MUNDO A FINALES DEL 2003		NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN DE VIH A FINALES DEL 2003	
América del Norte	790 000 – 1,2 millones	América del Norte	36 000 –54 000
Caribe	350 000 – 590 000	Caribe	45 000 –80 000
América Latina	1,3 –1,9 millones	América Latina	120 000 –180 000
Asia oriental y Pacífico	700 000 –1,3 millones	Asia oriental y Pacífico	150 000 –270 000
África del Norte y Oriente Medio	470 000 –730 000	África del Norte y Oriente Medio	43 000 –67 000

De acuerdo con ONUSIDA (2003), aproximadamente 14 000 nuevos casos diarios de infección por el VIH se reportaron al finalizar el 2003, más del 95% en los países de ingresos bajos y medianos; cerca de 2000 menores de 15 años de edad y aproximadamente 12 000 adultos (de 15 a 49 años de edad), de los cuales, cerca del 50% son mujeres y el 50% tienen de 15 a 24 años de edad.

En conclusión, la importancia de la salud sexual radica en la prevención de múltiples problemas, sobre todo en la población adolescente. Los adolescentes al comenzar su vida sexual a edades más tempranas posibilitan un mayor número de parejas sexuales así como problemas de embarazos no deseados, que pueden terminar en aborto y pueden causar incluso la muerte. Por un lado están las distintas ITS, que son transmisibles y que pueden causar daños a la salud o problemas severos como esterilidad, ceguera, sordera, o en casos extremos cobran vidas de las personas quienes las padecen. A pesar de que este problema de las ITS se puede combatir con antibióticos pueden quedar graves secuelas y se pueden seguir transmitiendo y continuar con la cadena de infecciones. Estas problemáticas no solamente se encuentran en México, sino en todo el mundo, sin embargo hay un problema mayor y que a nivel mundial aún no se le ha podido hacer frente, es decir, el VIH/SIDA. El SIDA por no tener cura ha cobrado millones de vidas en el mundo, y su principal vía de trasmisión es por contacto sexual, no obstante no es la única.

Los adolescentes parecen ser una población susceptible de contraer SIDA y propagarlo, si consideramos que a nivel mundial son pocas las personas que

saben su estado inmunológico, al no tener este conocimiento, pueden ser portadores y transmitir el virus. Las estadísticas a nivel nacional e internacional aumentan y cada día has más personas infectadas y nuevos casos por lo que el SIDA ha pasado de ser una epidemia a una pandemia que aún no se ha podido controlar.

Muchas asociaciones internacionales han tratado de promover el condón como un método preventivo para disminuir los casos de infecciones de VIH, esto a través de campañas preventivas que buscan la utilización correcta y consistente de este método. Por otro lado a pesar de los esfuerzos que se han realizado con estas campañas las estadísticas en el mundo siguen en aumento y la problemática se complejiza al no poder disminuir o parar la pandemia del SIDA que actualmente vivimos.

Ante esta problemática diversas organizaciones (tales como CENSIDA y ONUSIDA), se han dado a la tarea de crear campañas preventivas para disminuir los altos índices de casos de personas infectadas por el VIH; y una de las formas que más se ha difundido para prevenir el SIDA, es la utilización correcta y consistente del uso del condón; en el capítulo siguiente se mencionaran algunas campañas de prevención enfocadas al uso del condón como método preventivo del VIH/SIDA, entre otras cosas.

CAPITULO 2

PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

2.1 Desarrollo de vacunas para el VIH/SIDA

La vacuna es una de las armas más poderosas en la prevención de enfermedades tanto por su costo como por su efectividad. Collins (2001) marca que la mayor esperanza para acabar con la devastadora pandemia del SIDA se deposita en la creación de una vacuna que permita prevenir o detener su progreso, ya que estas tienen el potencial de alcanzar poblaciones de acceso limitado a los servicios de prevención y cuidados médicos.

Algunos científicos dudan que sea posible conseguir una vacuna eficaz contra la infección por el VIH, ya que nos encontramos frente a una situación totalmente nueva: el control de una infección vírica crónica. El objetivo no sería tanto evitar la infección como atenuarla, de manera que las personas infectadas se transformen en supervivientes a largo plazo, capaces de convivir con el virus (Fundación anti-SIDA de San Francisco, 2001).

Es complicado el desarrollar este tipo de vacunas para los retrovirus, Asensios (2002) explica que una de las complicaciones es que antes de que una droga o una vacuna para el SIDA obtenga el permiso para ser usado en pruebas con seres humanos, se llevan a cabo pruebas con animales en laboratorios. Primero con animales pequeños como los ratones y luego con primates, por la similitud que se tiene con los humanos. Por otro lado se complica ya que el VIH presenta una serie de mecanismos de escape a la reacción inmunológica que le permite persistir en una persona infectada; no obstante hay problemas más severos que han influido en que no se haya podido desarrollar la vacuna, Collins (2001) enfatiza los siguientes:

- La aplicación de los métodos tradicionalmente utilizados en el diseño de vacunas se considera muy peligrosa y ha resultado inefectiva para el caso de la vacuna del VIH.
- La enorme variación y rápida mutación del virus.

- Dado que la recuperación total del VIH no ha sido documentada no se tiene claro cómo es que el sistema inmune desarrolla una respuesta efectiva.
- No existe el animal perfecto que pueda servir de modelo en una investigación para crear la vacuna del SIDA.

Otras aproximaciones para el diseño de la vacuna del VIH incluyen las siguientes (Fundación anti-SIDA de San Francisco, 2001; Collins, 2001):

- Vacunas basadas en el ADN (DNA) utilizando parte de los genes del VIH para estimular una respuesta inmunológica.
- Conseguir la vacuna a través de virus inofensivos o bacterias creadas por la ingeniería genética.
- Buscar una vacuna a través del virus de la varicela.
- Emplear vacunas de ADN en combinación con algunas proteínas, que ha dado excelentes y sorprendentes resultados de protección frente al VIS macaco.
- Con las terapias para el SIDA, la tendencia ha sido disminuir las pruebas con animales y aplicarlas sin demora en seres humanos. Esto se debe al gran número de personas infectadas que están dispuestas a correr los riesgos de probar nuevos agentes y porque los estudios de VIH en animales presentan dificultades: nunca serán un modelo perfecto ni mostrarán cómo actúa un agente en los seres humanos (Asensios, 2002).

Entre los medicamentos más utilizados actualmente según la National Institute of Allergy and Infectious Diseases (2000) son: AlphaVax, Avant, Epimmune, Immune Response Corp Progenics, Protein Sciences, Smith-Kline Beecham, Targeted Genetics, Vical, Virax, WRAIR/NIH, no obstante todas estas se encuentran en pruebas para tratar de mejorar la fórmula. Por otro lado también se encuentran los medicamentos que funcionan específicamente para la fase I¹ de la enfermedad como: Merck, Therion (que se encuentran en desarrollo) y Wyeth-Lederle. También hay fármacos para fase I y II², es decir, sirven para ambos, entre

¹ En esta fase no presentan síntomas evidentes inmediatamente después de infectarse por el VIH. Durante esta etapa, la carga viral aumenta al máximo a medida que el virus (VIH) se extiende por el organismo, después, la carga viral comienza a descender a medida que el sistema inmunitario responde a la infección. (Brookmeyer y Gail, 1994; Ponce de León y Rangel, 2000).

² En esta fase, el equilibrio de fuerzas entre el sistema inmunitario y el VIH se inclina finalmente a favor del virus, momento en el que aparecen los síntomas de infección más avanzada. En esta fase cada día, miles de

ellos están: Aventis Pasteur (se encuentra en pruebas), Cell-Sci (utilizada en Estados Unidos y Europa), Chiron (utilizada en Tailandia y esta en vías de mejorar la fórmula), PowderJet (se encuentra en desarrollo en la universidad de Oxford) y finalmente para la fase se encuentra el VaxGen que es muy utilizada en Estados Unidos y Tailandia, no obstante también esta en vías de desarrollo.

Hasta hoy se han llevado a cabo más de 60 estudios clínicos en pequeña escala con seres humanos de por lo menos 30 vacunas potenciales del VIH. Solo un producto, "VaxGen" (vacuna de la capa proteínica del VIH), ha logrado alcanzar un estudio clínico de mayor escala (Fase III)³ que podrá determinar su eficacia protectora en seres humanos (Collins, 2001).

Es cierto que el desarrollo de una vacuna es el gran desafío, y probablemente representará un paso muy importante en el control de la pandemia, no obstante Collins (2001) y National Institute of Allergy and Infectious Diseases (2000) están de acuerdo en que quizá una vacuna no prevendría la infección pero podría prevenir o retrasar el progreso de la enfermedad, o sólo reducir el grado infeccioso de la persona que ha contraído el VIH. Aún cuando se dispusiera de una vacuna, habrá una necesidad continua de programas efectivos para promover el cambio de la conducta, es decir, las vacunas forman una parte importante de una estrategia eficaz para la prevención del VIH, pero una vacuna no podrá eliminar las condiciones sociales y estructurales que crearon y alimentaron la pandemia.

Aún cuando las vacunas estén disponibles, las comunidades seguirán necesitando intervenciones para la modificación de la conducta de riesgo.

Ante la imposibilidad de proveer un tratamiento antirretrovírico, se ha señalado la importancia de intensificar (Fundación anti-SIDA de San Francisco, 2001; Asencios, 2002; Collins, 2001):

- Aumentar las campañas de prevención y

millones de células CD4 son creadas y a su vez destruidas por el VIH. (Brookmeyer y Gail, 1994; Ponce de León y Rangel, 2000).

³ En esta fase las personas pueden presentar varios síntomas, como por ejemplo, aumento del tamaño de los ganglios, manchas blancas en la lengua de origen infeccioso, hematomas o hemorragias inexplicables. El sistema inmunitario se debilita y se vuelve más sensible a las enfermedades (Brookmeyer y Gail, 1994; Ponce de León y Rangel, 2000).

- Acelerar los ensayos con vacunas.

2.2 Campañas de prevención del VIH/SIDA

En 1986 la OMS promulgó la primera estrategia mundial contra el VIH (Sépulveda, Fineberg y Mann, 1993) en la que se propusieron tres objetivos: prevenir la transmisión del VIH, reducir (controlar) el impacto personal y social del VIH/SIDA y unificar esfuerzos internacionales contra la enfermedad. Desde el principio la estrategia mundial se enfocó a la información y a la educación como elementos decisivos para las estrategias nacionales.

De acuerdo con Sepúlveda et al. (1993) la educación es el arma más poderosa para prevenir el VIH/SIDA; ya que la mayoría de las personas que llegan a contagiarse muchas veces tienen información equivocada. Además mencionan que es necesario un esfuerzo colectivo entre la sociedad (brindar información y brindar dispositivos para el acceso a la prevención) como de los individuos (adoptar un comportamiento responsable). Las campañas parten de la premisa de que el SIDA es prevenible mediante la información adecuada y la adopción de medidas apropiadas y esto solo puede lograrse mediante la información, pero a pesar de ser una condición necesaria, no se trata sólo de informar, sino de persuadir; ya que si no la educación resulta insuficiente.

Sin embargo, el Proyecto de declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA (2001) y el Consejo de la Juventud de España (2002) reconocen que la prevención de la infección por el VIH debe constituir la base de la respuesta internacional a la pandemia, y que esta prevención junto con la atención, el apoyo y el tratamiento de los infectados y los afectados por el VIH/SIDA constituyen elementos inseparables de una respuesta eficaz. Para este objetivo todos los países deben seguir prestando especial atención a la tarea de una prevención eficaz y generalizada que incluya campañas de toma de conciencia por conducto de los servicios de enseñanza, nutrición, información y atención de la salud.

Se ha trabajado en la aceptación de la prueba de detección y del apoyo psicológico así como el mantener a las personas que viven con VIH/SIDA y a los

grupos vulnerables en estrecho contacto con los sistemas de atención de la salud y facilitarles el acceso a la información, al apoyo psicológico y los medios de prevención. También se ha tratado de que haya mayor disponibilidad de medicamentos, condones, microbicidas, lubricantes, equipo esterilizado para inyecciones, medicamentos, incluida la terapia antirretroviral, tecnologías de diagnóstico y tecnologías conexas (Proyecto de declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, 2001; Consejo de la Juventud de España, 2002).

Mundialmente se ha intentado trabajar con iniciativas relativas al VIH/SIDA, entre ellas, la Alianza Internacional contra el SIDA en África (IPAA) y el Consenso y Plan de acción africanos del Foro para el Desarrollo de África-CEPA: los dirigentes deben contener la propagación del VIH/SIDA; la Declaración y el Marco de Acción de Abuja para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas; la Alianza Pancaribeña contra el VIH/SIDA de la Comunidad del Caribe; el Llamamiento regional de la adopción de medidas para luchar contra el VIH/SIDA en Asia y el Pacífico; la Iniciativa y el Plan de Acción del Mar Báltico; el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal sobre el VIH/SIDA de América Latina y el Caribe, y el Programa de Acción de la Unión Europea (Proyecto de declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, 2001).

Los acuerdos a los que llegaron fueron los siguientes: adoptar medidas urgentes, coordinadas y sostenidas para hacer frente a la epidemia de VIH/SIDA, aprovechando la experiencia y las lecciones extraídas en los 20 últimos años. Poner mayor atención a África Subsahariana, ya que es actualmente la región más afectada; así como el Caribe que ocupa el segundo lugar con personas infectadas con el virus. Asignar el 15% de presupuestos nacionales anuales para mejorar el sector salud y poder combatir la pandemia. Destacar la igualdad de género para que las mujeres sean menos vulnerables al VIH/SIDA. Dar prioridad en la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH/SIDA en los planes de desarrollo de los países. Asegurar en todos los países afectados una amplia gama de programas de prevención en que se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información, educación y comunicación en los idiomas que mejor

comprendan las comunidades y respeten sus culturas, con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; mayor acceso a artículos sobre condones masculinos y femeninos, y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales; suministros de sangre no contaminada; y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual. Asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad para el año 2010, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, todo ello en plena colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud. En materia de los derechos humanos, el respeto de sus derechos como personas y en cuanto a la investigación, aumentar las inversiones y acelerar la investigación para la elaboración de vacunas contra el VIH y, al mismo tiempo, fomentar la capacidad nacional de investigación, especialmente en los países en desarrollo; además, apoyar y fomentar un aumento de las inversiones nacionales e internacionales en investigación y desarrollo en el área del VIH/SIDA (Proyecto de declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, 2001).

Lo anterior es a nivel mundial, y en México se han creado campañas de prevención del VIH/SIDA en medios desde 1987, las cuales han estado dirigidas a mujeres y hombres adolescentes, a sus madres y padres, principalmente. A lo largo de la historia de las campañas de prevención, se han empleado diferentes formas para prevenir el VIH, las primeras campañas fueron las conocidas como de terror, las cuales hacían referencia a la muerte, es decir SIDA es igual a muerte; pero los efectos obtenidos en estas campañas no tenían ningún impacto debido a que la población a la cual iba dirigida se bloqueaba psicológicamente ante estos

mensajes⁴. Posteriormente, se emplearon las campañas de estadísticas en donde se manejaba una gran cantidad de números estadísticos en relación al VIH/SIDA, no se obtuvieron los efectos esperados, sin embargo, sí han servido para socializar el tema y para dar la información básica acerca de lo que es el VIH y el SIDA, cómo se transmite y cómo se previene (CENSIDA, 2002)⁵.

De 1996 al 2001 las campañas siguieron una estrategia de comunicación enfocada a lograr un mejor impacto en la población de mayor riesgo (los adolescentes), estos mensajes destacaban el efecto multiplicador de la infección por VIH a través de la vía sexual (comercial donde se hacía una analogía con enchufes) (CENSIDA, 2002)⁶.

De acuerdo con CENSIDA (2002) las campañas deben estar dirigida a la adopción del uso consistente del condón como medida preventiva del VIH/SIDA y de las ITS (por consistencia del uso del condón se entiende usarlo en todas y cada una de las relaciones sexuales). En noviembre del 2002 CENSIDA sacó al aire una nueva campaña de prevención del VIH/SIDA, la cual promueve el uso del condón como una de las formas más eficaces para prevenir su transmisión, que además busca la comunicación entre madres, padres y sus hijas e hijos en torno a

⁴ Durante los años 1987 y 1988 se distribuyeron folletos con preguntas y respuestas sobre el SIDA, dirigidos al público general. A ello siguió una campaña de información intensiva, en donde se utilizaban estos mensajes de terror. En 1987-1988 CONASIDA inició una investigación sobre conocimientos y actitudes del público en general en relación con el SIDA. La metodología elegida -cuestionarios incluidos en periódicos de distribución nacional, para ser contestados voluntariamente. Esto fue complementado con una encuesta telefónica realizada en una muestra seleccionada al azar, y otra entre usuarios del Sistema de Transporte Colectivo Metro. Ambas tuvieron como sede el Distrito Federal. La información recolectada hacía evidente que muchas personas habían oído hablar del SIDA, pero predominaban las ideas equivocadas acerca de que únicamente se daba en homosexuales y bisexuales. Hoy se sabe que la información es una condición necesaria pero no suficiente para modificar la conducta. Entonces se siguieron trabajando en las campañas pero ahora se presentaba explícitamente la palabra "condón", que era la primera vez que se mencionaba en los medios masivos de comunicación de nuestro país, de la misma forma se comenzaron a incluir dentro de estos mensajes el teléfono de CONASIDA y TelSIDA (Rico et al., 1995; Marchetti, 1997).

⁵ Comenzaron las campañas en los vagones del metro. Antes del diseño definitivo de los materiales, éstos fueron preevaluados en grupos focales y modificados en función de las reacciones. Las evaluaciones realizadas mostraban, en general, que los conceptos eran aceptados y comprendidos (Rico et al., 1995; Marchetti, 1997).

⁶ En 1992 CONASIDA organizó un seminario multidisciplinario con la intención de analizar el punto acerca de las necesidades que ellos hubieran detectado, de las poblaciones a las que se debía llegar y de los mensajes y canales que consideraban los más apropiados. Se centraron en el análisis de las campañas que ya había realizado CONASIDA, esto para saber qué era lo que faltaba por hacer. Se llegó a las siguientes conclusiones: a) los mensajes no deben repetir lo que la gente ya sabe; si no que deben de dar nueva información para crear sensibilización y generar preocupación; b) las campaña debe incrementar la percepción de riesgo, y c) los anuncios deben de incrementar la solidaridad y evitar violaciones a los derechos humanos (Rico et al., 1995).

la sexualidad y al VIH/SIDA. Esta primera fase, se difundió en televisión, radio y anuncios en prensa y revistas durante los meses de noviembre y diciembre del 2002; al mismo tiempo en radio se refuerza el mensaje hacia los adolescentes de que un pretexto para no usar un condón es todo lo que el SIDA necesita, y lo más importante de todo es la propuesta de que el condón es la forma más efectiva para prevenir el VIH/SIDA y otras ITS. Por otro lado, en el caso de las madres y padres de los adolescentes la propuesta se focaliza en ofrecer y tener confianza con los adolescentes ya que esa es la única forma de poder ayudarlos a prevenir tanto el VIH/SIDA como otras ITS, la justificación a este último punto es que la mayoría de los casos de transmisión es ocasionada por falta de información y por no darse cuenta de que se puede estar en riesgo. Y el lema que se utilizó fue: “Tú no puedes estar siempre con tus hijas e hijos. Un condón sí”. Asimismo, se pretendió crear conciencia acerca de la percepción del riesgo cuando se actúa sin protección, y se esperaba que con todo lo anterior se pudiera motivar hacia la búsqueda de información, a documentarse y hablar con sus madres y padres, hijas e hijos; y principalmente fortalecer el uso del condón como una de las medidas más eficaces para la prevención.

Las evaluaciones del impacto de las campañas, si bien deseables, son costosas y complejas. Una de las herramientas de evaluación para las campañas y la más apropiada resultó la utilización de TeSIDA; en cada llamada, después de responder las preguntas y preocupaciones sobre el SIDA, se solicitaba a los usuarios que contestaran un conjunto de preguntas destinadas a evaluar una campaña en específico. A partir de las campañas de de 1987 a 1995 se obtuvo un incremento de 181% en el número de llamadas telefónicas en TeSIDA, que llegó al 40% entre la población considerada en riesgo. El cambio más significativo en relación con el contenido de las llamadas fue el incremento de la demanda de consejería y las preguntas específicas sobre transmisión sexual (Rico et al., 1995).

De acuerdo con CENSIDA (2002) se ha logrado una mayor apertura entre la población para hablar sobre el VIH y también hay una gran aceptación de las campañas y de la difusión del uso del condón.

Particularmente en México, CENSIDA (2003) se ha preocupado en difundir medidas preventivas a partir de fuertes campañas orientadas hacia la promoción de los siguientes aspectos:

Prevención sexual

- Promover un mayor involucramiento de la SEP en programas de educación sobre comportamientos sexuales saludables.
- Utilizar recursos del préstamo del Banco Mundial para diseñar estrategias preventivas específicas, a través de las ONG de todo el país.
- Promoción y distribución de condones por parte del sector público.
- Mercadeo social de condones femeninos y masculinos.
- Programas comunitarios para hombres que tienen sexo con otros hombres.
- Programas para trabajadoras y trabajadores del sexo comercial y sus clientes.
- Campañas en medios masivos de difusión.

Prevención perinatal

- Negociar la inclusión de la detección del VIH/SIDA e ITS a todas las mujeres embarazadas, como uno de los beneficios gratuitos del nuevo Sistema de Protección Social en Salud.
- Negociar la inclusión de alimentación artificial, segura y adecuada a todos los hijos de madres infectadas por el VIH, como uno de los beneficios gratuitos del nuevo Sistema de Protección Social en Salud.

Prevención sanguínea

- Incluir la vacuna contra la hepatitis B como beneficio libre de pago. Asegurar que el nuevo esquema presupuestal de la SSA contenga la previsión presupuestal para contingencias y financiar investigaciones exhaustivas en casos de infección del personal médico por accidentes.

Atención integral a las personas con VIH/SIDA e ITS

- Incentivar que cada clínica u hospital cuente con al menos un grupo de auto apoyo.

- Incorporar en todas las leyes generales de salud de los estados la obligatoriedad de la consulta a los lineamientos médicos y guías clínicas en el manejo de personas con VIH/SIDA.

Mitigación del daño

- Reabrir el área de Derechos Humanos en CENSIDA como instancia promotora y asesora para que las entidades federativas asuman la defensa de los derechos humanos relacionados con VIH/SIDA.
- Revisar las legislaciones estatales para eliminar el estigma y la discriminación.

Además investigadores como Peláez, Rodríguez y Bermúdez (1996); Bernal y Hernández (1997); Robles (1997); Hernández (2000) y Ubillos (2000) señalan que los comportamientos individuales para prevenir el VIH/SIDA, son:

- Utilizar siempre el preservativo en el coito anal, vaginal y oral.
- Realizar comportamientos sexuales sin riesgo.
- Abstenerse y/o postergar la relación sexual.
- Ser monógamo tanto uno mismo como su pareja.
- Usar condones de látex correctamente desde el principio al final del acto sexual vaginal o anal.
- Usar un condón cortado, un dique dental de látex o papel doméstico para envolver de microondas, para llevar a cabo un acto sexual oral a una mujer.
- Practicar conductas sexuales seguras que no incluyan penetración, tales como besos en los labios, masajes, abrazos, caricias, frotamientos o masturbación.

En general, en todas las campañas uno de los conceptos de prevención más relevantes es el uso correcto y consistente del condón, como una de las principales opciones en la prevención del VIH/SIDA en la población sexualmente activa; a continuación se menciona el motivo por el cual el condón es una de las formas más efectivas para prevenir el VIH.

2.3 El condón cómo método preventivo del VIH/SIDA.

2.3.1 Material y proceso de elaboración.

Algunos estudios han demostrado que la eficacia de los condones de látex, para prevenir la transmisión del VIH, cuando se utilizan de manera correcta y consistente, es cercana al 100 por ciento. Existen lineamientos internacionales y nacionales para el control de calidad y la seguridad de los condones. En los estudios de control de calidad de los condones se utilizan partículas de agua y de aire, las cuales son mucho más pequeñas que el VIH. Por tanto, si este método de barrera es utilizado correctamente impedirá de manera eficaz el paso de este virus. La posibilidad de rompimiento de los condones es de 0.5 por ciento en uso vaginal y de 3.6 por ciento en uso anal (Secretaría de Salud, 1997). Según DeCarlo (1996), los usuarios pueden fallar al usar el condón cuando: 1) no usar un condón en cada acto sexual 2) no ponerse un condón antes de que ocurra cualquier contacto genital o 3) no desenrollar por completo el condón al ponérselo.

2.3.2 Pasos a seguir en la colocación correcta del condón masculino

Por lo anterior, es importante tener presentes los pasos correctos del uso del condón, los cuales son: antes de abrirlo, lo primero que se tiene que hacer es asegurarse de que el condón todavía sirva; es decir, verificar en el empaque la fecha de caducidad (CAD) o expiración (EXP), y utilizarlo antes de esa fecha; posteriormente hay que cerciorarse de que el empaque no esté roto y que conserve aire en su interior (al oprimirlo debe formar una pequeña bolsa de aire). Después se abre el empaque con las yemas de los dedos, sin usar dientes, uñas, navaja, porque se puede romper, una vez que el condón esté afuera hay que fijarse para qué lado se desenrolla e inmediatamente hay que presionar y darle dos vueltas con dos dedos al receptáculo del semen que está en la punta del condón para sacarle el aire; sin soltar la punta del condón, y aún sin desenrollar, se coloca sobre el glande del pene erecto, con la otra mano se desenrolla el

condón hacia la base del pene hasta cubrirlo por completo; si se trata de un pene incircunciso es necesario descubrir el glande antes de desenrollar el condón. En caso de utilizar lubricante tiene que ser hecho a base de agua nunca se deben utilizar lubricantes a base de aceite, como cremas, vaselina, aceites para bebé, aceites para masajes, lociones bronceadoras, aceites comestibles, grasa, mantequilla o margarina, porque dañan el látex y rompen el condón. Inmediatamente después de eyacular y antes de perder la erección, se retira el pene con cuidado, sujetando la base del condón con la mano para evitar que se derrame el semen o que el condón se quede dentro de la vagina. Es muy importante saber que los condones deben usarse solamente una vez y una vez que se ha usado se debe tirar al bote de la basura (World Health Organization, 2000; Fishbein y Pequegnat, 2000; Crosby, DiClemente, Wingood, Catlainn et al., 2001; Lindemann y Brigham, 2003 y CONASIDA, 2004).

2.3.3 Pasos a seguir en la colocación correcta del condón femenino.

El condón femenino es diferente al masculino. Cada condón femenino tiene su propio empaque, por lo que primeramente hay que abrir la envoltura con cuidado para su uso. Tiene dos anillos, uno más grande y abierto que el otro y este anillo está sellado para la retención del semen. Para ponerlo la mujer se tiene que poner en una posición que resulte cómoda, por ejemplo, recostada sobre la espalda, sentada con las piernas separadas o parada con un pie sobre la silla o el borde de la cama. Una vez en esta posición se toma el anillo pequeño con los dedos índice, medio y pulgar apretándolo para colocarlo al interior de la vagina y empujándolo hacia adentro cuanto se posible. Posteriormente se introduce un dedo en el interior del condón para empujar el anillo pequeño hasta el fondo. El anillo más grande quedará por fuera del cuerpo de la mujer constatando que el pene ingrese por dentro del condón y que no arrastre el anillo pequeño hacia adentro. Luego de que el hombre eyacule, para retirar el condón, es necesario torcer el anillo externo antes de tirar hacia fuera para que no se derrame el

contenido, y una vez hecho esto se jala en condón hacia afuera (World Health Organization, 2000).

2.3.4 Tipos de condones

Además de tener conocimientos sobre los pasos a seguir para usar correctamente un condón, es importante conocer qué tipo de condón se puede utilizar en cada práctica sexual, ya que cada condón está diseñado con características específicas, por el ejemplo, cuando se practica el sexo anal, el condón es sometido a mayores esfuerzos, por lo que es conveniente utilizar un condón más grueso (reforzado) y con suficiente lubricante, o un condón de sabor es diseñado para el sexo oral, por lo que son delgados, para mayor sensibilidad; sin embargo, esta misma cualidad puede provocar un mayor riesgo de ruptura durante la penetración vaginal o anal, por lo que es importante saber y pedir los condones para la práctica sexual específica que se quiera realizar (PROFECO, 2004).

Los tipos de condones que se pueden encontrar en el mercado son: condones clásicos, sensitivos, extra fuertes, anatómicos, texturizados, aromatizados, mutantes, con nonoxinol 9, con silicón o silicona, fosforescentes, con diseño de campana, el condón femenino o también podemos hallar condones de este mismo material para los varones, es decir, de poliuretano. Cada uno de estos condones tiene características propias así como sus ventajas, por lo que a continuación se describirá cada uno de estos (Condón.pon, 2004):

- Femenino

El condón femenino está diseñado para las mujeres. Cada condón está empacado individualmente en estuche de cartón y con un instructivo básico. Para quienes deciden probar el condón femenino por primera vez, es recomendable que consigan al menos 3 condones para usarlos de manera consecutiva, ya que

esto facilitará a la persona que se acostumbre a la sensación que produce el ponérselo y el traerlo (Condón.pon, 2004⁷).

- Clásicos

Según Condón.pon (2004) este tipo de condones son los que la mayoría de la gente conocen: son cilíndricos, transparentes, lubricados, lisos, con medidas aproximadas de 180 mm de largo así como 52 mm de ancho y 0.06 mm de espesor. Este tipo de condones son muy populares y las marcas más utilizadas en México son: Control Nature, DL, Don Juan, Durex Extra Seguro (con espermicida), Durex látex Natural, Durex Profam (con espermicida), Edén Mex, Encanto, Everything, Greco Regular, Hevea, Preventor Classic(mejor ajuste), Profilatex, Sex Guard Regular (con espermicida), Therso, Tres Eros Premium, Tres Eros Mex (sin lubricar), Trojan Clásico (con espermicida), Trustex Color, Unidus (más anchos y largos)

- Sensitivos

Los condones sensitivos son muy parecidos a los condones clásicos: cilíndricos, transparentes, de forma recta, paredes lisas y medidas que rondan los 180 mm de largo por 52 de ancho, pero son más delgados, produciendo por ello una sensación más natural para la pareja. Según Condon.pon (2004) entre las marcas más utilizadas en el país están: Beyond Seven, Beyond Seven Plus con espermicida, Beyond Seven Ribs & Dots (con textura), Control Sensación, Cowboy Sensación (más largos y anchos, color rosa), Durex Sensitivo, Masculan 1, Sico Excess (3 diferentes colores), Trojan Extra Sensitive (sin espermicida),

- Extra fuertes.

Los condones extra fuertes son muy parecidos a los condones clásicos, excepto que éstos son más gruesos. Lo anterior implica según Condón.pon (2004) que la capa de látex tiene mayor espesor. Esto incrementa la resistencia del condón a la vez que lo hace más seguro. Debido a estas características se recomiendan para prácticas anales, pero también para quienes desean reducir el riesgo de ruptura del condón. Al ser más gruesos, éstos condones pueden

⁷ Condón.Pon es una condonería. Una condonería es un sitio especializado para encontrar preservativos de diversos tipos, tamaños, colores, texturas, colores, nuevas formas y sabores. Esta condonería surgió hace tres años a partir de la necesidad de llevar información a la gente.

disminuir la sensibilidad, por lo cual algunas personas los usan para prolongar el tiempo que dura la erección. Las marcas más comerciales de este tipo de condón son: Durex Extra Fuerte, Prudence clásico, Prudence aromas, Triángulo, Trojan Extra Fuerte, Night Light, Pleasure Plus.

- Anatómicos

Los condones anatómicos según la condonería (Condón.pon, 2004) tienen una característica "cintura" o estrechamiento hacia el segundo tercio del condón. Esta cintura ajusta más en una zona muy sensitiva del pene, que es justo detrás del glande. Tal diseño hace que los condones anatómicos sean a la vez más cómodos de usar y más sensitivos. De las marcas más conocidas que se pueden encontrar en el mercado son: Condomi Mix, Cowboy Ribbed & Studded, Masculan 3, Masculan 4.

- Diseño de campana

Los condones con diseño de campana producen una mayor estimulación en todo el glande del pene. Las marcas más utilizadas son según Condón.pon, (2004): Durex Confort, Trojan Sensación Mutua, Trojan Ultra Pleasure.

- Con textura

Este tipo de condones produce mayor estimulación para las mujeres. Esta estimulación se puede dar gracias a que el condón tiene pequeños grabados en la superficie. Hay tres tipos de texturas básicas: pequeños botones o tachones, anillos o costillas y combinaciones de las dos anteriores. Hay quienes prefieren una textura sobre otra y, dependiendo la marca la de textura varía. También hay personas que necesitan una textura sutil y quienes prefieren una más marcada. Las marcas más comunes según Condón.pon (2004) son: Balam (botones), Condomi Mix (botones), Condomi Noppy (botones), Beyond Seven R&S (combinada), Cowboy Ribbed & Studded (combinada), Durex Sensación Intensa (botones), Durex Ultra Sensitive Ribbed (anillos), Frenzy, textura, color y aroma (anillos), Greco Texturizado (botones), Hevea Texturizado (anillos), Masculan 2 (botones), Masculan 3 (combinada), Ria Wrangler (combinada), Sex Guard Texturizado (botones), Trojan Sensación Mutua (combinada), Trojan Texturizado o Ultra Ribbed (anillos), Trojan Ultra Texturizado (botones).

- Con aroma

Comúnmente los condones con aroma se emplean para prácticas orales, dejando un suave sabor en la boca, no obstante, también hay condones para prácticas vaginales que tienen aroma, por ende no sería conveniente utilizarlos para sexo oral. Los aromas que se manejan más comúnmente según Condón.Pon (2004) suelen ser frutales, pero también los hay de flores e incluso de perfumes. Las marcas más comerciales son: Adonis (lavanda)*, Condomi Fruit - aroma y color - (fresa, chocolate y plátano), DM1 (menta)*, Do It Lovely (fresa, mango, plátano o limón)*, Durex Tropical - aroma y color - (fresa, naranja y plátano), Ebano (rocío)*, Everything con aroma (rosas)*, Hevea - aroma y color - (fresa, chocolate y plátano), Instinct (fresa, chabacano, mango y plátano)*, Prement (menta)*, Prudence aromas (menta, fresa, chocolate, uva y naranja)⁸.

- Mutantes

Estos condones son de una nueva generación de productos, especialmente diseñados para producir la máxima estimulación y que el sexo con condón se sienta tan bien o mejor que el sexo sin condón. Estos condones no han dejado nada al azar: su diseño ha sido probado científicamente para producir una mayor estimulación en las zonas correctas. Estos condones son más estrechos en la base y se van ampliando conforme llegamos a la punta del condón; otro diseño consta de una protuberancia que queda en la parte inferior del pene para mayor estimulación. Los condones mutantes que se venden en México son: Pleasure Plus (además es extra fuerte), Trojan Muy Sensible (viene con espermicida) (Condón.pon, 2004).

- Con nonoxinol 9:

Se trata de un preservativo con espermaticida (sustancia que mata espermatozoides) auxiliar en la prevención de embarazos. Hace algún tiempo se "recomendó" ampliamente su uso para prevenir la transmisión del Sida, sin embargo, no es así. La Organización Mundial de la Salud no recomienda su uso para sexo anal y tampoco lo recomienda a mujeres que tienen varias parejas

⁸ Las marcas de condones marcadas con asterisco (*) no deben usarse para sexo oral porque son únicamente para prácticas vaginales.

sexuales, sexoservidoras o que tienen antecedentes de ITS, ya que a la mayoría de las mujeres les causa irritación que abren puntos de entrada para virus como el de Papiloma Humano, el Sida e infecciones leves. Si lo usas dentro del condón retarda la eyaculación (Condón.pon, 2004).

- Con silicón o silicona:

El silicón en este caso es un lubricante máximo. Es recomendable para mujeres con problemas de lubricación o para relaciones sexuales largas, pues es mucho más duradero que el resto, son más resistentes y siempre permanece lubricado (Condón.pon, 2004).

- Fosforescente:

Es muy atractivo para el juego sexual, romper la rutina u ofrecer una sorpresa a la pareja, sin embargo, la sustancia que hace que el preservativo brille en la oscuridad hace que se pueda romper fácilmente (Condón.pon, 2004).

- Condones de poliuretano para varón:

Según Condón.pon (2004) los condones de poliuretano para varón son nuevos en México, y ofrecen una colección de características que los hacen muy peculiares:

- El poliuretano es un material más resistente que el caucho natural.
- Los condones de poliuretano son, en general, más delgados que los condones de caucho natural, incluso que los de tipo "sensitivo".
- Los condones de poliuretano no producen reacciones alérgicas, ya que están exentos de proteínas naturales.
- Algunos condones de poliuretano son "loose - fit", es decir, están pensados para quedar holgados. Esto resuelve el problema y el mito de que el condón puede quedar chico o demasiado ajustado.
- Estos condones pueden usarse con cualquier tipo de lubricante, incluidos aceites, vaselinas y petrolatos en general.
- Los condones de poliuretano son, en general, más costosos que los de caucho natural, ya que es más difícil producirlos.
- Se ha comprobado que no hay micro organismos patógenos que puedan atravesar las paredes de estos condones.

- 74% de las personas que prueban los condones de poliuretano, señalan que se sienten mejor que con los condones regulares de caucho.

2.3.5 Calidad y costos de los condones.

La PROFECO (2004) llevó a cabo un estudio que tuvo por objetivo dar a conocer la calidad de los diferentes tipos de condones que se venden en nuestro país. Para ello, el Laboratorio de PROFECO aplicó 21 mil 940 pruebas a 11 mil 100 muestras de 37 modelos de condones, apegándose a la Norma Oficial Mexicana, que corresponde a este tipo de productos. Los aspectos que se evaluaron fueron los siguientes:

- Presentar la información en el empaque la leyenda “si se usan apropiadamente, los condones de látex pueden ayudar a reducir el riesgo de contagio por VIH (SIDA) y otras enfermedades transmitidas sexualmente”. También debían de indicar el nombre o razón social y el domicilio del fabricante o importador, país de origen, dimensiones, fecha de producción y de caducidad, lote de producción y contenido neto.
- Empaque herméticamente sellado, además de que no presentara dificultad para extraerlo de su empaque individual.
- Verificación dimensional, que se refiere a la longitud del condón (dentro del rango de 44 a 56 mm), especificado por la norma.
- También se revisó el espesor del condón (distancia de 80 mm).
- Defectos visibles, que hace referencia a comprobar que no presentaran: orificios, rasgaduras, roturas, escurrimiento de material, partes débiles, bordes distorsionados, partículas de material extraño incrustadas en la película, suciedad de un aceite natural (porque degrada el hule del látex), protuberancias o excedentes de material, burbujas o ampollas, pliegues permanentes con adhesión de la película, adherencia de las paredes al ribete (que no permitieran un desenrollado uniforme y rápido), lesiones resultantes de abrasión u otra superficie dañada, ni decoloraciones.

Adicionalmente, en los condones que son de color diferente al del hule látex natural se determinó la solidez del color.

- Orificios no visibles.
- Resistencia física, donde se evaluó el volumen y la presión de estallamiento.

La Tabla 6 muestra los resultados de las marcas de los condones junto con las características evaluadas en el estudio:

TABLA 6
Resultados de calidad de condones (PROFECO, 2004).

Marca	País de origen	Información al consumidor	Hermeticidad de empaque individual	Verificación dimensional	Defectos visibles	Orificios no visibles	Resistencia física	Presentación de 3 pzas. Precio (\$)	Evaluación global
Condomes lisos lubricados									
Don	México	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	13.00	100
Everything	México	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	13.00	100
Protector	México	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	12.50	100
Durex Sensitivo	India	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	20.00	100
Sico Safety	Alemania	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	18.75	100
Sico Sensitive	Alemania	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	19.50	100
Sico Ultra Sense	Japón	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	21.00	100
Durex Látex Natural	India	Completa	Np cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	20.00	95
Paly Boy Ultra Sensitive	Malasia	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	19.00	95
Trojan Plus	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	18.60	95
Tojan-Enz-Clásico	E.U.	Incompleta	No cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	18.70	90
Life Styles Ultra Sensitive	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	19.00	90
Life Styles	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	19.00	90
Adonis	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Bueno	Excelente	Excelente	12.00	90
Ébano	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Bueno	Excelente	Excelente	12.00	90
Sentitex Lubricated	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Bueno	Excelente	Excelente	10.00	90
Encanto	México	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Bueno	Excelente	6.00	75
Terso	España	Incompleta	No cumple	Cumple	Excelente	Bueno	Excelente	8.40	65
Jontex	Brasil	Incompleta	Cumple	Cumple	Bueno	Bueno	Excelente	14.00	65
Tres Eros	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Bueno	Bueno	Excelente	9.20	65
Play Boy Lubricated	Malasia	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Deficiente	Excelente	19.00	45
Gol	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Bueno	Deficiente	Excelente	10.00	40
Kama Sutra	India	Incompleta	Cumple	Cumple	Regular	Deficiente	Excelente	6.70	35
Condomes texturizados lubricados									
Balam	México	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	20.00	100
Durex Ultra Sensitivo	E.U.	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	20.00	95

Marca	País de origen	Información al consumidor	Hermeticidad de empaque individual	Verificación dimensional	Defectos visibles	Orificios no visibles	Resistencia física	Presentación de 3 pzas. Precio (\$)	Evaluación global
Trojan-Ribbed con Nonoxinol-9	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Bueno	Excelente	Excelente	20.50	90
Life Styles Vibra Ribbed	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	19.00	90
Condomes lisos lubricados con aroma									
Do it lovely aroma fresa	México	Incompleta	No cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	20.00	90
Condomes lisos no lubricados									
Trojan-Enz Clásico	E.U.	Incompleta	No cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	17.50	85
Condomes lisos con lubricante espermaticida									
Durex Profam	E.U.	Completa	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Excelente	15.50	100
Durex Extra Seguro	India	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	20.00	90
Life Styles with Spermaticide	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	19.00	90
Trojan Enz-Clásico	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	20.70	90
Trojan-Ultra Thin	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	21.75	90
Tojan-Enz Large	E.U.	Incompleta	No cumple	Cumple	Excelente	Excelente	Bueno	21.50	85
Trojan-Plus-2	E.U.	Incompleta	No cumple	Cumple	Bueno	Excelente	Bueno	21.50	80
Preventex Double P.	E.U.	Incompleta	Cumple	Cumple	Deficiente	Deficiente	Excelente	10.00	30

Entre los condones lisos lubricados con buena calidad se encuentran: Don, Everything, Protector, Durex Sensitivo, Sico Safety, Sico Sensitive, Sico Ultra Sense; con un costo entre los 13.00 y 21.00 pesos. Dentro de este tipo de condones con mala calidad están: Terso, Terso, Tres Eros, Play Boy Lubricated, Gool, Kama Sutra con un precio entre los 6.70 y 14.00 pesos. Las marcas evaluadas de condones texturizados lubricados constan de buena calidad y se encuentran en precio entre los 19.00 y los 20.50 pesos. Los condones lisos lubricados con aroma y no lubricados sin aroma se evaluaron como de calidad y su precio es entre los 17.50 y los 20.00 pesos. Las marcas de condones lisos con lubricante y espermaticida cuestan entre 15.00 y 21.50 pesos y las marcas que hay en el país y fueron evaluadas como de calidad son: Durex, Profam, Durex Extra Seguro, Life Styles with Spermaticide, Trojan Enz-Clásico, Trojan-Ultra Thin, y entre los de mala calidad se encuentran: Preventex Double Protect. Este estudio

pone de manifiesta la gran variedad de precios, marcas y características que se pueden encontrar en los condones, lo que da posibilidad de elegir entre una gran gama de opciones, y sobre todo escoger en función de las necesidades de la persona o la pareja.

2.4 ¿Por qué los adolescentes no usan condón?

A pesar de que la eficacia de prevención del VIH por medio del uso del condón es alta, de que hay información de cómo usarlo y de la gran gama de posibilidades de elección, en función de las necesidades de la persona, las personas no usan el condón, lo que las pone en riesgo de contraer VIH/SIDA, por lo que los profesionales de la salud han realizado una gran variedad de estudios que permitan dar predictores o factores por los cuales las personas no usan condón. Para fines de explicación, se dividirán en este apartado, esta gran variedad de factores en tres rubros: a) factores cognitivo-conductuales, b) factores psicosociales, y c) factores conductuales.

Entre los factores cognitivo-conductuales más importantes tenemos: a) las creencias, actitudes e ideas que los llevan a no usar el condón (Ramos, Díaz, Saldívar y Martínez, 1999; Díaz y Alfaro, 1999; Díaz y Rivera, 1999; González y Rosado, 2000; Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 2003; Ramos, et al., 1999; Torres y Díaz, 1999; Díaz y Alfaro, 1999), creencias como: que no es placentero (Villagrán y Díaz, 1999; González y Rosado, 2000), su religión no les permite usar el condón, o creen que no es apropiado usarlo con parejas ocasionales o al usarlo el hombre pierde la erección (Villagrán y Díaz, 1999; Flores y Leiva, 2003), algunas personas consideran que se puede romper, que el VIH puede atravesar el látex o que es poco útil (Flores, Villaseñor y Alfredo, 2001), b) la autoeficacia, es decir, las personas que no se creen capaces de utilizarlo (Bandura, 1994, 1999; Torres y Díaz, 1999; Visser y Smith, 2001). c) norma subjetiva, es decir, las percepciones de la gente, que tienen influencia social sobre la persona, para usar el condón (Fishbein, Middlestadt, y Hitchcock, 1994 y Díaz y Alfaro, 1999), d) la motivación y la intención para utilizarlo (Torres y Díaz, 1999 y Fishbein, et al.,

1994); así como mecanismos de defensa psicológicos que permiten evadir la autopercepción de la enfermedad y negarla o algunos rasgos de personalidad como las personas que tienden a buscar aventuras o a la toma de riesgo (Díaz y Alfaro, 1999), solo por mencionar algunos de los más importantes.

Entre los factores psicosociales se encuentran por ejemplo, la femineidad y la abnegación por parte de la mujer, ya que se asocia con la baja moralidad, (Ramos et al., 1999), al igual que el estrato socioeconómico (Villaseñor et al., 2003), la mala educación sexual (González y Rosado, 2000), se asocia el SIDA con una imagen “gay” o al uso con drogas, lo que posibilita que las personas que no son drogadictas o *gays* no lo utilicen (Díaz y Alfaro, 1999), los roles culturales como por ejemplo, que el hombre ve al condón como un método anticonceptivo más que como un método para prevenir el VIH/SIDA, el poder de decisión en el terreno sexual, la subordinación de la mujer en la elección dentro de la pareja (Rico, 1995), solo por mencionar algunos.

Finalmente, entre los factores conductuales se enfocan en el déficit de habilidades conductuales, por ejemplo, les da pena pedir los condones en la farmacia, la falta en entrenamiento de habilidades sociales para pedirlo o negociarlo, las incompetencias de comunicación o en estrategias específicas de negociación para usarlo, el poner incorrectamente el condón, usarlo inconsistentemente, tener comportamientos de riesgo o de prevención, así como eventos específicos donde la persona no tiene el repertorio conductual para actuar con conductas preventivas (Nangle y Hansen, 1998; Carter, McNair y Corbim, 1999; Hovell, Blumberg, Liles, et. al 2001; Visser y Smith, 2001; Flores y Leiva, 2003; Tulloch, McCaul, Miltenberger, y Smyth, 2004; Lam, et al., 2004).

Como se ha podido constatar el condón es seguro si se sabe usar, tanto para prevenir embarazos como el VIH, y existen una gran variedad de condones que pueden ser empleados en distintas prácticas sexuales, a si mismo hay una gran difusión para que se utilice el condón como método preventivo para el VIH/SIDA, sin embargo, los adolescentes no lo usan, lo que los pone en una posición de susceptibilidad de contraer el virus; incluso las estadísticas aumentan año con año (ver estadísticas de CONASIDA, 2003 y ONUSIDA, 2003), lo que es

un indicador de que la pandemia no se ha podido controlar y que el condón no se usa, de hecho, generalmente las personas lo ven como anticonceptivo más que como preventivo para prevenir el SIDA (Haignere, Freudenberg, Silver, Maslanka y Kelley, 1997; González y Rosado, 2000; MacPhail y Campbell, 2004; Villaseñor et al., 2003; Smith, 2003).

Los factores que influyen en la no utilización del condón pueden ser cognitivo-conductuales, psicosociales o conductuales, estos factores interactúan entre sí y probabilizan que se de o no un comportamiento de riesgo, es por eso que es difícil hablar de que un solo factor interviene en la realización de una conducta no preventiva

Actualmente contamos con una diversidad de modelos, enfocados a explicar el proceso salud-enfermedad para dar cuenta del por qué las personas llevan a cabo comportamientos que afectan su salud. En el caso particular del VIH/SIDA se han retomado estos modelos para tratar de explicar el por qué la gente tiene comportamientos de riesgo para contraer VIH. En el siguiente capítulo se consideran cinco modelos de los más importantes que han tratado de abordar la prevención del VIH/SIDA: Modelo de Creencias de Salud, Autoeficacia, Acción Razonada, Conducta Planeada y Reducción de Riesgo.

CAPITULO 3

MODELOS DE SALUD RELACIONADOS CON LA CONDUCTA SEXUAL

En las últimas décadas, los especialistas en salud en el ámbito internacional y en México, han incursionado en el estudio de las relaciones entre el funcionamiento psicológico, la preservación de la salud y el desarrollo de diferentes enfermedades, entre ellas, el VIH/SIDA (IPN, 1999). Se han creado una serie de modelos de salud con el objeto de explicar y predecir los comportamientos de riesgo relacionados con la salud (Rosentock; Strecher y Becker, 1988).

La creación de estos modelos se remontan a la segunda guerra mundial, donde la salud y el sistema de servicios de salud entraron en una situación de crisis (Domínguez, 2002). La crisis se fundamentaba en el hecho de que no había un modelo que pudiera atender a problemas prácticos para detectar y prevenir enfermedades. Ante esta problemática, los especialistas en la salud se vieron en la necesidad de crear modelos que respondieran a la problemática social (Weinstein, 1993). El legado que actualmente tenemos de este antecedente histórico es una diversidad de modelos que pretenden responder ante los problemas de salud-enfermedad, en el caso particular que nos ocupa, modelos que respondan a la problemática del VIH/SIDA, que hoy en día es un reto para los profesionales de la salud.

A continuación se expondrán de manera breve algunos modelos de salud que intentan explicar el comportamiento de riesgo que posibilita el contraer VIH/SIDA.

3.1 Modelo de Creencias de Salud

En 1950, se desarrolló un modelo llamado “Modelo de Creencias de Salud” (MCS). Este trabajo se estructuró con la influencia de teorías derivadas del aprendizaje, por un lado con modelos de Estímulo-Respuesta, donde se considera que el aprendizaje es el resultado de los eventos reforzantes (los conceptos de razón o pensamiento no se consideran), y por otro, se elaboró con la influencia de la Teoría Cognitiva, donde se explica cómo la conducta está en función de valoraciones de los resultados y de las expectativas que se tienen para obtener los logros, sustentada en una lógica subjetiva (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993; Rosenstock et al., 1994).

En general, este modelo considera que si las personas se perciben y se creen susceptibles de condiciones que los lleven a enfermarse o mejorarse, tomarán acciones para evitar o controlar las condiciones de salud-enfermedad. Si las personas creen tener condiciones que puedan afectar seriamente su salud (consecuencias) o creen que pueden tomar acciones benéficas para reducir la susceptibilidad o la severidad de esas condiciones, y consideran la anticipación de las barreras (o costos de estas) tomando acciones que tengan mayor importancia por los beneficios que pueda traer, tal vez se puedan llegar a conductas preventivas para reducir el riesgo de enfermedad (Latorre y Beneit, 1992; Kaplan, et al., 1993; Rosenstock, et al., 1994; Fisher y Fisher, 2000).

Los componentes del modelo son los siguientes:

- Factores socio-demográficos: Son variables que pueden afectar las percepciones del individuo para tomar conductas preventivas, por ejemplo, educación, edad, sexo, raza, etnicidad, entre otras. Particularmente la *educación* se considera una variable socio-demográfica que puede tener influencia en la percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras (Rosenstock, et al., 1994).
- *Susceptibilidad Percibida*. Es la percepción de tener una condición saludable o la percepción de ser susceptible a enfermarse (Latorre y Beneit, 1992; Rosenstock, et al., 1994; Fisher y Fisher, 2000). Por ejemplo, en un

estudio algunos hombres redujeron el número de parejas sexuales al considerarse susceptibles de contraer VIH, esto por la gran cantidad de compañeras sexuales con las que estaban (Aspinwall, Kemeny, Taylor, Schneider y Dudley, 1991; citado en Rosenstock, et al., 1994).

- *Severidad Percibida.* Son sentimientos concernientes a contraer una enfermedad grave o de abandonar un tratamiento o ambas consecuencias, tanto clínicas como médicas, por ejemplo, la persona puede evaluar la severidad, la muerte, minusvalía o dolor, así como las consecuencias sociales en el trabajo, la familia o las relaciones sociales. Por ejemplo, una persona puede evaluar la severidad percibida en términos de consecuencias médicas (p. ej. las implicaciones corporales y de sufrimiento que conlleva tener SIDA), financieras (p. ej. los costos de los medicamentos para el VIH) y sociales de contraer VIH (p. ej. la discriminación social ante las personas que tienen la enfermedad). A la combinación de susceptibilidad y severidad percibida se le llama *Amenaza percibida* (Rosenstock et al., 1994; Fisher y Fisher, 2000).
- *Beneficios Percibidos.* La amenaza percibida produce una fuerza que guía a la persona a tomar y realizar acciones que serán tomadas dependiendo de las creencias concernientes a la eficacia que estas puedan tener, o a las creencias que se posean de varias acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad en términos de los beneficios percibidos, que llevará a la toma de decisiones para acciones saludables (Latorre y Beneit, 1992; Rosenstock et al., 1994). Por ejemplo, en un estudio se observó que los participantes consideraban un beneficio, usar el condón en sus relaciones sexuales, ya que había una respuesta de demanda por parte de su pareja de usarlo y esto llevaba a los participantes a tener relaciones sexuales más satisfactorias; esto estuvo en función de la percepción de los beneficios de usarlo y de satisfacer a la pareja (Catania, Coates, Stall, Bye et al., 1991; citado en Rosenstock et al., 1994).
- *Barreras Percibidas.* Las barreras percibidas están en función de las percepciones de los individuos en cuanto a costos-beneficios de conductas

preventivas, esto se refiere a qué tan costosas son, peligrosas (por ejemplo, tal vez puedan tener efectos negativos) o displacenteras (dolor o dificultades). Las combinaciones de los niveles de susceptibilidad y severidad proveen energía para actuar y percibir los beneficios, lo que posibilitaría menos barreras para llevar a cabo conductas preventivas (Rosenstock et al., 1994; Fisher y Fisher, 2000). Por ejemplo Catania, et. al. (1991, citado en Rosenstock et al., 1994) encontraron que las personas asocian el condón con menor placer en la relación sexual, lo que podría implicar una barrera percibida para tener una relación sexual placentera y posibilita la no utilización del mismo.

- Autoeficacia percibida. Este componente se define como las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas (Bandura, 1994). Las creencias de autoeficacia determinan como la gente siente, piensa, se motiva y se comporta (Kaplan et al., 1993; Fisher y Fisher, 2000; Bandura, 1999). Por ejemplo Meekers y Klein (2002) evaluaron a hombres y mujeres en autoeficacia en el uso del condón, y encontraron que las mujeres tenían poca experiencia para comprar y usar los condones a diferencia de los hombres, lo que posibilitaba una autoeficacia reducida a la hora de usarlo, ya que les daba pena comprar los condones y tuvieron mayor errores al colocarlo lo cual afectaba la habilidad percibida para usar correctamente el condón a la hora de tener una relación sexual.¹ En la Fig. 1 se muestra el esquema del MCS:

¹ En el modelo propuesto por Rosenstock et al. (1994) se considera en el rubro de “Acción” un apartado llamado “Sugerencias para la acción” que interactúa directamente con la “conducta para reducir la amenaza basada en expectativas”, no obstante en el presente diagrama no se muestra, ya que Rosenstock et al. (1994) marca que esas son variables aún en estudio (como por ejemplo la influencia personal o los recuerdos), por lo que dentro del esquema del Modelo de Salud presentado en este apartado se omitió.

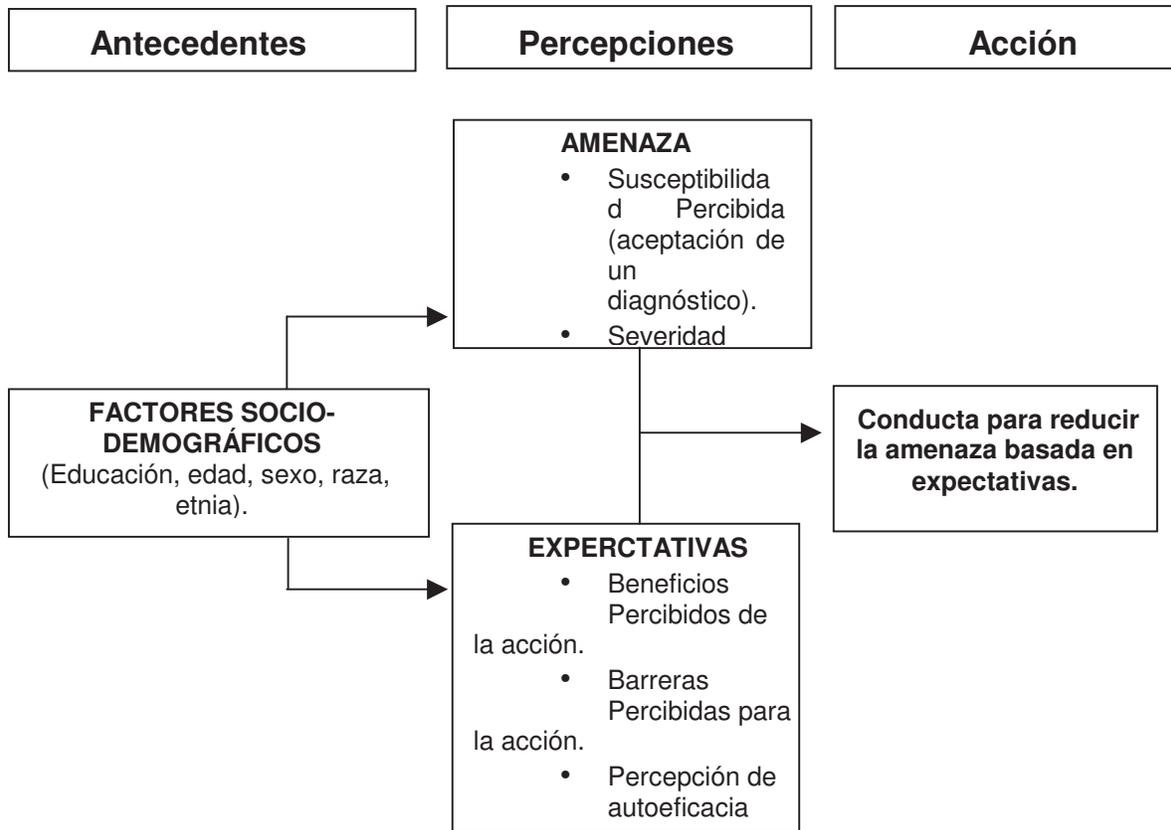


Fig. 1. Modelo de Creencias de Salud (Rosentock, Strecher y Becker; 1994).

A manera de resumen, el Modelo de Creencias de Salud funciona de la siguiente manera: en función de los factores demográficos² la persona puede o no percibir una amenaza de riesgo, es decir sentirse susceptible de contraer VIH y considerar las implicaciones físicas y morales de la enfermedad (severidad percibida), que aunado a las expectativas puede posibilitar el uso o no del condón. Si la persona percibe la amenaza y considera los beneficios de usar condón para protegerse, y encuentra que con el preservativo se puede evitar el VIH, al igual que con la abstinencia sexual y no considera ninguna barrera como que el condón puede reducir el placer sexual y se siente seguro y capaz de usar el condón

² Por ejemplo en un estudio realizado por Robles y Moreno (1998) con estudiantes universitarios, se encontró que los hombres esta más en riesgo que las mujeres, a parte de que la frecuencia de las prácticas sexuales es mayor en los estudiantes de mayores edades (24 años en adelante). Estos podrían ser ejemplos de factores demográficos. Otro ejemplo es el de la investigación de Enríquez, Sánchez y Robles (2004) donde se encontró que el patrón de comportamiento sexual es diferente y por dicho patrón se encuentran más en riesgo las mujeres, ya que a pesar de que inician su vida sexual, tienen menos compañeros sexuales y menor frecuencia de relaciones sexuales utilizan menos el condón que los hombres.

entonces la probabilidad de que lleve a cabo la conducta preventiva aumenta. No obstante pasa lo contrario, si la persona no se siente en riesgo, cree que no se puede contagiar de VIH, considera que la enfermedad es un mito, o que no es tan grave, y no percibe ningún beneficio de usar condón o reducir el número de parejas sexuales y cree que el condón es una barrera que reduce el placer en la relación sexual a parte de que no se siente capaz de utilizarlo, de pedirlo, o comprarlos, entonces la probabilidad de usarlo disminuye, lo que no posibilitaría una conducta preventiva. Finalmente este modelo considera dos aspectos importantes que se centran en el individuo, en primera instancia lo que el sujeto considera como amenaza, donde entran en juego valoraciones personales y en segundo lugar las expectativas que este tiene en cuanto a los beneficios, las barreras y la autoeficacia, que conforman un grupo de variables de autopercepción de tipo cognitivas.

3.2 Modelo de Autoeficacia

La auto-eficacia se define como “las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas” (Bandura, 1994). Este concepto propició el desarrollo de un modelo basado en la actualización de la teoría del aprendizaje social, que posteriormente se convirtió en la teoría cognitivo social. Albert Bandura la desarrolló en la década de los setenta articulando ambas teorías. Este investigador construyó el modelo de autoeficacia al estar en desacuerdo con las teorías respondientes y operantes del aprendizaje, porque creía que la conducta no estaba determinada únicamente por el ambiente. Bandura trabajó en función de la teoría cognitivo social, en donde se resalta el concepto de determinismo recíproco, en donde se hace énfasis en que el ambiente afecta a la conducta, la conducta al ambiente y estas a su vez a las cogniciones que desarrolla la persona. Él creía que las personas podían aprender muchas cosas y alterar su conducta sin un reforzador que proviniera del ambiente, esto lo condujo a hacer investigaciones considerando la “observación” como un

método de aprendizaje (aprendizaje vicario) y descubrió que el observar es un método importante para adquirir información y habilidades, sin embargo, este proceso requería una actividad cognitiva, por lo que Bandura incluye un tercer elemento a la teoría cognitivo social, al que denominó “variables personales” (Kaplan et al. 1993).

Las variables personales se refieren a las creencias de las propias capacidades para organizar y ejecutar acciones para manejar situaciones futuras, y estas incluyen el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar. Hay cuatro fuentes de donde provienen estas creencias: a) *experiencias de dominio*, se refieren a las experiencias de triunfo o de dominancia en una situación, lo que posibilita la adquisición de instrumentos cognitivos, conductuales y auto-reguladores para manejar situaciones futuras (p. ej. una persona que domina los pasos a seguir en la utilización correcta del condón); b) *experiencias vicarias*, las cuales hacen referencia a las observaciones de personas similares a uno y que alcanzan el éxito tras esfuerzos perseverantes, lo que hace que aumenten las creencias del observador en relación a que él también posee las capacidades necesarias para dominar actividades comparables (p. ej. una persona que sabe, enseñe a otra por medio del modelado la forma correcta de usar el condón); c) *persuasión social*, ésta fortalece las creencias de la persona en relación con la capacidad de lograr el éxito. Las personas a quienes se les persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades tienden a esforzarse más y a mantenerlo durante más tiempo que cuando dudan de sí mismas y cuando piensa en sus deficiencias personales ante los problemas (p. ej. la mujer que persuade al hombre de que use condón remarcándole lo bien que lo sabe usar); y d) *estados psicológicos y emocionales al juzgar sus capacidades*, que se refiere a la interpretación de sus reacciones en el momento de la ejecución (por ejemplo, pueden interpretar el estrés o tensión como un factor de una ejecución mal realizada); el estado de ánimo también influye sobre los juicios que las personas hacen de su eficacia personal. El estado de ánimo positivo fomenta la auto-eficacia y el estado de ánimo negativo la reduce, por ejemplo, la persona que se siente ansiosa por ser la primera vez que usa un condón, es posible que esta

reacción fisiológica interfiera para que no lo use de manera correcta (Bandura, 1999).

Entonces la autoeficacia se da en términos de la articulación de las tres variables principales mencionadas al inicio del apartado: ambiente, conducta y variables personales, que interactúan de acuerdo a lo que Bandura denominó tríada de causación recíproca. La autoeficacia es importante ya que regula cuatro procesos fundamentales: cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos (Bandura, 1989a, 1999).

Los *procesos cognitivos* según Bandura (1989a, 1989b, 1999) hacen referencia al efecto de las creencias de eficacia sobre los procesos cognitivos de la persona, por ejemplo, las creencias pueden regular el pensamiento anticipador que incluye los objetivos que se quieren alcanzar, auto-estimaciones de las capacidades que se tienen o trazar cursos de acción o planes para llevar a cabo determinada tarea (p. ej. que tan capaz y seguro se siente la persona de usar un condón teniendo como objetivo prevenir el VIH). Los *procesos motivacionales* tienen un efecto en la auto-regulación. La mayoría de la motivación se genera de forma cognitiva y las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones anticipadamente (pensamiento anticipador) y elaboran creencias sobre lo que pueden hacer. Al anticipar los probables resultados o acciones se estable objetivos y se puede planificar cursos de acción destinados a hacer realidad el futuro que predicen. Esto lleva a la persona a movilizar los recursos a voluntad y el nivel de esfuerzo necesario para alcanzar el éxito (p. ej. que tanto la persona se visualiza utilizando un condón y considera los pasos correctos para usar el condón). Los *procesos afectivos* incluyen la vigilancia en relación a las posibles amenazas y sobre el modo en que son percibidas y procesadas cognitivamente. Las personas que creen que las posibles amenazas no son manejables ven muchos aspectos de su entorno como cargados de ira, meditan sobre sus deficiencias para la realización de la conducta, magnifican la gravedad de las posibles amenazas o se preocupan de las cosas que rara vez suceden (p. ej. que tanta ansiedad le produce usar un condón por el hecho de que no lo sepa usar). Los *procesos de selección* se refieren a que en función de la autoeficacia personal

se pueden seleccionar entornos conocidos para desarrollar habilidades y estilos de vida (p. ej. decide usar el condón con una pareja ocasional porque en esa situación es auto-eficaz a comparación de tratarlo de usar con su pareja estable donde usualmente no lo usa).

La autoeficacia junto con sus componentes, y sobre todo con la auto-motivación y auto-regulación desempeña un rol crucial sobre el cambio de conductas perjudiciales para la salud. La auto-regulación efectiva de conductas saludables no se alcanza mediante un acto de voluntad, sino que requiere del desarrollo de destrezas auto-reguladoras. Para generar el sentido de eficacia, las personas deben desarrollar destrezas sobre el modo de influir sobre su propia motivación y conducta (Bandura, 1994).

El modelo específico que propone Bandura (1999) para el proceso de acción a favor de la salud es el siguiente (*ver Figura 2*):

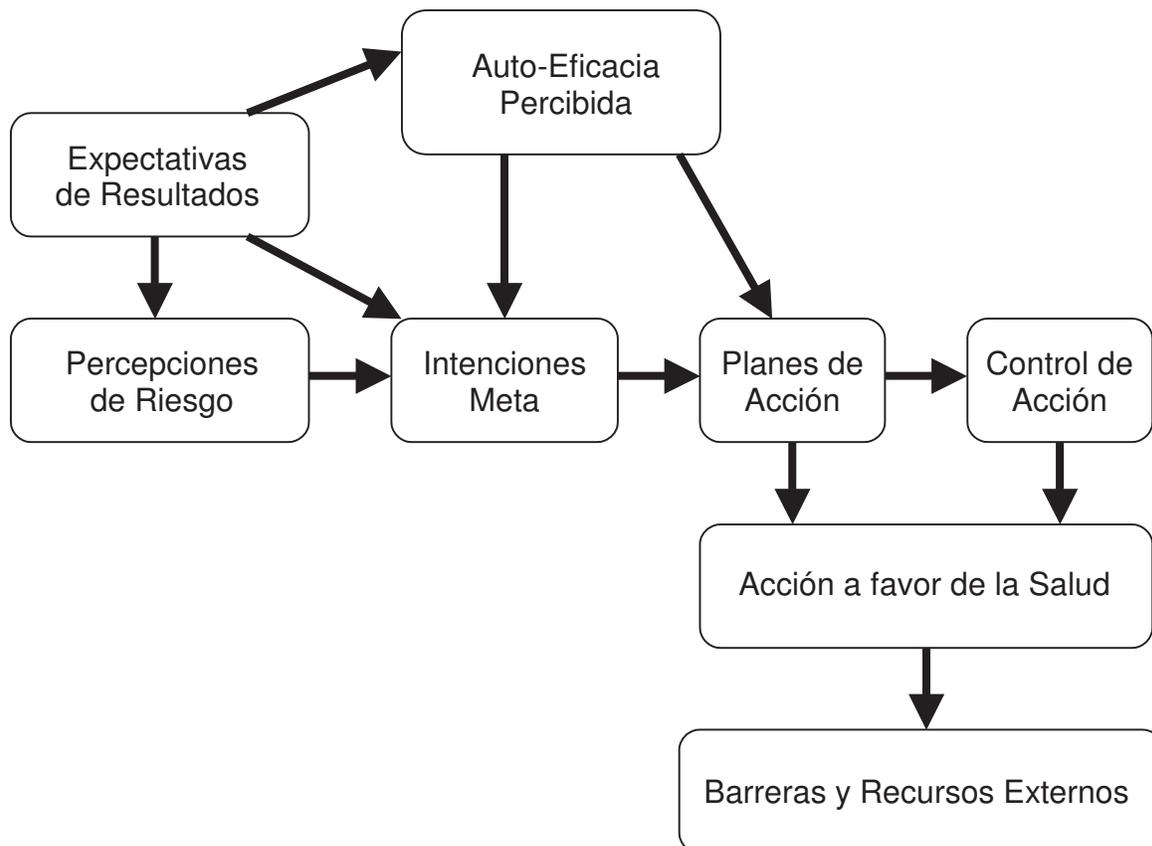


Fig. 2 Modelo de Autoeficacia (Bandura, 1999).

Los componentes del modelo según Bandura (1999) son los siguientes:

- Las percepciones de riesgo incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o de un suceso crítico.
- La auto-eficacia percibida son “las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas” (Bandura, 1994). Por ejemplo, Beck y Lund (1981; citado en Bandura, 1994) realizaron un estudio en el cual evaluaron la persuasión de los mensajes de salud en varias enfermedades serias. La percepción de riesgo entre los participantes fue variada, pero las personas que se percibían como auto-eficaces consideraban en mayor medida las consecuencias de la enfermedad y el sentirse capaz de prevenirlas (autoeficacia percibida) llevó a que comenzaran a adoptar conductas y prácticas preventivas para evitar la enfermedad.
- Expectativa de resultado, hace referencia a un juicio acerca de las posibles consecuencias que la acción tendrá. Las consecuencias pueden ser: materiales, sociales o autoevaluaciones.
- Intenciones meta, son las metas desarrolladas por la persona, es decir, cuál es la meta a cumplir, y se relaciona con las creencias de medios-fines, en otras palabras, de que medios dispone para llegar a la(s) meta (s). Por ejemplo, en cuanto a la expectativa de resultado y las intenciones meta tenemos el estudio de Nieto y Izazola (1999) quienes encontraron en una investigación con hombres que tenían parejas no estables una percepción individual y colectiva favorable sobre el condón, lo que posibilitaba que ellos practicaran sexo seguro para no infectarse de VIH/SIDA (expectativa de resultado), entonces la meta a cumplir es tener relaciones sexuales pero previniendo cualquier ITS o el SIDA; el medio para llegar a esta meta es el uso consistente del condón en cada práctica sexual.

Estos cuatro componentes son variables personales, los componentes conductuales son los siguientes: planes de acción, control de acción y acción a

favor de la Salud. Estas variables personales controlan e instigan la acción, es decir, posibilitan un proceso *auto-regulatorio* que se subdivide en dos componentes (Bandura, 1999):

- Planes de acción, que es la planificación para llevar a cabo la conducta preventiva.
- Control de acción, la auto-regulación de la conducta³.

Estos componentes junto con las variables personales mencionadas anteriormente llevan a la *acción a favor de la salud*, o a la conducta preventiva que en este caso sería usar consistentemente el condón⁴ (Bandura, 1999). El componente de *barreras y recursos externos* se considera como el ambiente se refiere: a las barreras y las oportunidades situacionales que influyen en la persona. Un buen ejemplo de esto lo proporcionan Catania, et. al. (1991, citado en Bandura, 1994), quienes encontraron que las personas asocian el condón con menor placer en la relación sexual, lo que podría implicar una barrera percibida para tener una relación sexual placentera y posibilita la no utilización del mismo.

En resumen, se puede llevar a cabo una conducta preventiva en función de tres variables: cognitivas, conductuales y situacionales. El nivel cognitivo se refiere a los procesos auto-reguladores que median entre las intenciones y las acciones. Este proceso de auto-regulación contiene planes de acción y control de acción y está fuertemente influido por expectativas de auto-eficacia y también por las barreras y apoyos situacionales percibidos. Por ejemplo, primero se establece una meta o intención conductual, como usar consistentemente el condón para la prevención del VIH/SIDA, pero esto está influido por tres factores, a) la percepción de riesgo, es decir, que tan severas se consideran las consecuencias del VIH y que tan susceptible se siente la persona de contraerlo, b) las expectativas de resultado, es decir, los juicios que tenga la persona acerca de contraer la

³ Por ejemplo en cuanto a ‘planes de acción’ en un estudio realizado por Enríquez, Sánchez y Robles (2004) encontraron dentro de un análisis comparativo entre sexos, que las mujeres planean más su primera relación sexual que los hombres, lo que en determinado momento si estas mujeres consideraran un ‘plan de acción’ como usar condón en su primera relación sexual, incrementa la posibilidad de protección para prevenir ITS o SIDA, y que va de la mano con la auto-regulación de usarlo en todas y cada una de sus prácticas considerando los componentes de la auto-eficacia ya mencionados anteriormente.

⁴ Por ejemplo la investigación de Forsyth y Carey (1998) muestra como la autoeficacia ha sido considerada para estudios relacionados con la conducta saludable, incluyendo la prevención de la transmisión sexual del VIH.

enfermedad, así como consecuencias sociales (discriminación), materiales (costos de medicamentos y terapias) y su autoevaluación sobre que tanto puede afectar a la persona el saber que tiene VIH y c) que tan capaz se siente de usar consistentemente el condón para lograr su meta inicial que es prevenir el VIH. Los juicios que la persona tenga de contraer la enfermedad van a influir sobre si se siente capaz de usar el condón y sobretodo usarlo para protegerse de VIH. Estas intenciones junto con la autoeficacia percibida van a llevar a la persona a planear un encuentro sexual considerando el uso del condón, o la negociación del mismo. Lo anterior, lo lleva a una conducta preventiva, que a la vez se ve influida por la percepción de la personas en cuanto si considera o no que el condón disminuye el placer sexual, o que la pareja se lo exija o ambos lo pidan para tener relaciones sexuales.

De esta forma, el concepto de autoeficacia, en un inicio, no era considerado dentro del MCS, no obstante con el desarrollo del modelo, el MCS lo retoma como una variable personal que interactúa con las percepciones (beneficios percibidos y barreras percibidas para la acción) que a su vez se relaciona con factores socio-demográficos y percepciones de amenaza para finalmente llegar a la conducta preventiva (Bandura, 1994). El MCS aporta al de autoeficacia el hecho de considerar una amenaza de riesgo potencial o real y las creencias que este genera para obtener logros que puedan motivar el cambio de comportamiento (Rosentock et. al., 1988). Entonces estas dos posiciones teóricas han aportado variables para la construcción de ambos modelos, esto en función de las necesidades para explicar el comportamiento preventivo, y en el caso que nos ocupa del VIH/SIDA. Finalmente el modelo de autoeficacia tiene una fuerte influencia de variables cognitivas, principalmente de los procesos reguladores que median entre las intenciones y acciones para llevar a cabo la conducta, sin embargo, esta actividad es generada por el sujeto a nivel cognitivo, al igual que en el MCS también depende de valoraciones y consideraciones personales, aunque a diferencia del MCS considera la reciprocidad del sujeto con su ambiente.

3.3 Modelo de Reducción de riesgo.

El modelo esta diseñado para la prevención del VIH/SIDA, el cual fue planteado por un grupo de expertos en Western, Estados Unidos, para ser aplicado en grupos alto riesgo de las ciudades Norteamericanas. Este modelo fue creado exclusivamente para la prevención del VIH (Green y Farmer, 2003).

Los expertos del SIDA partieron de la idea de que el comportamiento sexual de riesgo es difícil o imposible de cambiar, por lo tanto el desarrollo del Modelo de Reducción de Riesgo va encaminado a atenuar las consecuencias del comportamiento riesgoso (de ahí el título de “reducción” de riesgo). Por eso los Estados Unidos proporcionaron condones en buenas condiciones y agujas limpias, en el caso de los drogadictos, para reducir el riesgo del VIH, no obstante el problema que se encontró fue que el modelo resultó en cierta medida efectivo para la ciudad de San Francisco y Bangkok, pero cuando se trató de extrapolar a África y a otras partes del mundo se encontró que este modelo requiere de ajustes por lo patrones culturales y epidemiológicos. Por ejemplo, el índice de VIH es diferente en Estados Unidos que en África o en Asia, son diferentes las condiciones y las características de los grupos de alto riesgo en cada parte del mundo, lo que fue un impedimento para el trabajo de este modelo en algunos países. No obstante el modelo ha funcionado en distintas poblaciones en Norteamérica (Green y Farmer, 2003).

El Modelo de Reducción de Riesgo incluye elementos del MCS, de la teoría de la Auto-eficacia y de la investigación de procesos interpersonales y cambio de actitudes (Fisher y Fisher, 2000). El objetivo que persigue este modelo es predecir y disminuir la ocurrencia de comportamientos sexuales de riesgo que posibiliten la infección del VIH/SIDA a través de un proceso de tres etapas: (a) percibir el comportamiento como riesgoso⁵ y reconocer las habilidades personales para reducir el comportamiento⁶, (b) tomar una decisión firme para efectuar cambios

⁵ Retoma del MCS la variable que se denomina ‘Su susceptibilidad y severidad percibida’.

⁶ El reconocer las habilidades personales y tomar la decisión firme para los cambios conductuales es retomada del modelo de Autoeficacia.

conductuales, y c) llevar a cabo el cambio de conducta⁷ (Coates, 1992; Longshore, Stein y Conner, 2004).

Los componentes del modelo según Catania, Kegeles y Coates (1990) son los siguientes (*ver Fig. 3*):

- *Fase I. Percepción del comportamiento como riesgoso.* Para considerar los comportamientos como riesgosos son necesarios tres elementos: 1) información y conocimientos apropiados acerca de la transmisión y prevención del VIH (p. ej. tener conocimientos de que el VIH es transmitido por medio de la sangre y líquidos corporales y puede ser prevenido por medio del uso consistente del condón o de agujas limpias); 2) percibirse susceptible de contraer VIH (p. ej. que la persona se sienta vulnerable al virus, tal vez por las múltiples parejas o prácticas de alto riesgo que realiza sin protección) y 3) creer que es indeseable contagiarse de VIH. Otros factores que influyen son el miedo, la ansiedad y las emociones aversivas hacia la enfermedad. Por ejemplo, Yep (1993, citado en Fisher y Fisher, 2000) utilizando este modelo reportó que isleños del continente Asiático no se encontraban ni en la primera fase de cambio, ya que no tenían la información y conocimientos acerca del VIH, lo que posibilitaba que no se sintieran susceptibles de contagiarse. Otro ejemplo es el de Kowalewsky, Longshore, Anglin (1995, citado en Fisher y Fisher, 2000) quienes evaluaron el uso del condón en usuarios de drogas intravenosas. Las personas que usaban y no usaban condón se consideraron como susceptibles de contraer VIH, sin embargo, las personas que usaban condón tenían buenos conocimientos acerca del VIH, y cuando se realizó el análisis estadístico se encontró que la percepción de riesgo junto con buenos conocimientos forman un buen predictor para la reducción de riesgo, en este caso las personas que usaban condón reducían riesgo por vía sexual para contagiarse de VIH, a pesar de que usaban agujas para las drogas intravenosas.

⁷ Este cambio de conducta es influenciado por esa susceptibilidad y severidad percibida aunada a la Autoeficacia que implica creencias y motivación para realizar el cambio.

- *Fase II. Toma de decisiones firmes.* Una vez que la persona ha considerado que su comportamiento es riesgoso debe de tomar una decisión firme para reducir los riesgos del VIH e incrementar los comportamientos seguros. Es complicado el cambio de la conducta sexual de riesgo, ya que implica la *no realización* de una o más actividades placenteras, pero altamente riesgosas, por ejemplo, dejar de tener prácticas anales sin protección por ser la primera vía de contagio; por la sustitución de una o algunas actividades de menor placer, pero seguras, por ejemplo solo carias. Para llegar a tomar la decisión, la persona se ve influida por las percepciones de costos y beneficios, que a su vez son afectadas por las siguientes variables:
 - Reacción de eficacia: percibir la eficacia del cambio de conducta en una situación de riesgo.
 - Autoeficacia percibida: percepción de que uno puede establecer exitosamente el cambio que ha decidido. Un ejemplo para englobar la reacción de eficacia y la autoeficacia percibida puede ser el estudio de Siegel, Mesagno, Chen y Christ (1989, citado en Bandura, 1994), quienes estudiaron una muestra de homosexuales, que reconocían que las prácticas sexuales seguras reducen el riesgo de infección de VIH, pero este grupo no las adoptaba porque tenían la creencia de que no eran capaces de ejercer control para protegerse dentro de sus relaciones sexuales. La “reacción de eficacia” podría ser que este mismo grupo en el momento de tener relaciones sexuales usaron protección, y percibieran los cambios de conducta en el momento de llevar a cabo la conducta preventiva.
 - Percepción placentera de la conducta, agregándola o eliminándola de los repertorios conductuales. Por ejemplo, en el estudio de Catania et al (1991; citado en Rosenstock et al., 1994) se encontró que los participantes a partir de la demanda por parte de su pareja usaban el condón, y esto llevaba a que las parejas tuvieran relaciones sexuales más satisfactorias. En este ejemplo podemos apreciar la percepción

placentera de la conducta de usar condón, la cual se agrega al repertorio conductual.

- Factores sociales normativos: en este elemento se consideran las percepciones de los grupos en los que el sujeto se desenvuelve, y la influencia que tienen estas percepciones en la conducta del sujeto. Por ejemplo, Catania, Kegeles y Coates (1990) en una publicación donde se hace el análisis del Modelo de Reducción de Riesgo en el VIH, plantean que estos factores normativos son importantes para la reducción de una conducta riesgosa, ya que las personas pueden considerar el rechazo social o discriminación en una persona sero positiva o los amigos pueden informar a otro que han gozado del uso del condón y que los condones no son tan difíciles de utilizar, lo que tiene una repercusión en la ejecución de la conducta y en los costos-beneficios de llevar a cabo la conducta preventiva.
- *Fase III. Llevar a cabo el cambio de conducta.* En esta última fase la persona debe de actuar y establecer soluciones. Esta fase envuelve tres etapas:
 - *Buscar información.* Por ejemplo, la gente que intenta tomar acciones buscando ideas y opiniones acerca de cómo modificar su conducta (Catania et al, 1990; citado en Fisher y Fisher, 2000).
 - *Obtener remedios.* Se refiere a varios estilos de ayuda que uno puede adoptar, por ejemplo, emplear la auto-ayuda, obtener ayuda de otros o resignarse al problema.
 - *Establecer soluciones.* Se han hecho pequeñas investigaciones y se han asociado a este componente variables, como el soporte social, el cambio en la pareja y buenas habilidades de comunicación (Catania et. al., 1990, citado en Fisher y Fisher, 2000).

El problema que se ha encontrado con el Modelo de Reducción es que postula pocas ideas sobre como se da realmente el cambio de conducta. También se le critica que toma elementos de distintos modelos (como de el MCS y autoeficacia) para explicar cada etapa de cambio, intentando articular las variables

para explicar cada fase, al igual que considera factores específicos de otros modelos para describir los logros en un sola etapa y no de la conducta en general (Fisher y Fisher, 2000)

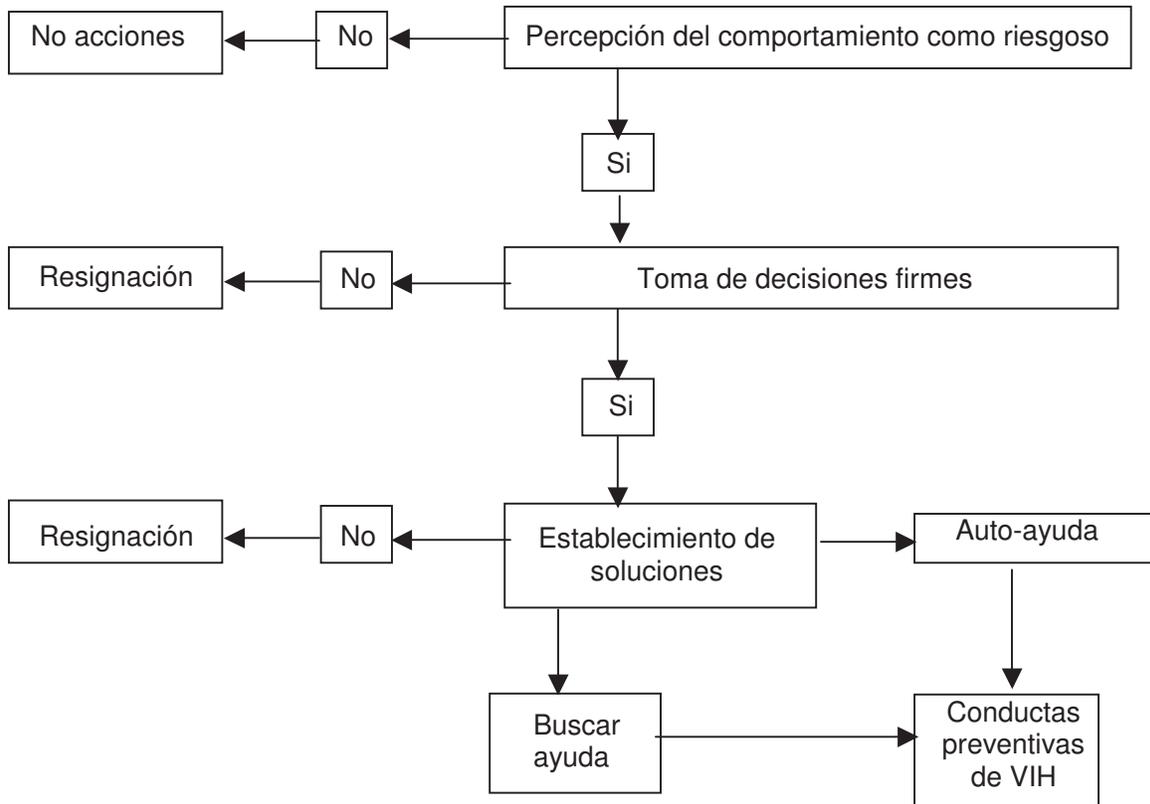


Fig. 3 Modelo de Reducción de Riesgo (Catania, Kegeles y Coates; 1990).

A manera de resumen, este modelo consta de tres etapas: 1) una persona se percibe o no como susceptible de contraer VIH, sin embargo, para considerarse en riesgo necesitaría información acerca del VIH/SIDA, como por ejemplo, de transmisión y prevención, asimismo la persona debe de creer que el SIDA es una enfermedad que trae consecuencias desagradables, deterioro en la salud física o la muerte lo que puede llevarlo a tener miedo o ansiedad de que puede contraer VIH. Entonces en esta primera fase la persona evalúa su conducta como riesgosa o no riesgosa. De catalogarla como de riesgo entonces puede pasar a la segunda fase donde toma una decisión firme que lo pueda llevar al cambio conductual preventivo, como usar condón, reducir el número de parejas sexuales, cambiar el

tipo de prácticas, practicar la monogamia, que lo lleve a incrementar comportamientos de menor riesgo. 2) la persona percibe antes de tener la práctica sexual con un(a) amigo(a) que es efectivo usar condón con este tipo de parejas ocasionales y finalmente la persona se siente capaz de usar el condón con este tipo de parejas ocasionales, y por lo tanto, adopta el condón para este tipo de relaciones, ya que la persona considera que le es más placentero y adopta esta conducta en su repertorio, además es probable que su grupo de amigos hablen bien de los sujetos que usan condón en sus relaciones sexuales, o que hagan comentarios de los beneficios del uso del condón. Si la persona toma la decisión de cambio pasa a la tercera etapa que consiste en llevar a cabo la conducta, 3) la persona busca información sobre el VIH, por ejemplo, puede pedir ayuda a un médico para que le enseñe como usar correctamente el condón, después de que se informó se dio cuenta de que tiene que negociar el condón con la pareja, habla de la situación de protección con la pareja ocasional, busca ayuda profesional para el entrenamiento en habilidades de comunicación si no tiene las habilidades para negociar, entre otras. Todo lo anterior en conjunto puede llevar a conductas menos riesgosas o preventivas para el VIH/SIDA. Finalmente este modelo considera algunos elementos ya revisados en los modelos de Autoeficacia y el de Creencias de Salud, donde se pone de manifiesto las autopercepciones, los conocimientos y el reconocimiento de habilidades personales para poder generar alternativas y tomar una decisión que lleve al cambio conductual.

3.4 Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada

Investigadores en el comportamiento habían experimentado y tratado de dar cuenta de las relaciones entre actitud y comportamiento, sin embargo no tuvieron mucho éxito. En 1964, León Festinger (creador de la teoría de la disonancia cognoscitiva), encontró una relación entre el cambio de la actitud y el cambio del comportamiento, lo que lo llevó a sugerir que los factores ambientales juegan un papel importante en la generación de una actitud que puede llevar a un cambio conductual, y estos factores que se encuentran en el ambiente aún

funcionan después de haber cambiado la actitud. Fue hasta los años setenta cuando Icek Ajzen y Martin Fishbein tuvieron éxito al desarrollar un modelo que incluyera la actitud, como uno de los factores importantes, que influyen en la intención del comportamiento (Severin y Tankard, 2001). De estos antecedentes surge la Teoría de Acción Razonada (T. A. R) que trata de explicar como la conducta humana está bajo control voluntario (Fishbein et al., 1994).

Los componentes del modelo según Ajzen y Fishbein (1980) son (*ver Fig. 4*):

- *Creencias de las personas*: son las creencias de la persona que afectan el comportamiento y están en función de lo que la persona atribuye al evento o de los resultados que obtiene. Por ejemplo, Díaz y Alfaro (1999) realizaron un estudio, donde encontraron que las creencias en adolescentes, en comparación con los adultos, van enfocadas a atribuir el VIH/SIDA a grupos específicos como homosexuales, bisexuales y drogadictos; lo que puede influir en una conducta preventiva como abstenerse de relacionarse sexualmente o de usar condón, si es que se llega a tener un encuentro de índole sexual.
- *Evaluaciones de los resultados*: es el valor que la persona da a un resultado del comportamiento. El estudio de Jemmott y Jemmot (1992, citado en Fisher y Fisher, 2000) hace referencia a este aspecto, ellos realizaron una intervención de prevención de VIH, pero lo basaron en el modelo de la Teoría de Acción Razonada, y encontraron que las mujeres adolescentes afroamericanas cambiaron sus creencias y mejoraron sus percepciones en cuanto al uso del condón, lo que las llevó a evaluar los resultados considerando que el condón es efectivo para prevenir embarazos, ITS y el VIH, después de aplicar una intervención.
- *Creencias normativas*: son las creencias acerca del comportamiento en función de las normas de un grupo para aprobar o desaprobar una conducta. Por ejemplo, Fishser, Fisher y Rye (1995, citado en Fisher y Fisher, 2000), encontraron a partir de una análisis estadístico que en función del apoyo y la percepción social de una comunidad gay, los

hombres desarrollaron intenciones para usar el condón en sus relaciones anales.

- *Motivación:* es la motivación de la persona para llevar a cabo o no la conducta, pero en función de los referentes sociales o las creencias normativas. El estudio de Bosompra (2001) es un buen ejemplo, este investigador encontró en estudiantes Africanas que las intenciones para usar el condón están influenciadas por las personas que son significativas para las estudiantes, ya que gracias a los deseos y peticiones de sus parejas sexuales, amigos cercanos, padres y doctores incrementaron el uso del condón.
- *Actitud hacia la conducta:* es la evaluación completa hacia la conducta. Hay diversos estudios donde se ha estudiado la actitud como predictor, y los estudios han coincidido en que es una variable altamente significativa para predecir el uso del condón (Díaz y Alfaro, 1999; Villagran y Díaz, 1999; Díaz y Rivera, 1999 y Bosompra, 2001).
- *Norma subjetiva:* son las percepciones de la gente que influyen en la persona para llevar a cabo o no una conducta. Por ejemplo, Kaplan, et al. (1993) marca que cuando un grupo de personas hablan bien sobre los sujetos que usan condón en todas sus prácticas sexuales, entonces es probable que todos usen el condón en sus relaciones sexuales.
- *Intención:* se refiere a percibir la posibilidad de realizar la conducta. La T. A. R. marca que las intenciones son la más directa influencia sobre la conducta; entonces, si una persona tiene la intención de llevar a cabo una conducta, será probable que la persona la lleve a cabo. Si la persona no tiene a intención de hacerlo, entonces es menos probable que la acción se realice. Las intenciones deben de corresponder exactamente con la conducta en cuestión, en este caso con el uso o no del condón La intención tiene cuatro componentes: acción, objetivo, contexto y tiempo. Por ejemplo, usar un condón es una conducta diferente de traer o comprar un condón (cambio de acción), o tener la intención de ir a una clínica para hacer una revisión para detectar que no se tiene ninguna ITS es una conducta

diferente de tener la intención de ir con el doctor familiar o tener la intención de hacerse alguna prueba de detección de SIDA (cambio en el objetivo), usar un condón con una pareja estable es diferente conducta de usar un condón con una pareja casual o con una trabajadora sexual (un cambio en el contexto), y tener el plan de ir a una clínica para hacerse una revisión de ITS el martes en la mañana es diferente conducta de ir a la misma clínica el sábado en la tarde (cambio en el tiempo). No es lo mismo usar un condón en la relación sexual vaginal con la pareja estable, a usar un condón siempre y en todas las relaciones sexuales vaginales con la pareja estable, es un diferente tipo de cambio en el tiempo (Kaplan, et. al., 1993; Ajzen y Fishbein, 1980; Fisher y Fisher, 2000). Este componente ha sido el mejor predictor del uso del condón (Abraham, Sheeran y Orbell, 1998)

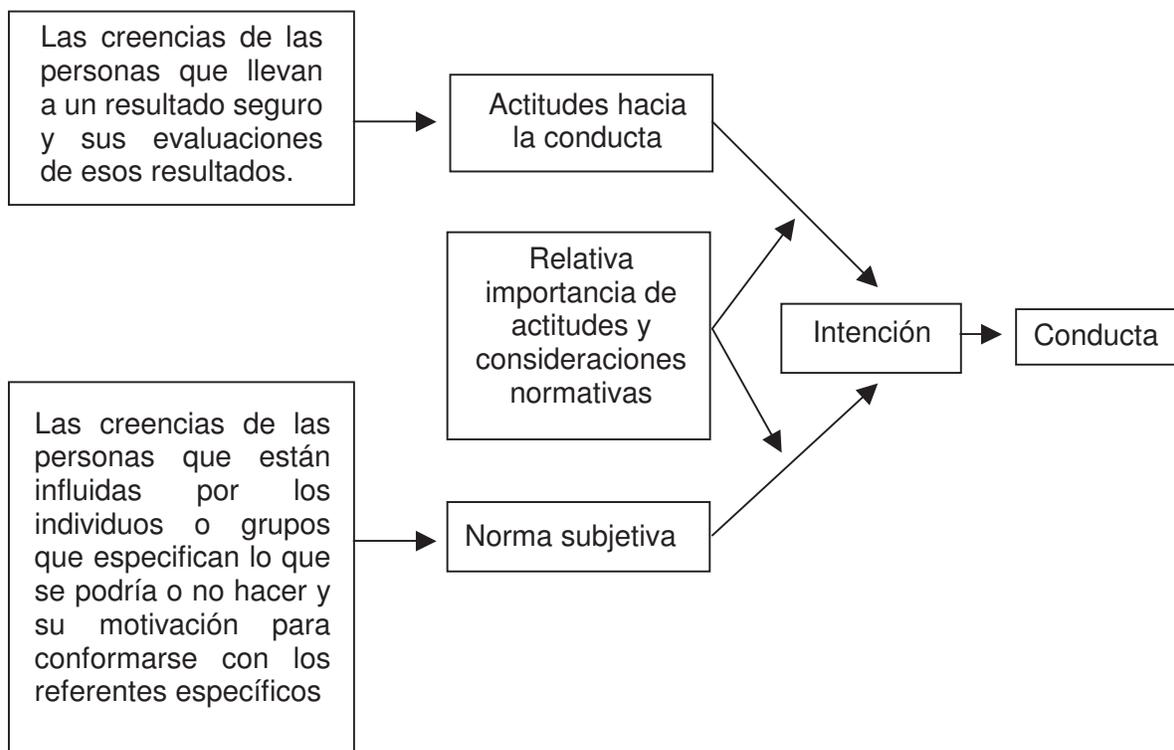


Fig. 4 Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980).

Este modelo postula que una conducta de salud es el resultado directo de la intención del comportamiento, es decir, que la persona intente llevar a cabo,

realmente, la conducta. La intención del comportamiento depende, a su vez, de la conjunción de dos tipos de factores: 1) las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto, esto se determina gracias a las creencias respecto al resultado más probable de la conducta y por la evaluación final de esas consecuencias del comportamiento, y 2) las valoraciones o normas subjetivas respecto a lo apropiado de la acción de la conducta, por ejemplo, lo que la persona cree que los demás piensan del comportamiento y de la motivación general que posee el individuo para actuar conforme a tales normas (Latorre y Beneit, 1992; Glanz, Rimer y Lewis, 2002).

A manera de resumen, las creencias de las personas tiene una influencia en la conducta y en las valoraciones de éstas, por ejemplo, la creencia de una persona de que el SIDA se puede contagiar con cualquier tipo de pareja sexual, ya sea casual o estable, la persona antes de llevar a cabo la acción la evalúa en cuanto los logros que puede obtener, es decir, puede evaluar el hecho de seguir teniendo relaciones sexuales pero condón para no contagiarse de SIDA. Estos dos factores influyen para que la persona crea que con cualquier pareja se puede contagiar de VIH y evalúe el uso del condón como una solución, entonces va a tener una actitud preventiva de usarlo en todas y cada una de las relaciones. Por otro lado, si la persona sabe que sus amigos y familia creen que con el condón se puede prevenir ITS, VIH o embarazos, entonces, es posible que esta persona se vea influenciada por estas creencias en función de lo que el grupo de amigos, familia u otros grupos hacen, por lo tanto, puede llevarlo a usar o no el condón como método preventivo del VIH, que a su vez influye sobre la conducta, que sería el cambio conductual para evitar el VIH a través del uso del condón. Este modelo al igual que los anteriores considera variables cognitivas como las causantes de la conducta, en este caso en específico serían las intenciones y las actitudes.

3.5 Modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada

La Teoría de la Conducta Planeada (*ver Fig. 5*) es una extensión de la Teoría de Acción Razonada desarrollada por Ajzen, en la cual se le agregó al

modelo el constructo de “Control conductual percibido”. Este elemento afecta directamente a las intenciones e indirectamente a la conducta, sin embargo, se siguen retomando los factores de la Teoría de Acción Razonada (T. A. R.), tales como la norma subjetiva y las actitudes, pero articulado con esta percepción de control conductual (Adams y Bromley, 1998; Fisher y Fisher, 2000). Esta extensión se desarrolló años después de la T. A. R. considerando su capacidad predictiva, de entendimiento y de cambio conductual en función de las intenciones, sin embargo, el punto central para la creación de este modelo es que, en cuanto a la conducta preventiva del VIH no siempre el comportamiento es voluntario (como lo que se propone en la T. A. R.), si no que se ve influido por la excitación sexual, las diferencias de género y el uso de alcohol y drogas (Fisher y Fisher, 2000).

Si recordamos los elementos de la T. A. R., la *norma subjetiva* se ve influenciada por las creencias normativas y la motivación para conformarse, y las *actitudes* se ven afectadas por las creencias de las personas y las evaluaciones de la posible conducta. Estos dos elementos ejercen control sobre las intenciones, y el nuevo constructo de “control conductual percibido”, que a su vez se relaciona con las intenciones y con la conducta preventiva. Bajo esta teoría se cree que existen muchas situaciones en las que pueden surgir imprevistos, o en las que se necesitan ciertas habilidades o recursos por parte de los individuos que, podrían interferir en la intención de llevar a cabo una conducta, por ende se incluyó dicho elemento (control conductual percibido) para tratar de ejercer control sobre las acciones (Adams y Bromley, 1998; Fisher y Fisher, 2000 y Glanz, Rimer y Lewis, 2002).

El *control conductual percibido* se define como las valoraciones individuales acerca de la facilidad o dificultad para llevar a cabo la conducta preventiva y se considera como el reflejo de una creencia de control individual o de una valoración de los recursos y/o oportunidades que la persona posee para realizar el comportamiento preventivo en cuestión, en este caso, la conducta de usar el condón (Fisher y Fisher, 2000). La percepción de control está conformada por variables internas (percepción de capacidad y habilidad de acción), como por variables externas como la oportunidad de acción, obstáculos y tiempo (Adams y

Bromley, 1998). Este nuevo factor según Adams y Bromley (1998); Fisher y Fisher (2000); Glanz, Rimer y Lewis (2002); ayuda a mejorar la predicción de que la conducta se lleve a cabo⁸.

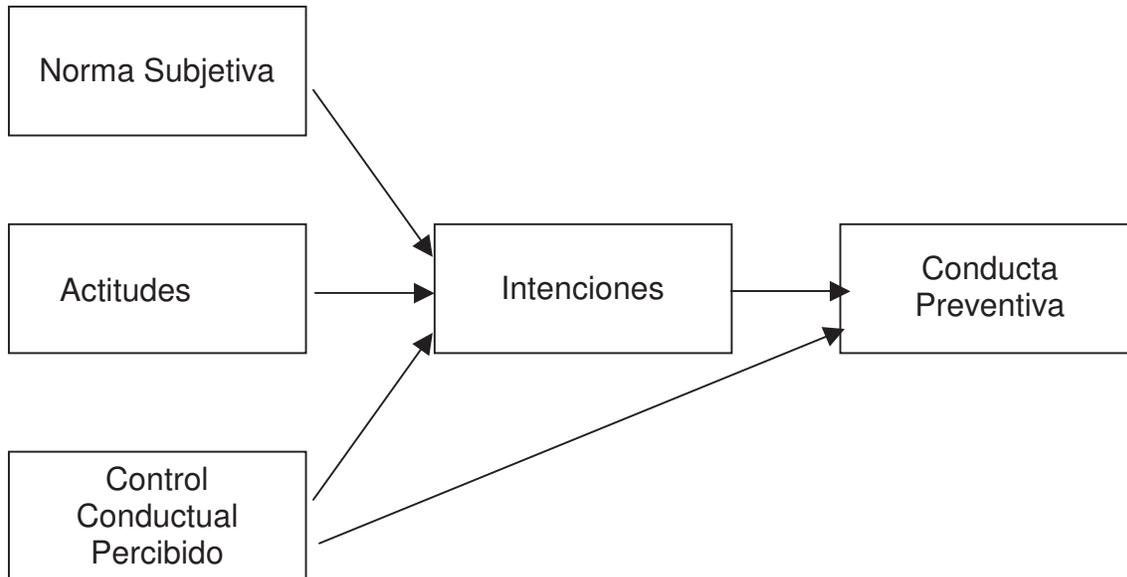


Fig. 5 Modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985).

En resumen, el control conductual percibido afecta para usar o no el condón como método preventivo del VIH, lo anterior aunado sobre que tan capaz se percibe la persona de usar condón y que tanta habilidad tiene la persona de negociar el condón, o para ponerlo (es posible que le falte entrenamiento para usar correctamente el condón), y en que situaciones tiene oportunidad de usarlo, ya que puede considerar que el condón es un obstáculo para la relación sexual porque disminuye el placer, o porque se pierde parte de la excitación al ponerlo o porque es costoso, le lleva mucho tiempo ponérselo, o pierde tiempo en irlos a comprar. Este modelo, como ya se mencionó, es una extensión del modelo de Acción Razonada, sin embargo lo novedoso es agregar una variable en el sujeto

⁸ Por ejemplo, Bryan, Aiken y West (1996, citado en Fisher y Fisher, 2000) encontraron que a partir de un entrenamiento de autocontrol en las opiniones de las estudiantes acerca de usar el condón, estas aumentaron las intenciones de usarlo y lo hicieron durante un periodo de seis meses. Este componente es un buen predictor siempre y cuando se considere con los elementos de la T.A.R. (Basen-Equist, 1994; Bryan, Fisher, Fisher, 2002; Lowe, Walker, Milne, Bennett y Bozionelos, 2003)

llamada “control conductual percibido” que finalmente se traduce en valoraciones de llevar a cabo o no la conducta preventiva.

Los modelos revisados en este apartado comparten ciertas características que son importantes mencionar: podemos ubicar a estos modelos dentro de un enfoque cognitivo, por lo que la mayor parte de las investigaciones van dirigidas a estudiar creencias, actitudes, percepción de riesgo, motivación, autoeficacia, entre otras, donde se evalúan como variables que responden a procesos cognitivos, que son reflejados en la conducta preventiva. Estos modelos han sido los que han tratado de dar respuesta a las problemáticas de salud-enfermedad, y en el caso que nos ocupa el VIH/SIDA, sin embargo, como hemos podido ver se han ido adaptando y han ido creciendo al aumentar factores o variables (como en el caso de la conducta planeada, o el MCS) para tratar de explicar y predecir el comportamiento preventivo.

3.6 Modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del VIH/SIDA

Partiendo de la perspectiva de los modelos de corte cognoscitivo antes señalados, en México y en otros países se han desarrollado cantidades importantes de investigaciones que enfatizan el papel de variables como conocimientos, actitudes, creencias, intención, percepción de riesgo, entre otras (Díaz y Alfaro, 1999; Díaz y Rivera, 1999; Crosby et al., 2001; Esquivel et al., 2001; Florencia et al., 2001; McPhail y Campbell, 2001; Villaseñor et al., 2003), y en las que se parte del supuesto de que al incidir sobre tales variables será posible lograr cambios en la conducta. De acuerdo con el análisis que presentan Robles y Moreno (2002), los resultados de investigaciones con base en estos modelos han demostrado ser inconsistentes, y en consecuencia, no permiten entender y explicar por qué una persona se comporta de manera arriesgada a pesar de tener un buen nivel de conocimientos o ciertas actitudes favorables hacia las conductas de prevención. En este sentido, de acuerdo con Piña y Robles (2004), la investigación sobre las conductas de riesgo/prevención y de los factores psicológicos que les subyacen representa el único medio a partir del cual será

posible dar cuenta de cómo, por qué y bajo qué circunstancias los individuos optan por la práctica de uno u otro tipo de conducta, identificar qué factores psicológicos las hacen más o menos probables, y a partir de ahí, derivar programas y estrategias dirigidos a prevenir nuevas infecciones por VIH.

Un modelo alternativo que permite dar cuenta de estos aspectos lo constituye el modelo psicológico de salud biológica propuesto por Ribes (1990) y, aplicado particularmente a la prevención del VIH/SIDA, por Bayés (1992). Desde esta perspectiva, el interés se centra en la interacción del individuo con su ambiente y se consideran tres factores que involucran una diversidad de funciones psicológicas cuyo proceso será determinante de los resultados biológicos en términos de salud o enfermedad. Dichos factores hacen referencia a la forma en que la conducta participa en la modulación de los estados biológicos, las competencias que definen la efectividad para interactuar con toda clase de situaciones que pueden afectar la salud y las maneras consistentes de comportarse de un individuo (Piña y Robles, 2004). Particularmente en el caso de la prevención del VIH/SIDA, el que una persona lleve a cabo una conducta sexual de riesgo (e. g. tener relaciones sexuales con penetración y no utilizar condón) determinará en menor o mayor medida la probabilidad de que resulte infectada por el VIH. Sin embargo, en tanto que este tipo de conducta forman parte de la fase de resultados del modelo psicológico antes mencionado, es indispensable dar cuenta de qué y cómo es que diversos factores psicológicos son los que finalmente facilitan o impiden que esa u otras conductas se practiquen.

El modelo particular de prevención del VIH/SIDA que propone Bayés (1992) hace énfasis en los aspectos temporales de la interacción, en donde la historia interactiva del individuo constituye un elemento psicológico que influye inicialmente en su comportamiento sexual de riesgo o preventivo. Este modelo consta de 3 fases:

- 1) Pasado (factores históricos susceptibles de influir en cada nueva situación interactiva);
- 2) Presente (factores que actualmente forman parte de una interacción) y

3) Futuro (consecuencias a mediano o largo plazo que se derivan de la ocurrencia del comportamiento) (ver Fig. 6).

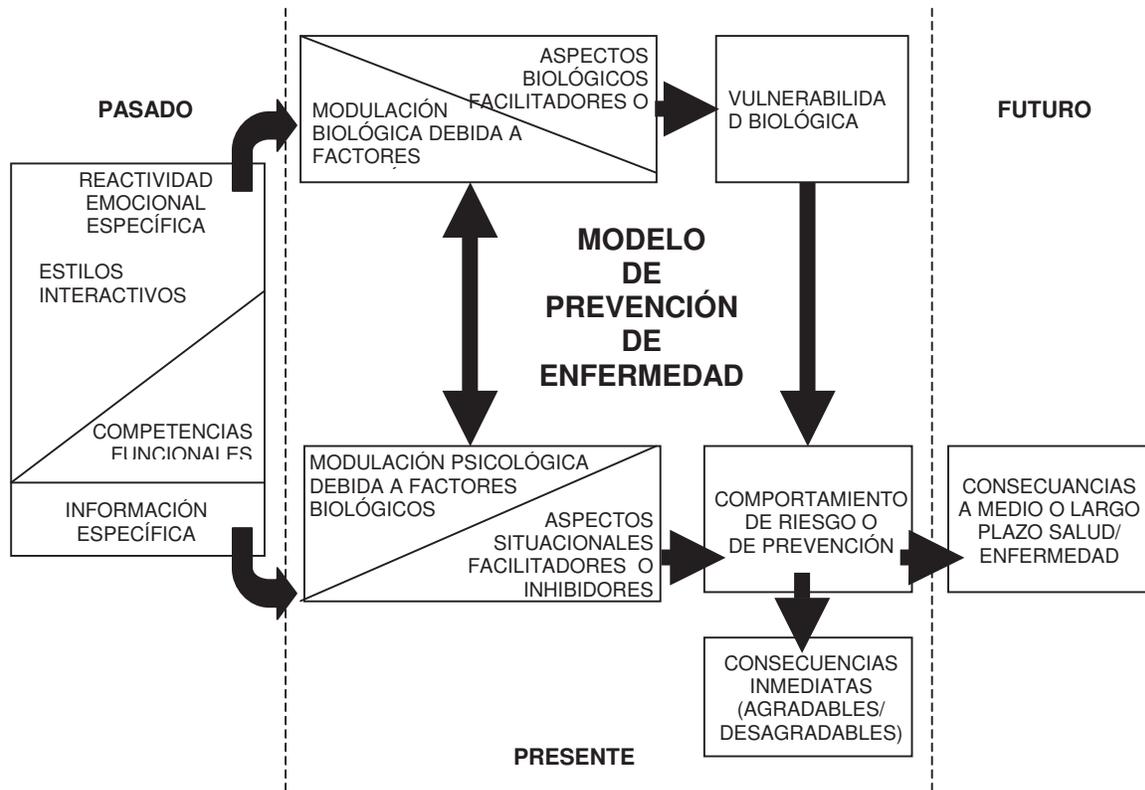


Fig. 6 Modelo de prevención de enfermedad aplicado al caso del SIDA propuesto por Bayés (1992).

Los factores del pasado incluyen, según Bayés (1992), los siguientes componentes:

- Estilos interactivos: haciendo referencia a los conceptos de personalidad y temperamento como modos funcionales de interactuar y no como maneras de comportarse, de esta manera se consideran las formas de reaccionar de un individuo frente a distintos tipos de situaciones (Bayés, 1992). Por ejemplo una persona puede reaccionar con curiosidad hacia no usar condón para ver si se siente lo mismo o no).
- Competencias funcionales: son los recursos que tiene la persona en función de su historia interactiva personal, y que ha utilizado en el pasado para enfrentarse

a situaciones funcionalmente similares (Bayés, 1992). Las competencias funcionales según Díaz-González; Rodríguez; Robles; Moreno y Frías (2003) se entienden como la capacidad, habilidades y destrezas del individuo para enfrentar diversas situaciones en las que se exige una demanda y que pueden facilitar o interferir ciertos comportamientos. Además, Ribes (1990) delimita cuatro tipos de niveles funcionales que van de menor a mayor complejidad que se refieren a las competencias efectivas en una situación, esos niveles son:

1. No instrumental: la persona se ajusta a la situación, aceptándola, no altera el contexto situacional. Por ejemplo, la persona que se ajusta a la disposición de su pareja comportándose y aceptando lo que esta última prescribe (Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003).
 2. Instrumental: aquí la persona toma la iniciativa y acciones concretas preventivas (Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003). Por ejemplo, la persona que propone medidas preventivas con su pareja como el uso de condón o puede ser la persona que negocia para usarlo, tomando la iniciativa y dando alternativas.
 3. Extrasituacional: la persona responde en términos de la información y responde a una situación particular en términos de otra, es decir, con base a la experiencia y a lo que ha aprendido en otras situaciones. Por ejemplo, cuando una joven acepta tener relaciones sexuales con su pareja siempre y cuando use condón, lo que ilustra que se responde a una situación particular en términos de otra, o sea, con base en lo que se ha aprendido anteriormente (en otra situación) respecto de los riesgos de no usarlo (Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003).
 4. Transituacional: la persona responde independientemente de una situación (anterior, diferente o presente) y con base en una creencia. Por ejemplo, una persona que se abstiene de tener relaciones sexuales antes del matrimonio ya que su religión no le permite tener tales practicas (Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003).
- Información específica: es la información que tiene la persona para hacer frente a una situación, y puede ser de dos tipos según Bayés (1992):

- Objetivo-contingencial:
 - Para prevención primaria se deben de considerar: los comportamientos y situaciones de riesgo, las circunstancias que indican la posibilidad de una conducta de riesgo al igual que un comportamiento eficaz, los comportamientos eficaces que son de cuatro tipos: 1) evitar el comportamiento de riesgo, 2) eliminar los elementos nocivos del comportamiento de riesgo, c) practicar comportamientos no peligrosos incompatibles con el comportamiento de riesgo, d) demorar el comportamiento de riesgo hasta el momento en que pueda efectuarse sin peligro, e) las consecuencias, a corto y a largo plazo, f) la forma de practicar eficazmente los comportamientos preventivos adecuados.
 - Para prevención secundaria y terciaria: se debe de considerar la información objetivo-contingencial que posee el sujeto sobre la enfermedad así como las conductas a seguir para la llevar a cabo una conducta preventiva⁹.

Por tanto, se deben de considerar ciertos aspectos para proporcionar una información específica objetivo-contingencial, y esto se puede lograr respondiendo las siguientes preguntas (Bayés, 1992):

- Atención: ¿es capaz el mensaje de atraer y mantener la atención de las personas a las que se dirige?.
- Comprensión: ¿se comprende el mensaje con facilidad?.
- Relevancia personal: ¿perciben las personas el mensaje como importante para ellas?.
- Credibilidad: ¿merecen credibilidad tanto el mensaje propiamente dicho como la fuente que lo comunica?.

⁹ Distintos estudios (Piña y Urquidi, 2004; Piña 2004) han demostrado (bajo este modelo) que los conocimientos no son suficientes para posibilitar la conducta preventiva, por tanto Bayés (1992) propone en el modelo la atención, comprensión, relevancia personal, credibilidad y la aceptabilidad para poder transmitir y considerar la información de tipo objetivo-contingencial que al interactuar con los factores restantes del modelo puedan dar como resultado la posibilidad de llevar a cabo la conducta preventiva, que sería utilizar el condón. También hay que considerar la resolución de los problemas económicos, jurídicos y administrativos-comerciales para que la información pueda tener el impacto deseado en la persona.

- Aceptabilidad: ¿existe algo en el mensaje que pueda ser ofensivo o inaceptable para las personas a las que se dirige?.

Para que esta información pueda concretarse en hechos es necesario según Bayés (1992), resolver antes una serie de problemas como:

- Económicos: que se refiere al coste de los instrumentos o servicios, tanto si se trata de preservativos o jeringuillas, como de administración de metadona para drogadictos, etc.
- Jurídicos: hace referencia a la legalidad, tal como se presenta, por ejemplo, con la venta libre de jeringuillas de un solo uso en determinados países o con su accesibilidad en determinados recintos como las cárceles.
- Administrativos-comerciales: su fácil asequibilidad en los lugares y horarios donde suelen presentarse las situaciones de riesgo.
- Información Normativo Cultural: se refiere a las normas y orientaciones que se encuentran en el medio social, lo que le señala de forma implícita o explícita que practicas son aceptable y/o deseables, y cuales no (Bayés, 1992). Por ejemplo, si recordamos el estudio de Fishser, Fisher y Rye (1995, citado en Fisher y Fisher, 2000) quienes encontraron en un estudio, que gracias a las percepciones de las personas hacia una comunidad gay de hombres, estos desarrollaron intenciones de usar condón en sus relaciones anales, es decir, finalmente la transmisión de esta información se puede dar de forma explícita o implícita, como las percepciones de las gentes para que estos tuvieran intención de usar el condón (práctica deseada) y no prácticas sexuales sin protección (prácticas no deseadas).
- Reactividad emocional específica: la forma de reaccionar en función de estímulos, personas, pautas temporales y características situacionales que se dan a partir de condicionamientos, programas de refuerzo que esta influida por la historia personal y que pueden afectar a situaciones concretas posteriores. La literatura lo enmarcaría como representaciones sociales, creencias o actitudes (Bayés, 1992). Por ejemplo, Flores y Leiva (2003) estudiaron la representación social del SIDA en personas de 16 a 23 años (estudiantes de

bachillerato de la Ciudad de México). Los resultados encontrados fueron que sexo, enfermedad y muerte se asocian al SIDA. En la construcción de prevención-transmisión se encontraron asociados conceptos como virus, contagio, sexo, protección y condón. La utilidad del condón está relacionada con la prevención de embarazos, más que con la prevención de ITS. Este estudio refleja el componente de “reactividad emocional específica”, ya que a partir de la historia personal y lo que implica la persona comienza a responder; en este caso es interesante el dato de que los estudiantes asociaron más al condón como método de control de natalidad, más que como método preventivo del VIH, lo que posibilite tal vez que lo utilicen pero para prevenir embarazos únicamente.

Los factores del presente comprenden:

- Aspectos situacionales: son los factores que facilitan o inhiben que se dé un tipo de interacción determinado y pueden ser de tres tipos según Bayés (1992):
 - Personales: que se dan en forma de sensaciones discriminativas (visuales, auditivas, táctiles, etc., intenciones, expectativas de resultados y expectativas de auto-eficacia), las cuales indican al sujeto con base en la información específica que posee sobre la situación y la forma de reaccionar ante los estímulos que recibe del ambiente, que al practicar cierto comportamiento preventivo o de riesgo, obtendrá determinadas consecuencias sensitivas, emocionales, cognitivas y biológicas¹⁰.
 - Ecológico coyunturales: se refiere al tipo de circunstancias, tales como la relación sexual por parte de una persona singularmente atractiva o el escaso atractivo de la potencial pareja sexual¹¹.
 - Convencionales: normas e instrucciones que guían las conductas de las personas que entran en interacción. Bayés (1992) marca como ejemplo a las personas casadas, donde ambas creen y practican la fidelidad conyugal

¹⁰ A partir de análisis estadísticos, estudios como los de Piña, y Urquidi, (2004) muestran que los motivos son un buen predictor para llevar a cabo o no una conducta preventiva. Estos motivos entran en los aspectos situacionales, específicamente en el rubro de personas.

¹¹ También las circunstancias sociales han resultado ser un buen predictor para llevar a cabo, o no, prácticas preventivas, que estarían consideradas también en aspectos situacionales, bajo el rubro de factores ‘Ecológico Coyunturales’. Por lo que los motivos y las circunstancias se consideran como factores con un fuerte valor predictivo (Piña y Urquidi, 2004).

(lo que sería una conducta preventiva), que si solo lo hace una de las dos, o si se trata de una norma que ambas consideran puramente nominal y fácilmente transgredible (que se traduciría en términos de probabilidad de romper o transgredir esas reglas y llevar a cabo prácticas de riesgo y posteriormente contagiar a la pareja). Otro ejemplo sería el estudio de Piña y Urquidi (2004) quienes estudiaron a adultos (hombres y mujeres) que vivían con una pareja regular. Los resultados mostraron que había diferencias significativas en cuanto a tener múltiples parejas y parejas ocasionales, lo que nos hablaría de que no hay normas que guíen la conducta, como en el ejemplo que pone Bayés (1992) de la fidelidad entre una pareja casada.

En estos aspectos situacionales existen los peligros y los recursos para establecer la mayor o menos disponibilidad de los factores de riesgo o prevención, es decir, aquí se ubican los elementos que pueden facilitar, inhibir, desencadenar o bloquear los resultados de llevar a cabo no la conducta preventiva. También en esta parte del modelo se puede concebir la *vulnerabilidad biológica* de un organismo que puede ubicarse a lo largo de un continuo que va desde un estado de vulnerabilidad mínimo en el cual la probabilidad de contagio es muy pequeña, a un estado de vulnerabilidad máximo en el que la probabilidad de contagio es muy elevada, pero se tiene que considerar que esto pueden alterarse, por ejemplo, a través del cambio conductual de ciertas prácticas sexuales imprudentes (Bayés, 1992).

La vulnerabilidad biológica se puede ver afectada por factores que:

- Pueden facilitar o dificultar la penetración del virus en el organismo. Bayés (1992) pone de ejemplo, pequeñas heridas, úlceras y fisuras, ITS, prácticas sexuales riesgosas como el coito anal, las penetraciones sexuales traumáticas, en especial en casos de violación, el uso de determinados métodos anticonceptivos, tales como el D.I.U. o la píldora, susceptibles de producir hemorragias o la realización del coito durante la menstruación, solo por mencionar algunas.

- Pueden alargar o acotar la vida del virus en el interior del organismo, antes de que sobrevenga el contagio. Por ejemplo en el caso de prolongar la vida del VIH en el organismo o de probabilizar de que se produzca el contagio, se pueden considerar la ausencia de circuncisión y la falta de higiene después del coito (Bayés, 1992).
- Pueden debilitar o fortalecer, directa o indirectamente, la acción del sistema inmunitario sobre el virus, una vez que el contagio ha tenido lugar. Se pueden citar algunos ejemplos de factores que pueden deprimir el Sistema Inmunológico según Bayés (1992), tales como los déficits nutritivos, el consumo de algunas drogas, el tabaco, algunas vacunas o medicamentos que produzcan depresión en el Sistema Inmunológico, la embarazo, re-infecciones o estados emocionales negativos.

También los estados emocionales influyen en los aspectos situacionales, es decir, a parte de los eventos estresantes que la persona se puede encontrar día con día, la infección por VIH proporciona un importante estrés suplementario debido a las diversas situaciones específicas que pueden ir surgiendo en la vida de la persona que practica comportamientos de riesgo, Bayés (1992) da los siguientes ejemplos:

- Sospechar que se encuentra contagiado.
 - Valorar la conveniencia, o no, de hacerse la prueba de detección.
 - El tiempo de espera mientras se analizan las pruebas de detección.
 - El impacto de un resultado de seropositividad.
 - Comunicación del resultado a la pareja o la familia.
 - La percepción de sentirse discriminado o marginado.
 - Pensar, leer u oír algo sobre el SIDA.
 - Ver morir a alguien de SIDA.
 - Percepción de signos de deterioro o enfermedad.
 - Miedo al dolor y a la proximidad de la muerte.
- Modulación psicológica: que está en función de las condiciones biológicas actuales de la interacción (Bayés, 1992). Es decir, como se relaciona con el ambiente para tratar de llevar a cabo conductas saludables.

-
- **Modulación biológica:** que está en función de las condiciones psicológicas vigentes en la interacción, la cual se traduce en una mayor o menor vulnerabilidad biológica del individuo a la enfermedad. Por ejemplo, que tanta vulnerabilidad biológica tiene el individuo hacia la enfermedad (en mayor o menor medida) (Bayés, 1992). Por ejemplo, la persona que tiene distintas parejas sexuales, con las cuales tiene distintos tipos de prácticas y utiliza el condón en algunas ocasiones, aunado a que tiene pequeñas heridas en los genitales, no se asea después del coito y tiene un déficit nutritivo; que en conjunto colocarían a la persona en un nivel alto de vulnerabilidad biológica. Esto estaría enfocado a como construye la persona a partir de las interacciones las posibilidades y factores de riesgo o de prevención.
 - **Práctica de comportamiento de riesgo o prevención:** hace referencia a las consecuencias inmediatas, las cuales se traducen en pensamientos, emociones y sensaciones, agradables, neutras o desagradables. Se puede hacer el siguiente análisis de las consecuencias inmediatas según Bayés, (1992):
 - Los comportamientos de riesgo casi siempre van seguidos de forma inmediata por una consecuencia placentera (orgasmo) y de corta duración.
 - Las consecuencias nocivas de los comportamientos sexuales son probables a largo plazo, como por ejemplo la adquisición de enfermedad y la muerte en el caso del VIH/SIDA.
 - No existe sintomatología inmediata, intensa o que tenga mucha duración, y que vincule la práctica del comportamiento de riesgo con el momento de aparición del dolor o los primeros síntomas clínicos percibibles por la persona afectada de la enfermedad, en este caso el VIH/SIDA.
 - Los comportamientos de prevención como abstinencia sexual o uso del condón suelen ir seguidos de forma casi segura e inmediata por una evitación, aplazamiento, o atenuación de consecuencias placenteras.
 - Las consecuencias positivas a largo plazo pueden derivarse de la práctica de comportamientos preventivos, que se pueden traducir en un buen estado de salud, no obstante esto es a largo plazo.

- No existe una cadena de hechos que relacione la práctica de un comportamiento de prevención concreto con un buen estado de salud al cabo de unos años, es decir, no tenemos ninguna garantía de que por ejemplo, nuestro estado saludable actual sea consecuencia de prevención concreta que realizamos hace algunos años.

Los factores del futuro comprenden las consecuencias, a medio o largo plazo en el continuo salud/enfermedad:

- Consecuencias a largo plazo: son el nivel y el estado de salud/enfermedad, considerando esto como un continuo, donde se combinarían las prácticas de prevención o riesgo y la vulnerabilidad del organismo al VIH, para que la persona no tenga ninguna ITS o VIH (Bayés, 1992). Por ejemplo la consecuencia a largo plazo de usar condón consistentemente es que la persona no tenga ninguna ITS, se encuentre saludable y no tenga un pronóstico de muerte por SIDA.

Con base en el modelo de prevención de enfermedad aplicado al caso del SIDA, en este trabajo se retoman algunas ideas que propone Bayés (1992), en relación con el análisis de la historia conductual de la persona, particularmente de la historia de encuentros sexuales, y su influencia en el comportamiento sexual de riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con García y Figueroa (1992), los adolescentes y jóvenes enfrentan serios problemas de salud como el tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, accidentes y suicidios, entre otros. Uno de los peligros relacionados con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, son los embarazos no deseados (Núñez et al., 2003), que se interrumpen con mucha frecuencia con peligrosos abortos que, pueden causar la muerte (Astudillo, 2000). También, dentro de la población adolescente se están presentando cada vez más tempranamente, las relaciones sexuales premaritales, lo que los expone a embarazos no deseados o no planeados que pueden culminar en aborto (García y Figueroa, 1992).

Otro de los peligros para la salud sexual de los jóvenes, lo constituyen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre las que se encuentra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que requiere especial atención ya que ha aumentado el número de adolescentes infectados con el VIH (García y Figueroa, 1992). En este sentido, los adolescentes constituyen un campo de estudio sumamente importante, pues son una parte primordial de la población en edad fértil, porque representan la edad en que la mayoría de ellos inician la actividad sexual (García y Figueroa, 1992). Además, es importante tomar en consideración los niveles de prevalencia de SIDA entre hombres y mujeres, ya que de acuerdo con CENSIDA (2003) hay una mayor prevalencia del SIDA en los varones. Sin embargo, las mujeres son las que están más en riesgo por las siguientes razones.

Por ejemplo, Del Río et al. (1995) marcan que las mujeres son más vulnerables de dos a cuatro veces más a la infección por VIH que los hombres. Esto se debe a que el semen de un varón infectado contiene una cantidad de células infectadas por VIH muy superior a la presente en los fluidos vaginales de una mujer infectada. Por otro lado, el epitelio vaginal y rectal es mucho más vulnerable a infecciones que el que cubre el pene, y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en esos tractos, dejando a los hombres en posición de excelentes portadores del virus. También existen algunos factores epidemiológicos que exponen a las mujeres a un mayor riesgo de infección.

Las mujeres suelen necesitar transfusiones sanguíneas más frecuentemente que los hombres, sobre todo en función de complicaciones durante el embarazo y/o el parto. Otro factor de este tipo, se refiere al hecho de que las mujeres suelen casarse o establecer relaciones de pareja con hombres mayores que ellas, que por lo general han tenido más experiencia sexual y por lo tanto han tenido una mayor probabilidad de haberse infectado con el VIH.

Con base en lo anterior, resulta importante investigar el comportamiento sexual de riesgo en poblaciones de hombres y mujeres adolescentes y adultos jóvenes. Algunos estudios que trabajan con estas poblaciones se han interesado en investigar el papel que juegan variables cognitivas en el comportamiento sexual de riesgo o preventivo, tales como **creencias** (Bandura, 1994, 1999; Haignere et al., 1997; Forsyth y Carey, 1998; Villagrán y Díaz, 1999; González y Rosado, 2000; Torres y Díaz, 1999; MacPhail y Campbell, 2001; Florencia et al., 2001; Visser y Smith, 2001; Flores y Leiva, 2003; Villaseñor et al., 2003; Smith, 2003), **conocimientos** (Rotheram-Borus et al., 1995; Kim et al., 1997; Nieto e Izazola, 1999; Díaz, Flores, Rivera, et al., 1999; Ramos, Díaz, Saldivar et al., 1999; Díaz y Alfaro, 1999; Villagran y Díaz, 1999; González y Rosado, 2000; Iwuagwu et al., 2000; McPhail y Campbell, 2001; Caballero y Villaseñor, 2001; Toledo et al., 2002; Martínez et al., 2002; Villaseñor et al., 2003; Thato et al., 2003), **percepciones** (Ramos et al., 1999; Díaz y Alfaro, 1999; Nieto e Izazola, 1999; Díaz y Rivera, 1999; Torres y Díaz, 1999; González y Rosado, 2000; Villaseñor et al., 2003), **intenciones** y **actitudes** (Díaz y Alfaro, 1999; Villagran y Díaz, 1999; Díaz y Rivera, 1999; Ramos, et al., 1999; Torres y Díaz, 1999; Díaz y Alfaro, 1999; Bosompra, 2001).

Entre los problemas que presentan estos estudios está el hecho de suponer que cambios en variables cognitivas producirán cambios en la propia conducta sexual de riesgo, no considerando otros aspectos que pueden tener influencia sobre el comportamiento, otro problema es que su análisis lo centran particularmente en la persona y no en las relaciones que ésta establece con otros. Además, el estudio del comportamiento sexual de riesgo se restringe a la evaluación del uso del condón, cuando puede haber, de acuerdo con Bayés (1992), otros comportamientos preventivos que deben estudiarse, como el investigar la historia sexual de la pareja y proponer conductas alternativas a las de penetración como caricias, besos o masturbación y posponer encuentros

sexuales -que implica prolongar la edad de inicio del debut sexual o ejercer la abstinencia sexual.

Desde un punto de vista conductual, recientemente se han llevado a cabo algunos trabajos de investigación con muestras de estudiantes universitarios que analizan la relación entre variables psicológicas como los conocimientos, creencias, circunstancias sociales y motivos con diversas conductas de riesgo (véase Piña y Corral, 2001; Piña, González, Molina y Cota, 2003) y en las que los hallazgos principales muestran una falta de correlación entre variables como los conocimientos y creencias con variables como las circunstancias sociales, los motivos o las conductas de riesgo, además, los motivos, y en ocasiones las circunstancias sociales, se han constituido en los únicos predictores de las conductas de riesgo abordadas. De acuerdo con Piña y Urquidi (2004), estos hallazgos ponen en entredicho el papel que presumiblemente juegan para la prevención del VIH variables como los conocimientos, creencias y actitudes, y apoyan lo que atinadamente ha señalado Bayés (2001) en relación a que las personas no solamente pueden comportarse en función de los conocimientos, del riesgo que perciben, de las actitudes o creencias que poseen, sino que también lo hacen influenciados por variables que forman parte de factores relativos a la situación interactiva en la que se practican las conductas de riesgo o prevención. De ahí que el modelo que Bayés (1992) presenta para prevenir el VIH/SIDA, contemple aspectos de la historia conductual de los individuos como elemento que influye en el comportamiento sexual que ocurre en circunstancias específicas.

Entre los elementos que forman parte de la historia conductual y que se han estudiado en relación con la conducta sexual de riesgo, podrían considerarse los siguientes: edad del debut sexual (Villagrán y Díaz, 1999; Pérez y Arriola, 2001), número de compañeros sexuales que se han tenido en toda la vida (Díaz, Flores et al., 1999; Ramos, Díaz y Rivera, 1999; Díaz et al., 1999; Villagrán y Díaz, 1999, Robles y Moreno, 2000, 2002), frecuencia de las relaciones sexuales (Iwuagwu, et al., 2000; Pérez y Arriola, 2001), frecuencia del uso del condón (Rasmussen et al., 2003; Gebhardt et al., 2003; Visser y Smith, 2004) y tipo de persona con la que se tienen relaciones sexuales (Robles y Moreno, 2000; Piña y Urquidi, en revisión).

Adicionalmente, en los estudios que se han preocupado por investigar los factores asociados con el comportamiento sexual preventivo se presenta un problema relacionado con la validez de las medidas que se utilizan para evaluar el comportamiento sexual de riesgo. De acuerdo con Geary, Tchupo, Johnson, Cheta y Nyama (2003), en las medidas de autoreporte del uso del condón pueden existir problemas de memoria y comprensión de quien responde, o bien, puede haber falta de claridad en el tipo de preguntas que se hacen (Fishbein y Pequegnat, 2000). Si se pregunta cuántas veces se ha tenido relaciones sexuales y luego en cuántas de estas veces se ha utilizado el condón, la respuesta de los participantes puede variar dependiendo del tiempo utilizado como marco de referencia (en toda la vida, el año pasado, en los últimos tres meses, la semana pasada o la última vez) y de si se está evaluando el tipo de práctica sexual en la que el condón se usa (sexo anal, vaginal u oral) o el tipo de pareja con la que se usa (estable u ocasional). En este sentido, deben tomarse con reserva los estudios que consideran en sus evaluaciones únicamente medidas de autoreporte del uso del condón, si se considera, además, que el autoreporte del uso del condón no necesariamente implica que éste se use correctamente (Fishbein y Pequegnat, 2000).

Se pueden ubicar en la literatura, investigaciones que evalúan el uso del condón a partir de respuestas dicotómicas como “si uso condón” y “no uso condón”, como los estudios de González y Rosado (2000); Noar et al. (2002); Gayet et al. (2003); Visser y Smith (2004) y Gurman y Borzekowski (2004). También hay estudios que evalúan su uso utilizando una escala tipo Likert o suma de rangos, donde la opción “siempre” se considera como consistencia en el uso del condón y las opciones “casi siempre”, “algunas veces” o “casi nunca” se consideran como inconsistencia en el uso del condón. Ejemplo de estos, estudios son los reportados por Caballero y Villaseñor (2001); Toledo, Navas, Navas y Pérez (2002); Villaseñor et al. (2003); Gebhardt, Kuyper y Greunsven (2003) y Rasmussen et al. (2003). El problema con este tipo de mediciones es que en el caso de respuestas dicotómicas como “no y si”, no se puede determinar confiablemente si usan condón y lo que es más importante la consistencia, ya que los participantes pueden reportar que efectivamente lo usan, pero eso podría hacer referencia a la última relación sexual, o bien pueden reportar que si lo usan, cuando en realidad no siempre lo usan, por lo

que en este caso la medida no sería sensible para determinar si los sujetos están o no comportándose preventivamente.

De acuerdo con lo anterior, Fishbein y Pequegnat (2000) cuestionan la validez de las medidas de autoreporte del uso del condón y plantean la necesidad de desarrollar medidas más sensibles para su evaluación. Una de las propuestas de evaluaciones más sensibles sobre la consistencia en el uso del condón es la marcada por DiClemente y Wingood (1995) quienes proponen evaluarla dividiendo la frecuencia del uso del condón en un periodo determinado de tiempo entre la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo, en donde como resultado se obtiene un índice de consistencia con valores entre cero y 1, en donde uno indicaría consistencia, y los resultados menores a uno hablarían de que no son consistentes.

Ante los problemas planteados anteriormente, referentes a la investigación en prevención del VIH/SIDA sería importante hacer las siguientes consideraciones para realizar evaluaciones más detalladas:

- a) Considerar la historia conductual sexual¹ de los individuos, es decir, analizar el papel que juegan las experiencias sexuales como una de las variables que pueden estar asociadas con el sexo protegido, así como el tipo de personas con los que el sujeto en cuestión se relaciona y los contextos y situaciones específicas en los que las experiencias sexuales tienen lugar.
- b) Considerar la variedad de comportamientos sexuales de riesgo y prevención que pueden ocurrir, es decir, no restringirse a preguntar si se han tenido o no relaciones sexuales, sino adentrarse en la investigación del tipo de prácticas sexuales que las personas tienen, esto por el nivel de riesgo que cada práctica implica², así como el tipo de pareja con las que el individuo tiene relaciones sexuales (pareja estable y ocasional), donde se podría hablar igual que en las prácticas, de diferentes niveles de riesgo en función del tipo de pareja. Igualmente, sería importante considerar si las personas

¹Entre los elementos a considerar dentro de la historia conductual sexual están: edad del debut sexual, preferencia sexual, número de parejas sexuales en toda la vida, si se proponen o no medidas preventivas y la frecuencia de las medidas preventivas en un periodo de tiempo.

²Por ejemplo, Brody (1995) marca que las relaciones anales son la primera vía de contagio sexual, las relaciones vaginales las ubica en segundo lugar y finalmente, las relaciones orales las clasifica como la tercera vía sexual de riesgo, y la de menos probabilidad de contagio.

presentan otros comportamientos preventivos, como los de investigar la historia sexual del compañero, proponer medidas preventivas o proponer solo caricias, ya que generalmente las investigaciones se limitan al uso y consistencia del condón como única alternativa a la prevención del VIH, limitando la evaluación de otros posibles comportamientos preventivos.

- c) Considerar el papel que juegan las creencias sobre los propios comportamientos sexuales de riesgo o preventivos (Bayés, 1992), es decir, determinar si las creencias de prevención sobre la ocurrencia de conductas sexuales específicas se asocian con el uso del condón en dichas conductas.

Por tanto, en el presente trabajo se presentan los resultados obtenidos de un estudio exploratorio que tuvo como propósito fundamental evaluar en estudiantes universitarios *distintos aspectos de su historia sexual y distintos comportamiento sexuales de riesgo. Asimismo, se investigó el papel de, las creencias sobre la ocurrencia de conductas de riesgo y su relación con el uso del condón.*

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

El estudio que aquí se presenta forma parte de un proyecto más general titulado “Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA”, donde se aborda el estudio de la comunicación sexual asertiva en parejas de adolescentes y adultos jóvenes y su relación con la adopción de comportamientos preventivos relacionados con el VIH/SIDA. Este proyecto está financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), con número de registro IN300402.

El proyecto comprende un estudio exploratorio sobre el comportamiento sexual de riesgo en estudiantes de educación superior y un estudio de intervención enfocado al entrenamiento en comunicación sexual asertiva y sus efectos en el uso del condón.

Los objetivos del estudio exploratorio son: determinar, en una muestra de 1168 estudiantes elegidos en forma aleatoria, la proporción de hombres y mujeres que se han involucrado en comportamientos sexuales preventivos y de riesgo; determinar si el sexo, el debut sexual, el tipo de carrera, la preferencia sexual, con quién viven y el número de parejas sexuales, tiene un efecto importante en el comportamiento sexual de riesgo; determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, el nivel de autoeficacia para prevenir el SIDA y el tipo de creencias (favorables o desfavorables) hacia el uso de protección, en hombres y mujeres de toda la muestra; determinar si las diferencias en los niveles de las tres variables anteriores, se deben al sexo de los estudiantes, su debut sexual, el tipo de carrera, que cursan, su preferencia sexual, con quién viven y/o al número de parejas sexuales que han tenido en toda la vida; determinar la relación entre conocimientos, autoeficacia y creencias en la muestra estudiada; determinar la relación entre conocimientos, autoeficacia, creencias y el comportamiento sexual de riesgo y preventivo, identificando las diferencias entre hombres y mujeres; y determinar cuáles de las variables evaluadas, son los mejores predictores del uso del condón.

En el estudio de intervención se tiene el objetivo de evaluar el impacto de un programa de entrenamiento en comunicación sexual asertiva sobre el uso consistente del condón en una muestra de estudiantes universitarios.

El estudio que aquí se presenta y que constituye el reporte de investigación, corresponde al estudio exploratorio; es decir, al análisis de los cuestionarios que se aplicaron en la fase de selección de la muestra del Proyecto General. Dichos cuestionarios se aplicaron a un total de 1168 estudiantes, de éstos se seleccionaron todos aquellos que reportaron ser sexualmente activos, para proceder con el análisis de las variables que se señalan en el método del reporte de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados en el proyecto general, los objetivos propuestos en el presente estudio son los siguientes:

OBJETIVO GENERAL:

Comparar diferentes variables asociadas al riesgo para contraer VIH/SIDA en hombres y mujeres universitarios sexualmente activos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA que tienen hombres y mujeres sexualmente activos.
- Determinar las diferencias en el patrón de comportamiento sexual entre hombres y mujeres sexualmente activos.
- Evaluar la consistencia en el uso del condón en hombres y mujeres sexualmente activos.
- Correlacionar las variables evaluadas en el patrón de comportamiento sexual, conocimientos sobre VIH/SIDA y consistencia en el uso del condón, entre hombres y mujeres sexualmente activos.
- Determinar las diferencias entre hombres y mujeres sexualmente activos en el tipo de prácticas sexuales que realizan.
- Determinar las diferencias entre hombres y mujeres sexualmente activos en el tipo de creencias de riesgo y prevención en cada práctica sexual.

- Determinar las diferencias entre hombres y mujeres sexualmente activos en otras conductas de riesgo y prevención distintas a las relacionadas al uso del condón en cada práctica sexual.
- Correlacionar las creencias y otras conductas de riesgo y prevención en cada práctica sexual, en hombres y mujeres sexualmente activos.
- Determinar las diferencias entre hombres y mujeres en las relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable.
- Determinar las diferencias y correlaciones entre hombres y mujeres en las creencias y otras conductas de riesgo en relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable.

MÉTODO

Población universo: La población universo estuvo constituida por estudiantes universitarios inscritos en las seis carreras (Biología, Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Optometría y Psicología) de la FES Iztacala del turno matutino; quedaron excluidos aquellos estudiantes de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería y Médico Cirujano que asisten a hospitales y clínicas (a partir del 4º ó 5º semestre). La población total aproximada de alumnos del turno matutino de la FES Iztacala es de 7000, de éstos, alrededor de 4200 toman sus clases en las instalaciones de la FES Iztacala; y ellos son los que constituyen la población universo del estudio.

Procedimiento de selección de la muestra: Se utilizó un procedimiento de selección de la muestra llamado muestreo por conglomerados o "muestreo de conjunto" (García, 1983), en donde se considera como unidad de análisis, no la identificación particular de cada estudiante, sino el grupo formal en el que están inscritos. Se determinó el total de grupos que hay en cada semestre de las seis carreras en el turno matutino y se seleccionó aleatoriamente al 50% de ellos. A todos los integrantes de los grupos seleccionados se les aplicó un instrumento. En la Tabla 7 se presenta el total de grupos seleccionados por carrera y el total de alumnos que respondieron el cuestionario. De los cuales son un total de 349 hombres (29.88 %) y 819 mujeres (70.11 %).

Características de la muestra: De los 1168 estudiantes que respondieron el cuestionario, se seleccionaron aquellos que cumplieron con el criterio de inclusión: haber tenido relaciones sexuales, resultando un total de 691 estudiantes. En la Tabla 8 se muestra el total de hombres y mujeres de cada carrera que conformaron la muestra del estudio. De los cuales 258 son hombres (37.3 %) y 433 son mujeres (62.7 %), ambos con una edad promedio de 20.58 años (SD=2.23). La mayoría de los estudiantes estaban cursando el segundo semestre (52.2%), el 1.9% tercer semestre, el 24.6% cuarto semestre, el 1.0% quinto semestre, el 17.1% sexto semestre y el 3.2% cursaba el octavo

semestre. La mayor parte de los estudiantes son solteros (93.2%), con preferencia heterosexual (94.5%) y viven con su familia (94%).

TABLA 7
Población universo y muestra seleccionada

CARRERA	GRUPOS POBLACIÓN UNIVERSO	GRUPOS MUESTRA SELECCIONADA	ESTUDIANTES QUE RESPONDIERON EL CUESTIONARIO
BIOLOGÍA	17	10	224
ENFERMERÍA	4	3	40
MEDICINA	16	11	260
ODONTOLOGÍA	15	7	166
OPTOMETRÍA	10	4	52
PSICOLÓGÍA	42	18	426
TOTAL	104	53	1168

TABLA 8
Total de hombres y mujeres estudiantes que conforman la muestra

CARRERA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
BIOLOGÍA	60	71	131
ENFERMERÍA	4	12	16
MEDICINA	64	73	137
ODONTOLOGÍA	38	57	95
OPTOMETRÍA	10	15	25
PSICOLÓGÍA	82	205	287
TOTAL	258	433	691

Escenario: La aplicación del cuestionario se realizó en el salón de clases de los grupos seleccionados.

Herramientas: Hojas de respuestas y para el análisis de datos se utilizó una computadora Pentium IV con Windows XP con el programa SPSS v.11.

Diseño: De acuerdo con la clasificación de Méndez, Namihira, Moreno y Sosa, (2001) se utilizó un diseño prospectivo (porque son nuevos resultados), transversal (porque se obtienen los datos en una sola ocasión) comparativo (porque se realizan comparaciones entre hombres y mujeres) y observacional (porque no se manipula ninguna variable independiente). Debido a que los datos que aquí se reportan corresponden exclusivamente a la primera parte del proyecto general, podemos señalar que el estudio es exploratorio.

Variables:

Variable Independiente: Se consideró como variable independiente atributiva el sexo de los estudiantes.

Variables Dependientes:

1. Conocimientos sobre VIH/SIDA: Se evaluaron los porcentajes de respuestas correctas en el cuestionario que evaluó las áreas de: Sintomatología, Transmisión y Prevención del VIH/SIDA.
2. Patrón de comportamiento sexual: Incluye los siguientes comportamientos:
 1. Edad del debut sexual;
 2. Planeación de la primera relación sexual;
 3. Número de parejas sexuales en toda la vida.
3. Consistencia del uso del condón: Con base en el criterio establecido por DiClemente y Wingood (1995), la consistencia del uso del condón se definió como el resultado de dividir el número de veces que se usa el condón en los últimos tres meses entre el número de veces que se tienen relaciones sexuales en el mismo periodo. Adicionalmente se evaluaron los siguientes aspectos relativos al condón: 1. Uso del condón en las relaciones sexuales, 2. Uso del condón en la última relación sexual y, 3) Uso del condón en cada práctica sexual.
4. Práctica sexual: Se evaluaron distintas prácticas sexuales consideradas como de riesgo: 1. Relaciones sexuales anales; 2. Relaciones sexuales

- vaginales, 3. Relaciones sexuales orales, 4. Masturbación con alguna pareja.
5. Creencias de prevención y riesgo en cada práctica sexual¹: Las *creencias de prevención* consideran las siguientes opciones de respuesta que se presentan ante cada reactivo que evalúa las prácticas sexuales: “creo que no está bien”, “creo que es riesgoso” y “creo que puedo contraer una enfermedad; las opciones de respuesta para las *creencias de riesgo* fueron: “creo que si me niego voy a quedar mal” y “no creo que pase nada”.
6. Otras conductas de de riesgo y prevención por cada práctica sexual: Esta variable evalúa aspectos específicos de la relación del estudiante con su pareja en el momento de tener alguna práctica sexual y que implican, de alguna manera, la habilidad para responder preventivamente o en forma riesgosa. Las opciones de respuesta para cada práctica sexual que se consideraron como *otras conductas de prevención* fueron: “investigo su historia sexual”, “empleo condón”, “propongo medidas de prevención” y “propongo sólo caricias”; las opciones para *otras conductas de riesgo* fueron: “no empleo condón”, “tomo la iniciativa”, “mi pareja me propone medidas de prevención” y “complazco a mi pareja”. Se consideraron estas variables de prevención, ya que usar el condón correcta y consistentemente reduce el riesgo del VIH; proponer medidas preventivas a la pareja implica que la persona antes de un encuentro sexual considere los riesgos que puede traer para su salud sexual y por lo tanto prefiere un método de prevención; proponer solo caricias implica que no fácilmente se de el intercambio de fluidos corporales; e investigar la historia sexual de la pareja posibilita conocer y considerar si la pareja ha tenido comportamientos de riesgo, lo que puede llevar al conocimiento de si la pareja ha estado en riesgo de VIH. Por otro lado, los comportamientos de riesgo fueron considerados porque: no emplear condón posibilita el intercambio de fluidos en donde se puede transmitir el VIH; tomar la iniciativa facilita la realización de un contacto sexual que por sí solo implica cierto riesgo sino se toman las medidas necesarias; que la pareja sea quién proponga las medidas de prevención, se le deja la responsabilidad a la pareja el tener un

¹ La creencias se definen como los juicio de valor que califican el actuar concreto de los individuos (Rodríguez et al., 2001; Díaz-González et al, 2003; Rodríguez et al., 2004).

comportamiento preventivo; y complacer a la pareja, es adaptarse a las condiciones de la pareja, y es posible que la pareja quiera realizar un encuentro sexual sin protección.

7. Relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable.

Instrumentos de evaluación: Para evaluar las variables arriba señaladas se utilizó un instrumento organizado en 2 partes. En la primera se presentan 29 reactivos correspondientes a “*Conocimientos acerca del VIH/SIDA*”, instrumento desarrollado por Alfaro, Rivera y Díaz (1992) retomando únicamente las áreas de sintomatología (7 reactivos), transmisión (11 reactivos) y prevención (11 reactivos), no se evaluaron las áreas de epidemiología (6 reactivos) y etiología (11 reactivos) ya que de acuerdo con los resultados obtenidos por Robles (1999) se encontró que las áreas donde se obtiene un porcentaje más bajo de respuestas correctas son las de etiología y epidemiología; y éstos no se relacionan con un comportamiento sexual preventivo. En la segunda parte hay 13 reactivos donde se obtiene información para las variables de *Patrón de Comportamiento Sexual y Consistencia en el uso del Condón*; y 5 reactivos que se retomaron del instrumento elaborado por Díaz-González et al. (2003) que evalúan cinco prácticas sexuales de riesgo, para en cada práctica se presentan diferentes opciones de respuesta que evalúan *otras conductas de riesgo y preventivas y creencias de riesgo y preventivas* relativas a dichas prácticas, mismas que se indican en el apartado de *variables*. En el Anexo 2 se presenta el instrumento de evaluación con su respectiva hoja de respuestas.

Medidas de las variables: En la Tabla 9 se describe en qué escala se mide cada variable evaluada y las medidas que se realizaron.

Tabla 9
Medidas de las variables dependientes

Variables	Tipo de respuesta	Escala	Medidas
<i>Conocimientos sobre VIH/SIDA</i>			
Sintomatología, Transmisión y Prevención	Numérica	Intervalo	Porcentaje de respuestas correctas

Variables	Tipo de respuesta	Escala	Medidas
<i>Patrón del comportamiento sexual:</i>			
Edad del debut sexual	Numérica	Intervalo	Edad promedio del debut sexual en hombres y mujeres
Planeación de la primera relación sexual	sí-no	Nominal	Porcentaje de estudiantes que planearon su primera relación sexual
Número de parejas sexuales en toda la vida	Numérica	Intervalo	Número promedio de parejas sexuales en hombres y mujeres
<i>Consistencia del uso del condón</i>			
Frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses	Numérica	Intervalo	Número de relaciones sexuales en hombres y mujeres
Frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses	Numérica	Intervalo	Número de relaciones sexuales en hombres y mujeres
Consistencia del uso del condón	Numérica	Intervalo	Se calculó dividiendo la frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses entre la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo de tiempo, obteniéndose un valor entre 0 y 1, aquellos que obtuvieron un valor de 1 se identifican como consistentes en el uso del condón, y los que obtuvieron un valor menor a 1 fueron inconsistentes.
Uso del condón en relaciones sexuales, uso del condón en última relación sexual y uso del condón en cada práctica sexual	sí-no	Nominal	Porcentaje de estudiantes que planearon su primera relación sexual
<i>Prácticas sexuales:</i>			
Relaciones sexuales vaginales, anales, orales y masturbación en pareja	sí-no	Nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron tenerlas
Relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable	sí-no	Nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron tenerlas
<i>Creencias de riesgo y de prevención:</i>			
<i>Otras conductas de riesgo y prevención</i>	sí-no	Nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron tenerlas

Procedimiento: Las personas (entrevistadores) que aplicaron los instrumentos de evaluación acudieron a cada uno de los grupos que fueron seleccionados de acuerdo con el procedimiento establecido en el apartado de “procedimiento de selección de la muestra”. Los entrevistadores hicieron una breve explicación del motivo de la aplicación de los instrumentos haciendo énfasis en la confidencialidad y en la participación voluntaria; se resolvieron dudas y posteriormente se les repartió un instrumento a cada uno con su correspondiente hoja de respuesta para que la contestaran; cuando cada estudiante entregó su hoja de respuesta se le agradeció personalmente su colaboración. El tiempo promedio para la contestación del instrumento fue de 30 a 40 minutos y el tiempo total de la aplicación de los instrumentos fue de tres meses.

RESULTADOS

La descripción de los resultados se hace en diferentes apartados estableciendo siempre las diferencias entre hombres y mujeres. En la primera parte, se describen los resultados relativos al nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, el patrón de comportamiento sexual y los diferentes aspectos relacionados con el uso del condón. En la segunda parte se analizan las prácticas sexuales (relaciones vaginales, orales, anales y masturbación en pareja) y las creencias de riesgo y prevención relativas a cada una de ellas, presentando, además, un análisis de otros comportamientos de riesgo y preventivos y los resultados que muestran las variables que se correlacionaron entre sí. Adicionalmente se describe el comportamiento de riesgo de los estudiantes que reportaron tener relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable, finalizando con un resumen de los hallazgos más importantes del estudio.

PRIMERA PARTE

a) Conocimientos sobre VIH/SIDA

Para evaluar los conocimientos relacionados con el VIH/SIDA se tomaron en cuenta el total de reactivos del instrumento (29 ítems) y con base en ese total de reactivos se estableció el porcentaje de respuestas correctas, en el instrumento se evaluaron tres áreas, sintomatología, transmisión y prevención, por lo que se obtuvieron porcentajes de respuestas correctas para cada área y para el nivel general de conocimientos.

Los resultados muestran que en las tres áreas que se evaluaron (*ver Figura 7*), tuvieron tanto hombres como mujeres un nivel aceptable de conocimientos; el porcentaje global de conocimientos en los hombres fue de 89.82 %, mientras que en las mujeres fue de 89.45 %. En el área donde mostraron menores conocimientos tanto hombres como mujeres fue el área de sintomatología y en

donde mostraron niveles más altos de conocimientos fue en el área de transmisión. En resumen, tanto hombres como mujeres mostraron niveles aceptables de conocimientos relacionados con el VIH y no hubo diferencias significativas debidas al sexo.

b) Patrón de comportamiento sexual

En este apartado se presenta una descripción de los 691 estudiantes sexualmente activos, con base en las variables que comprenden el patrón de comportamiento sexual: edad del debut sexual, planeación de la primera relación sexual y número de parejas sexuales en toda la vida.

En cuanto a la edad del debut sexual se encontró que de los estudiantes en promedio inician sus relaciones sexuales a los 17.41 años (SD=1.84), sin embargo, al aplicar la t de student para determinar la diferencia de medias entre hombres y mujeres se encontraron diferencias significativas ($t=5.99$, $p<0.01$), ya que los hombres inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas (16.87 años, SD=1.82) que las mujeres (17.75, SD=1.77). En la Figura 8 puede observarse el porcentaje de hombres y mujeres que tuvieron su debut sexual en distintos rangos de edad¹ y se observa que la mayoría de los estudiantes (64.8 % de los hombres y el 66 % de las mujeres) han iniciado sus relaciones sexuales entre los 16 y 18 años, el 22.5% de los hombres y el 7.6% de las mujeres iniciaron entre los 12 y 15 años, y el resto de los estudiantes arriba de los 19 años.

De los 691 estudiantes que reportaron tener relaciones sexuales, únicamente el 48% de los hombres y el 72.8% de las mujeres eran sexualmente activos en el momento de la evaluación, encontrando diferencias significativas al aplicar una ji cuadrada ($\chi^2=42.05$, $p<.001$), en donde resultó ser mayor el porcentaje de mujeres que eran sexualmente activas en comparación con los hombres.

¹ Los rangos se establecieron tomando en cuenta la edad del debut sexual, consideraron los valores extremos; es decir, el que inicio sus relaciones sexuales a la edad más temprana y el que las tuvo más tardíamente; por lo tanto para establecer los rangos se hizo la siguiente operación $25-12/4$; dónde 12 y 25 son las edades extremas del debut sexual y 4 es el número de rangos que se establecieron. El resultado obtenido fue de 3.25; por lo tanto se agruparon las edades en dos rangos de tres y dos de cuatro.

También se encontró que los hombres (3.94, SD=4.58), comparados con las mujeres (1.95, SD=2.18), tienen más parejas sexuales en toda su vida resultando significativa esta diferencia ($t=7.51$, $p<.001$). Por otro lado, el 54.2% de la muestra evaluada planearon su primera relación sexual, sin embargo, al hacer la comparación entre hombres y mujeres se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=24.03$, $p<.001$), ya que fue mayor el porcentaje de mujeres que planearon el primer encuentro sexual (62.5%) en comparación con los hombres (41.3 %).

En resumen, los hombres, comparados con las mujeres, inician a edades más tempranas sus relaciones sexuales y tienen más parejas sexuales en toda su vida; en el debut sexual, tanto hombres como mujeres lo inician entre los 16 y 18 años; es significativamente menor el porcentaje de hombres sexualmente activos, así como los que menos planearon su primera relación sexual. Con base en los resultados obtenidos hasta el momento todo indicaría que los hombres tienen un patrón de comportamiento sexual de mayor riesgo que las mujeres.

c) Consistencia y uso del condón

En la Figura 9 se muestra que el 83.5 % de los hombres reportó usar el condón en sus relaciones sexuales, mientras que las mujeres un 74.3 %, encontrándose diferencias significativas al aplicar una ji cuadrada ($\chi^2=7.84$, $p<.005$), es decir, es mayor el porcentaje de hombres que usan el condón en las relaciones sexuales en comparación con las mujeres; en esta misma Figura se muestra el porcentaje promedio de hombres y mujeres que reportaron usar el condón en la última relación sexual, encontrándose diferencias significativas entre el sexo ($\chi^2=5.99$, $p<0.05$), ya que fue mayor el porcentaje de hombres (77.8%) que el de mujeres (68.2%) que reportaron usarlo.

Por otra parte, se analizó el uso del condón en las distintas prácticas sexuales evaluadas; en la Figura 10 se muestra el porcentaje de hombres y mujeres que reportaron usar condón para cada tipo de práctica sexual; se puede observar que en la práctica en donde es mayor el porcentaje tanto de hombres, como de mujeres, que utilizan condón, es en la penetración vaginal (65.5 % de los

hombres y 55.9 % de las mujeres), encontrándose diferencias significativas por sexo ($\chi^2=6.20$, $p<0.05$), seguida por la penetración anal (24% de los hombres y 8.1% de las mujeres) encontrándose diferencias significativas al aplicar la ji cuadrada ($\chi^2=34.07$, $p<0.001$). Posteriormente en la práctica en la que menos utilizan condón tanto hombres como mujeres es en relaciones orales y masturbación en pareja, aun cuando en esta última es mayor el porcentaje de hombres que usa condón.

Los resultados anteriores indican que el porcentaje de hombres y mujeres que usan condón en sus relaciones sexuales en general y en cada práctica sexual en particular; es alto tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, muchos de los estudiantes que dijeron usar protección lo hicieron de manera inconsistente, es por eso que una medida más sensible fue la evaluación de la consistencia del uso del condón, que se determinó dividiendo la frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses entre la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo; el valor resultante está entre 0 y 1. En la Figura 11 se muestra el porcentaje de sujetos que reportaron ser consistentes en el uso del condón, es decir, los que obtuvieron el valor de 1 en esta variable, y se observa que el 52.9% de ellos son consistentes. Al determinar las diferencias entre hombres y mujeres, se encontró que el 62.79 % de los hombres y el 45.33 % de las mujeres utilizaron el condón de una manera consistente, resultando significativa esta diferencia, ($t=3.23$, $p<0.001$), es decir, el 37.21% de los hombres y el 54.67% de las mujeres están en riesgo de contraer VIH/SIDA, por no haber utilizado el condón en todas sus relaciones sexuales.

Otra forma de poder ver si los estudiantes fueron consistentes o no, es analizando la diferencia entre la frecuencia promedio de las relaciones sexuales y la frecuencia promedio del uso del condón, de tal forma que entre más grande sea esa diferencia se hablaría de mayor inconsistencia en el uso del condón. En la Figura 12 se muestran estos resultados y se observa, en el caso de los hombres, que la frecuencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses fue de 6.59 (SD=12.1) y en promedio usaron el condón solo en 4.29 (SD=7.6) ocasiones, en el caso de las mujeres el resultado fue muy semejante, ya que la [frecuencia de

relaciones sexuales fue de = 6.9 (SD=11) y usaron el condón en 4.4 (SD=7.6) ocasiones]. Estos resultados también muestran que los estudiantes no usan el condón en todas sus relaciones sexuales; aunque hay que considerar que la variabilidad de los datos es considerable, ya que la desviación estándar es muy grande respecto al promedio obtenido.

En resumen, a pesar de haber encontrado que los hombres son más susceptibles de contraer VIH/SIDA por las características de su patrón de comportamiento sexual, al considerar el uso del condón y la consistencia del mismo encontramos que es mayor el porcentaje de hombres, comparado con el de las mujeres, que utilizan condón tanto en sus relaciones sexuales como en la última relación sexual y en cada tipo de práctica sexual. Hay que tomar en cuenta que a pesar de ser mayor el porcentaje de hombres que el de mujeres que reportaron usar el condón en relaciones vaginales y anales, éstos no lo utilizan de forma consistente. Aproximadamente la mitad de los estudiantes evaluados están en riesgo por no usarlo consistentemente, ya que de cada 7 relaciones sexuales en 3 no utilizaron el condón. Es importante señalar que este tipo de prácticas son de alto riesgo para contraer VIH/SIDA y que por lo tanto, más de la mitad de los estudiantes, principalmente las mujeres, están en riesgo por no usar el condón en cada una de ellas.

d) Correlación entre conocimientos sobre VIH/SIDA, patrón de comportamiento sexual y consistencia del uso del condón

Para determinar en qué medida la consistencia en el uso del condón se correlaciona con el nivel de conocimientos que los estudiantes tienen acerca del VIH/SIDA y cómo se correlacionan las distintas variables evaluadas (patrón de comportamiento sexual, edad del debut sexual, número de parejas sexuales en toda la vida y frecuencia de medidas preventivas), se aplicó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

Los resultados muestran una correlación negativa entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y el número de parejas que los estudiantes han tenido en toda la vida ($r = -.334$, $p < .01$) y una correlación positiva entre el número de parejas en toda la vida y la frecuencia de medidas preventivas ($r = .184$, $p < .01$), es decir, cuando los estudiantes inician su vida sexual a edades más tempranas es mayor el número de parejas sexuales que tienen en toda la vida y entre más parejas sexuales tienen en toda la vida es mayor la frecuencia de medidas preventivas. Sin embargo, de acuerdo a los criterios establecido por Coolican (1997), una correlación fuerte requiere de una puntuación arriba de 0.7, y en este estudio los valores obtenidos fueron relativamente bajos, por lo que se debe considerar que la asociación entre variables, a pesar de ser significativa, es débil.

El nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA no se correlacionó con ninguna variable. No se encontraron correlaciones significativas entre conocimientos y consistencia del uso del condón, conocimientos y debut sexual, conocimientos y el número de parejas sexuales en toda la vida, conocimientos y frecuencia de medidas preventivas y tampoco se encontró asociación entre consistencia del uso del condón y edad del debut sexual, consistencia del uso del condón y parejas sexuales en toda la vida y consistencia del uso del condón con la frecuencia de medidas preventivas. Lo anterior indica que a pesar de que los estudiantes tienen un buen nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA no hay una relación con que utilicen consistentemente el condón, con que inicien a edades tempranas o tardías y con el número de parejas sexuales. Así como tampoco hay una asociación entre usar consistentemente el condón y el número de parejas sexuales que tienen en toda la vida.

SEGUNDA PARTE

a) Prácticas sexuales

La Figura 13 muestra el porcentaje de estudiantes que realizan cada tipo de práctica sexual de riesgo, se observa que el 94.1% de hombres y el 96.8% de

mujeres señalaron tener relaciones vaginales, la práctica en la que menos se involucran tanto hombres (39.5%) como mujeres (23.3%) fue la penetración anal, encontrándose diferencias significativas debidas al sexo ($\chi^2=20.15$, $p < 0.001$).

El 76.7% de los hombres y el 67.1% de las mujeres han tenido relaciones orales encontrándose diferencias significativas al aplicar una ji cuadrada ($\chi^2=7.15$, $p < 0.007$); el 59.9 % de las mujeres y el 74.1 % de los hombres tienen masturbación en pareja estableciéndose diferencias significativas entre sexo ($\chi^2=14.23$, $p < 0.001$). Estos datos indican claramente que hombres y mujeres difieren significativamente en cuanto al tipo de práctica en la que se involucran, en el caso de las mujeres es mayor el porcentaje que realizan la masturbación en pareja y en los hombres es mayor el porcentaje que tiene relaciones orales.

En resumen, tanto hombres como mujeres realizan la práctica de penetración vaginal, sin embargo, es significativamente mayor el porcentaje de hombres que llevan a cabo las demás tipos de prácticas sexuales (oral y anal), lo que posibilita un mayor riesgo de contagio de VIH/SIDA, principalmente en las relaciones sexuales anales.

b) Creencias de prevención y riesgo en cada práctica sexual

La Figura 14 muestra el porcentaje de hombres y mujeres que tienen creencias de riesgo (creer que no pasa nada y creo que si me niego voy a quedar mal), se puede observar que en la práctica en donde hubieron más hombres y mujeres con creencias de riesgo es en masturbación en pareja (89.2% de hombres y 85.4% de las mujeres), seguida de las relaciones orales (hombres 57% y mujeres 55%), vaginales (hombres 51.8% y mujeres 49.8%) y finalmente las anales (hombres 36% y mujeres 28.4%). En cuanto a las diferencias entre sexo, a pesar de que se observa que es mayor el porcentaje de hombres que tienen creencias de riesgo en comparación con las mujeres, al aplicar una ji cuadrada no se encontraron diferencias significativas entre sexos.

Por otro lado, para cada práctica sexual se aplicó una ji cuadrada para establecer diferencias entre las creencias de riesgo (no pasa nada, y creo que si

me niego voy a quedar mal) y creencias de prevención (no está bien tenerlas, es riesgoso tenerlas, pueden contraer una enfermedad) por práctica sexual para hombres y mujeres. En cuanto a los hombres, se encontraron diferencias significativas en relaciones anales ($\chi^2=7.02$, $p < 0.05$) y en masturbación en pareja ($\chi^2=96.36$, $p < 0.001$); ya que fue mayor el porcentaje de hombres que tuvieron creencias de prevención en relaciones anales; pero en masturbación con la pareja el porcentaje mayor se observó en los hombres que tienen creencias de riesgo. Este mismo patrón se observó en las mujeres en relaciones anales ($\chi^2=20.26$, $p < 0.001$) y masturbación en pareja ($\chi^2=109.70$, $p < 0.001$).

En resumen se puede señalar que, a pesar de que es mayor el porcentaje de hombres que tienen creencias de riesgo en comparación con las mujeres, no se encontraron diferencias significativas entre sexo y las prácticas sexuales, sin embargo, al establecer las diferencias entre creencias de riesgo y prevención, en hombres y en mujeres estas resultaron significativas, entre ambas creencias en relaciones anales y en masturbación en pareja.

c) Otras conductas de riesgo y prevención por práctica sexual

En este apartado se reportan un conjunto de comportamientos de riesgo y prevención que no son considerados en los análisis anteriores y que hemos propuesto llamar *otras conductas de riesgo y prevención*. Dichos comportamientos se evaluaron para cada práctica sexual y consideran los siguientes elementos. *Otras conductas de prevención*: que el estudiante reportara usar el condón en la práctica correspondiente, que fuera él quien propusiera medidas preventivas o reportara proponer sólo caricias y, finalmente, que reportara investigar la historia sexual de su pareja en el momento en que tiene la práctica sexual que está siendo evaluada. Lo que se consideró como *otras conductas de riesgo* fue lo siguiente: en cada práctica sexual el estudiante tiene la oportunidad de responder en forma específica si no usa el condón, si él toma la iniciativa para tener la práctica, si su pareja es quien propone medidas preventivas y no el propio estudiante (que hay una opción donde puede señalar si es él el que propone las medidas preventivas)

y, finalmente, si el estudiante reporta complacer a su pareja cuando tiene la práctica sexual que está siendo evaluada, es decir, si se ajusta a lo que la pareja le indique y por esa razón se considera de riesgo. En este sentido, la evaluación de otras conductas de riesgo y preventivas considera un conjunto de comportamientos que se analizan de manera integral proporcionando información adicional sobre el nivel de riesgo sexual en que se encuentran tanto hombres como mujeres de la muestra estudiada.

En la Figura 15 se muestra el porcentaje de hombres y mujeres que reportaron tener *otras conductas preventivas* en cada práctica sexual; se observa un porcentaje semejante de hombres y mujeres que presentan estas conductas cuando tienen relaciones vaginales y orales, sin embargo, al tener relaciones anales y masturbación con la pareja, los hombres (41.5%) son los que más presentan conductas preventivas, resultando significativa la diferencia debida al sexo sólo en relaciones anales ($\chi^2=17.61$, $p < 0.001$).

El porcentaje de hombres y mujeres que reportaron tener otras conductas de riesgo en cada práctica sexual se presenta en la figura 16, se encontraron diferencias significativas debidas al sexo en las prácticas de penetración anal ($\chi^2=42.01$, $p < 0.001$), sexo oral ($\chi^2=10.77$, $p < 0.001$) y masturbación con la pareja ($\chi^2=33.62$, $p < 0.001$), siendo todos los casos mayor el porcentaje de hombres que de mujeres. Además, al comparar estos datos con los obtenidos en *otras conductas preventivas*, se observa que hay una mayor proporción de hombres y mujeres que reportan tener *otras conductas de riesgo*.

En resumen, fue mayor el porcentaje de hombres que tuvieron conducta(s) preventiva(s) en relaciones anales en comparación con las mujeres, en el caso de otras conductas de riesgo, también fue mayor el porcentaje de hombres que reportaron tenerlas en sexo oral, anal y masturbación en pareja. Es importante aclarar, que para la evaluación de los comportamientos que implican riesgo y prevención, se consideró el análisis por separado en cada uno, ya que un mismo estudiante puede reportar tener otras conductas de riesgo y también otras de prevención; por ejemplo, pueden investigar la historia sexual de la pareja y aún así no usar condón; este hecho explica por qué en algunos casos fue mayor el

porcentaje de hombres tanto en *otras conductas de riesgo*, como en las *preventivas*.

d) Correlación entre creencias de riesgo y otras conductas de riesgo en cada práctica sexual

Por otro lado, se correlacionaron las variables creencias de riesgo y comportamiento de riesgo, para identificar si hay una asociación entre dichas variables, ya que se espera que si tienen creencias de riesgo, es más probable que tengan comportamientos de riesgo (*ver Tabla 10*).

Tabla 10

Correlación entre creencias de riesgo y comportamiento de riesgo en hombres y mujeres.

PRÁCTICA SEXUAL	SEXO	Φ	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Vaginal	HOMBRES	—	—
	MUJERES	.119	.05
Oral	HOMBRES	—	—
	MUJERES	.191	.005
Anal	HOMBRES	.275	.01
	MUJERES	.387	.001
Masturbación en pareja	HOMBRES	—	—
	MUJERES	—	—

Se encontró una correlación al aplicar un coeficiente phi (Φ) en mujeres, entre las creencias de riesgo y comportamientos de riesgo en prácticas vaginales y orales, lo cual indica, que hay una asociación entre tener creencias de riesgo y llevar a cabo comportamientos de riesgo en dichas prácticas, por otro lado, se asociaron significativamente las creencias y el comportamiento de riesgo, tanto en hombres como en mujeres con respecto a la penetración anal; por ejemplo, las

mujeres que tienen creencias de riesgo al tener una relación vaginal también presentan otras conductas de riesgo en esta práctica sexual, es decir, quienes creen que no pasa nada si tienen relaciones vaginales son las que toman la iniciativa para tenerlas, no usan condón y/o complacen a su pareja.

En resumen, hay una correlación entre tener creencias de riesgo y llevar a cabo conductas de riesgo, en mujeres (relaciones vaginales, anales y orales) y hombres (relaciones anales); por ejemplo, si alguien cree que va a quedar mal si se niega a tener una relación sexual, es probable que complazca a la pareja o que no use condón.

f) Relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable

El 52% de los hombres y el 27.9% de las mujeres reportaron tener relaciones ocasionales (*ver Figura 17*) encontrándose diferencias significativas entre sexos ($X^2=41.109$, $p<.001$). La edad promedio del debut sexual de las personas que han tenido relaciones ocasionales fue de 16.9 años y de 17.6 para quienes no se han relacionado sexualmente con este tipo de personas, resultando esta diferencia significativa ($t=-4.848$, $p<.001$); el número de parejas sexuales que han tenido en toda la vida también resultó ser significativamente diferente entre los estudiantes que tienen o no tienen este tipo de encuentros sexuales, los que han tenido relaciones ocasionales tuvieron en promedio más parejas sexuales (3.71) que los que no las han tenido (2.13) ($t=5.839$, $p<.001$); sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre quienes han tenido y no relaciones ocasionales en la frecuencia de las relaciones sexuales y en la frecuencia del uso del condón.

Asimismo, dentro de la Figura 17, se observa el porcentaje de hombres y mujeres que utilizan condón cuando se relacionan con alguien de forma ocasional; en donde se puede observar que es mayor el porcentaje de hombres (45%) que de mujeres (19.2%) que usan condón, resultando significativa esta diferencia ($\chi^2=52.45$, $p <0.001$).

Por otro lado, se evaluaron las creencias de riesgo y otras conductas de riesgo en las relaciones sexuales ocasionales, se consideró importante evaluar estas variables ya que creer que no pasa nada o que si se niegan van a quedar mal; es probable que tengan este tipo de relaciones con personas desconocidas; asimismo si tienen comportamientos de riesgo, tales como no emplear condón, tomar la iniciativa para el encuentro sexual, esperar a que la pareja sea quien proponga las medidas de prevención o simplemente complacer a la pareja, significa que hay mayor probabilidad de propagar el VIH en caso de no usar condón, por ejemplo, si alguien que no cree que pase nada si se relaciona con una pareja ocasional y por tanto no usa condón, y se da el caso de que queda infectado con el virus; es probable que contagie a su pareja estable si es que tampoco usa protección.

En la Figura 18 se observa el porcentaje de hombres y mujeres con relaciones sexuales ocasionales que tienen creencias de riesgo y comportamientos de riesgo y prevención. En general, es mayor el porcentaje de hombres que tienen creencias de riesgo (creen que no pasa nada, creen que si se niegan van a quedar mal) en comparación con las mujeres. Igualmente se encontró que es significativamente mayor el porcentaje de hombres que tienen comportamientos de riesgo ($\chi^2=43.70$, $p < 0.001$) y prevención ($\chi^2=34.51$, $p < 0.001$) en relaciones sexuales ocasionales. Es decir, a pesar de que es mayor el porcentaje de hombres que usan condón, que proponen medidas preventivas, que proponen solo caricias y que investigan la historia sexual de la pareja; también tienen comportamientos, tales como no emplear condón, tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales ocasionales; dejar que la pareja sea la que proponga medidas de prevención y complacer a la pareja.

Finalmente, se correlacionaron las creencias de riesgo y el comportamiento de riesgo; en donde únicamente se encontraron correlaciones significativas en mujeres ($\Phi=.330$, $p < .001$). Lo cual indica que hay una asociación entre tener creencias de riesgo y tener comportamiento de riesgo en relaciones sexuales ocasionales.

En resumen se puede señalar que los estudiantes que han tenido relaciones ocasionales iniciaron su vida sexual a edades más tempranas y han tenido un mayor número de parejas sexuales en toda la vida que los estudiantes que han sido fieles, sin embargo, la frecuencia de sus relaciones y del uso del condón es semejante a la de los estudiantes que no han tenido relaciones ocasionales. Asimismo, fue mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que tienen relaciones sexuales teniendo una pareja estable y que usan el condón con la pareja ocasional. Finalmente, las creencias de riesgo se correlacionaron significativamente con otras conductas de riesgo en este tipo de estudiantes que tienen relaciones ocasionales.

DISCUSIÓN

Uno de los propósitos centrales de la presente investigación consistió en evaluar diferentes variables asociadas al riesgo para contraer VIH/SIDA y determinar las diferencias entre hombres y mujeres universitarios sexualmente activos. Identificar este tipo de variables en jóvenes universitarios (que son una población sumamente riesgosa), resulta ser de particular importancia en la investigación sobre la prevención de este problema de salud, ya que esto permite obtener datos que pueden ser utilizados dentro de la planeación y diseño de estrategias de prevención.

Las variables que se consideraron en este estudio fueron:

- a) *Conocimientos sobre VIH/SIDA*, donde se evaluó el grado de información que los estudiantes tienen sobre la sintomatología, transmisión y prevención del VIH/SIDA.
- b) *Patrón de comportamiento sexual* que incluyó la edad del debut sexual, si planearon o no su primer encuentro sexual y el número de parejas sexuales en toda la vida; aspectos todos ellos que hacen referencia a la historia conductual de la persona;
- c) *Consistencia del uso del condón* que fue el resultado de dividir el número de veces que se usa el condón en los últimos tres meses entre el número de veces que se tienen relaciones sexuales en el mismo periodo de tiempo. Adicionalmente se evaluó el uso del condón en las relaciones sexuales, uso del condón en la última relación sexual y uso del condón en cada práctica sexual; que también son aspectos que proporcionan información sobre la historia conductual de este comportamiento preventivo específico;
- d) *Prácticas sexuales*, tales como las relaciones sexuales anales, vaginales, orales y masturbación con alguna pareja; en donde se indicaron distintos niveles de riesgo en función de la práctica sexual realizada;
- e) *Creencias de prevención en cada práctica sexual*, como: “creo que no está bien”, “creo que es riesgoso” y “creo que puedo contraer una enfermedad”; y *creencias de riesgo en cada práctica sexual*, como: “creo que si me niego

- voy a quedar mal” y “no creo que pase nada”; que son elementos que funcionan como mediadores de comportamientos preventivos y/o de riesgo;
- f) *Otras conductas de prevención en cada práctica sexual* fueron: “investigo su historia sexual”, “empleo condón”, “propongo medidas de prevención” y “propongo sólo caricias”; *otras conductas de riesgo en cada práctica sexual* fueron: “no empleo condón”, “tomo la iniciativa”, “que la pareja proponga medidas de prevención” y “complazco a mi pareja”; que se consideraron como comportamientos preventivos alternativos al uso del condón o como otro tipo de comportamientos de riesgo, respectivamente; y
- g) *Relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable*, que hace referencia a un encuentro sexual con una pareja de riesgo por el hecho de ser casual, lo que podría implicar el desconocimiento total de la pareja o de aspectos riesgosos de la misma, y con la cual se lleva a cabo una relación sexual.

Se realizaron distintos análisis con estas variables y se determinaron las diferencias entre hombres y mujeres sexualmente activos.

De acuerdo con lo anterior, la discusión de los resultados obtenidos en esta investigación se hará retomando los aspectos que desde nuestro punto de vista aportan información relevante y que está asociada a comportamientos de riesgo, con el fin de considerar la importancia de evaluar en forma integral variables conductuales relativas a la historia de relación sexual de los estudiantes, enfatizando las diferencias específicas que se presentan entre hombres y mujeres universitarios.

a) Conocimientos sobre VIH/SIDA

En el presente estudio se encontró que tanto hombres como mujeres obtuvieron un nivel aceptable (89% de respuestas correctas) de conocimientos sobre el VIH/SIDA. El estudio de Díaz, Flores, Rivera, et al. (1999) coincide con el presente trabajo, ya que señala que los niveles de conocimientos evaluados con

respecto al SIDA son aceptables, sin embargo, no puntualizan los porcentajes obtenidos en esta variable.

Niveles más bajos de conocimientos fueron reportados por Ajdukovic y Aajdukovic (1991) con estudiantes universitarios, quienes obtuvieron un promedio global de conocimientos del 62.7%, y por Pérez y Arriola (2001) con estudiantes de bachillerato, quienes obtuvieron un promedio general del 64.13%, sin embargo, en otro estudio realizado con poblaciones adolescentes (Caballero y Villaseñor, 2001) el nivel de conocimientos fue aún menor (57.08%). posiblemente, el haber encontrado en estos estudios porcentajes más bajos de conocimientos sobre VIH/SIDA que, los reportados en el presente estudio, se deba a que están evaluando factores relacionados con la etiología, sintomatología o epidemiología del VIH/SIDA; y, de acuerdo con Robles (1999), estos aspectos requieren de información muy específica de la enfermedad que no son del dominio público y además no se relacionan con un comportamiento sexual preventivo. Dentro de las explicaciones que Caballero y Villaseñor (2001) señalan como uno de los factores que pueden influir para la obtención de puntajes deficientes está el estrato socio-económico y educación bajos, por otro lado, González y Rosado (2000) atribuyen los puntajes obtenidos en conocimientos a programas y materias que llevan los estudiantes en sus escuelas como parte de su educación.

Es importante señalar que desde 1987 CONASIDA (ahora CENSIDA) ha emprendido fuertes campañas en distintos medios de difusión (transporte colectivo, radio y televisión) dirigidas particularmente a los jóvenes (Rico et al., 1995; Marchetti, 1997). de acuerdo con CENSIDA (2002) estas campañas y mensajes han ido enfocados a dar información básica acerca de lo que es el VIH/SIDA, cómo se transmite y cómo se previene; por tanto, se puede entender porqué los adolescentes obtienen puntajes altos en las áreas de prevención y transmisión, tal como lo demuestran esta investigación y la de Robles (1999). Asimismo, el no haber encontrado en el presente estudio diferencias entre sexos en el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, sugiere que las campañas emprendidas por CONASIDA han tenido el mismo impacto tanto en hombres como en mujeres.

De acuerdo con lo que señalan Caballero y Villaseñor (2001), es posible que el nivel de conocimientos obtenidos en la muestra de universitarios haya sido alto debido al nivel de educación que tienen, así como el acceso a la información que se tiene en este nivel superior de educación. Lo anterior pone de relieve la importancia de considerar aspectos sociodemográficos como el nivel de educación o el estrato socioeconómico (Rosenstock, et al., 1994; Caballero y Villaseñor, 2001) que puede tener una influencia en el tipo de información, así como en la accesibilidad de la misma; por lo que es importante considerar este tipo de variables en la evaluación y en el diseño de estrategias de prevención del VIH/SIDA, de acuerdo a la población que vaya dirigida.

Es importante continuar trabajando en este aspecto, ya que la información es necesaria para iniciar los cambios en comportamientos de riesgo (Flores, Rivera, et al., 1999) y para eliminar los mitos y confusiones, con el fin de hablar con claridad del problema (Ramos, Díaz, Saldivar et al., 1999), sin embargo, a pesar de que suelen ser un elemento importante, incluso como buen predictor del uso del condón según lo puntualizado por algunos estudios (Rotheram-Borus et al., 1995; Iwuagwu et al., 2000; Caballero y Villaseñor, 2001), no regulan el comportamiento y no elicitan conductas preventivas por sí solos (Villagran y Díaz, 1999; Rodríguez et al., 2004), como expresa Bayés (1992), la información es “una condición necesaria para obtener cambios, pero por sí sola, es completamente insuficiente para conseguirla, y limitarse a ella es condenarse al fracaso” (pág. 45).

De acuerdo con Bayés (1992), si la información es necesaria pero no suficiente para lograr que los jóvenes se comporten preventivamente, se requiere, entonces, poner atención en aspectos específicos de su historia conductual que puedan dar cuenta del comportamiento sexual de riesgo que está siendo estudiado. En este estudio se ha intentado atender esta sugerencia, evaluando elementos que forman parte de la historia sexual de los estudiantes, tales como la edad del debut sexual, el número de parejas sexuales que han tenido en toda la vida y las creencias preventivas o de riesgo que tienen sobre comportamientos sexuales específicos.

b) Patrón de comportamiento sexual

En este estudio se encontró que los hombres tienen un patrón de comportamiento sexual de mayor riesgo que las mujeres, esto porque es mayor el porcentaje de hombres que inicia su vida sexual a edades tempranas (en promedio, 16 años, y en mujeres 17 años) y que tienen mayor número de parejas sexuales en toda la vida (en promedio 4 parejas, y en mujeres 2 parejas). Estos resultados coinciden con diversos estudios (Villagran et al., 1990; Odriozola e Ibáñez, 1992; García et al., 1993; Ibáñez, 1996; Micher y Silva, 1997), los cuales señalan que los hombres inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas que las mujeres. El que los estudiantes inicien su vida sexual a edades tempranas implica que tengan mayor oportunidad de relacionarse sexualmente con varias parejas. De acuerdo con Villagrán y Díaz (1992) y Díaz y Alfaro (1999), este es un patrón de comportamiento sexual que corresponde a la sociedad mexicana, donde culturalmente al hombre se le ha permitido una mayor libertad sexual, mientras que en las mujeres existe la premisa sociocultural que expresa directamente que ellas deben ser vírgenes hasta el matrimonio. De acuerdo con los estudios de (Odriozola e Ibáñez, 1992; García et al., 1993; Ibáñez, 1996; Micher y Silva, 1997; Díaz y Alfaro, 1999; McPhail y Campbell, 2001; Noar, Morokoff y Redding, 2002; Moss, 2002; Stern et al., 2003) las variables socioculturales han resultado ser un factor que impacta diferencialmente el patrón de comportamiento sexual en hombres y mujeres.

En algunos estudios se ha investigado la influencia de variables socioculturales en comportamientos de riesgo, particularmente se han reportado, la forma de cómo ven la masculinidad (Stern et al., 2003); la imposibilidad de las mujeres por la posición de género de exigir la práctica del sexo protegido (Du Guerny (1993); los hombres son los que deciden, hacen y se comportan sexualmente como ellos desean (Carovano, 1991; Handwerker, 1993; Fischbach, 1997; Coker et al., 1998; Maman et al., 2000; Coker et al., 2000; Blanc, 2001); los hombres buscan parejas sexualmente más experimentadas, considerando el valor social que a este aspecto se le da (Mwakagile, et al., 2001); la asociación de

cualquier ITS a la promiscuidad (Fei-ling Go, et al., 2002); el miedo por parte de las mujeres de que si no aceptan las condiciones en el terreno sexual por parte de su pareja, se puede acabar la relación (Gebhardt, Kuyper y Greunsvan, 2003). La conclusión a la que llegan los autores es que la cultura es un factor que influye en todos los sujetos, por lo que es importante considerarla en cada región o país donde se lleven a cabo los estudios de comportamiento sexual. Hasta el momento se pueden ubicar factores sociales como las valoraciones de la sociedad, de tener mayor número de parejas, del poder del hombre en el terreno sexual o de la cultura, donde se margina a la mujer y la última palabra la tiene el hombre.

A pesar de que puede haber variables de tipo social y cultural, no todo el comportamiento se ve influenciado por estas variables, sino que son un entramado de factores que pueden estar asociados para que hombres o mujeres tengan patrones de comportamientos sexuales diferentes.

Las implicaciones que esto puede tener en el momento de diseñar estrategias de prevención o intervención del VIH, serían marcar y hacer explícitas las variables socioculturales como normas, ideas o construcciones sociales, con el fin de que las personas tengan conocimientos de dichas influencias sobre su conducta que puede llevarlos a comportamientos de riesgo o de prevención, y que se pueden ver reflejados en el tipo de patrón de comportamiento sexual. Puntualizar su evaluación posibilitaría ubicar personas, poblaciones y/o grupos en riesgo, esto en función de la historia de su conducta. Por ejemplo, el conocer a que edades debutan, en un primer momento darían indicadores de la posibilidad de relacionarse sexualmente con mayor número de parejas, o el tener una historia con varias parejas sexuales, podría señalarse como un factor que incrementa el riesgo con la posibilidad de que alguna de sus parejas pudiera estar infectada de VIH/SIDA.

c) Consistencia y uso del condón

La forma de evaluar el uso del condón se realizó de tres formas, la primera fue la consideración del uso del condón en las relaciones sexuales en general y en

la última relación sexual; y la segunda, hace referencia a la consistencia del uso del condón de acuerdo con la propuesta de DiClemente y Wingood (1995), y finalmente se analizó la diferencia de las frecuencias promedios de las relaciones sexuales y del uso del condón en un periodo de tres meses.

Los hallazgos relativos al uso del condón mostraron que los hombres usan más el condón que las mujeres. Resultados semejantes fueron reportados por Gayet et al. (2003); en adolescentes mexicanos en donde los hombres reportaron mayor uso del condón que las mujeres; asimismo Visser y Smith (2004) al evaluar a universitarios encontraron que el uso del condón se emplea en el 50% de los encuentros sexuales y los hombres en el 52% y las mujeres en el 50% de las relaciones sexuales.

Por otro lado, al evaluar la frecuencia de las relaciones sexuales y del uso del condón en un periodo de tres meses, los resultados encontrados en el presente trabajo indican que de cada 7 relaciones sexuales que tienen los estudiantes, en 3 no utilizan el condón, tanto en hombres como en mujeres, no encontrándose diferencias entre hombres y mujeres y transformando este dato a porcentaje, se obtiene que en un 42% de sus relaciones sexuales no utilizan el condón, es decir, casi en la mitad de sus encuentros sexuales no se protegen, aspecto que coincide con lo encontrado por Nieto e Izazola (1999); Caballero y Villaseñor (2001); Visser y Smith (2001b); Toledo et al. (2002); Rasmussen et al. (2003); Crosby et al. (2003); Gebhardt et al. (2003); Gayet et al. (2003) y Gurman y Borzekowski (2004).

Entre los factores que posibilitan que sea mayor el porcentaje de mujeres inconsistentes para usar el condón que los hombres, se encuentran: el *poder en la toma de decisiones en el ámbito sexual* en donde es el hombre quien decide qué se va a hacer y cómo se va a hacer (Carovano, 1991; Handwerker, 1993; Du Guerny, 1993; Rico, 1995; Santow, 1995; Fischbach, 1997; Coker et al., 1998; Maman et al., 2000; Coker et al., 2000; Blanc, 2001; Fei-ling Go, et al., 2002; Moss, 2002; Pulerwitz et al., 2002); *escolaridad baja o nula, no se perciben en riesgo*, ya que creen que solo les da a homosexuales y a prostitutas (Ramos et al, 1999), la *libertad que se le ha otorgado al hombre en el terreno sexual, por lo*

tanto, las mujeres consideran que es más probable que los hombres lleven y guarden condones que ellas (Noar, Morokoff y Redding, 2002), porque les da pena comprarlos o porque son costosos (Toledo et al., 2002), porque no se sienten en riesgo de contraer VIH o alguna ITS, porque las mujeres consideran que es un método anticonceptivo (González y Rosado, 2000; Flores y Leyva, 2003) y porque disminuye la sensibilidad en el acto sexual (González y Rosado, 2000; López, 2001; Noar, Morokoff y Redding, 2002); finalmente, Rasmussen et al. (2003) encontraron que hay personas que no usan condón porque perciben en algunas ocasiones el ambiente estimulante para tener relaciones sexuales, y el ambiente lleva a no estar preparado con un preservativo.

Por otro lado, al hacer un análisis más detallado y sensible con la propuesta de DiClemente y Wingood (1995) sobre la consistencia del uso del condón como otra forma de evaluar el uso del condón, se encontró que el 50% de los estudiantes evaluados utilizan consistentemente el condón, y al establecer las diferencias entre sexos, se encontró que el 62.79% de hombres y el 45.67% de mujeres lo usa consistentemente, encontrándose diferencias significativas entre sexos; estos resultados nos dan información más específica sobre el uso del condón, ya que si comparamos estos resultados obtenidos en la consistencia con los resultados obtenidos en el uso del condón, encontramos algunas diferencias; por ejemplo en el reporte del uso del condón, se encontró que el 83.5% de hombres y el 74.3% de mujeres usan condón en sus relaciones sexuales, sin embargo, al evaluar quiénes son consistentes, encontramos que el porcentaje de estudiantes es menor. Con base en estos resultados es que se propone evaluar la consistencia en el uso del condón como una medida más confiable para ubicar a las personas que están en riesgo.

Otros estudios, como el de Caballero y Villaseñor (2001) encontraron que el 30.7% de los adolescentes usan consistentemente el condón, pero es mayor el porcentaje de hombres que son consistentes en comparación con las mujeres, sin embargo, la muestra evaluada contemplaba estratos socioeconómicos bajos, medios y altos; así como distintos niveles educativos. Es posible que el porcentaje de adolescentes que no usa el condón sea mayor debido a los problemas de

validez que tienen los auto-reportes como medida del uso del condón; por el hecho de que este tipo de registros tiene un elemento subjetivo que puede dar pauta a incongruencias entre lo que el sujeto reporta y lo que realmente hace. Fishbein y Pequegnat (2000) señalan que las medidas que actualmente se tienen para la medición de la variable “uso de condón” o “consistencia del uso del condón”, tienen serios problemas. Se pueden ubicar dos formas de evaluación: una basada en estudios bioquímicos y biológicos, como los estudios de laboratorio que tienen altas posibilidades de detectar alguna ITS; y las evaluaciones con auto-reportes.

Con las medidas bioquímicas y biológicas surge el problema debido a los costos que implican, ya que algunas pruebas de laboratorio no son exactas, se requiere de un equipo especial y no se puede saber si la persona acaba de adquirir una ITS o si es incidente. En cuanto a los auto-reportes, se hace la crítica en función de la validez; ya que estos reportes dependen de muchos factores como el periodo de tiempo en el que se recuerda (p. ej. no es lo mismo contestar la frecuencia del uso del condón en una semana que en seis meses); lo que puede llevar a recuerdos erróneos o crear acontecimientos que nunca pasaron (p. ej. reportar el uso del condón en cinco relaciones sexuales, cuando en realidad se utilizó en tres), lo que implicaría una incapacidad para recordar exactamente o responder en función de sucesos que nunca sucedieron; falsificar acontecimientos intencionalmente por miedo a lo que pueda pensar el evaluador o a la imagen que éste se pueda formar en función de sus respuestas (p. ej. deseabilidad social, o que el entrevistado falsifique sus respuestas en cuanto al número de parejas, para que el evaluador no piense que es una persona promiscua).

Se han desarrollado un número de técnicas para reducir la posibilidad de falsificar respuestas, entre las cuales se encuentran (Fishbein y Pequegnat, 2000):

- El uso de calendarios para marcar los datos necesarios como la gente suele hacer con eventos significativos de su vida;
- Asegurar confidencialidad y anonimato;
- Hacer énfasis en la importancia de la honestidad de las respuestas para lograr proyectos científicos válidos y que puedan tener una utilidad;

- Usar métodos como de audio, de computo, o auto-aplicables, que eliminen la necesidad de responder cara a cara;
- Preguntar a los respondientes si ellos contestarían las preguntas honestamente;
- Hacer creer a los respondientes que sus respuestas son monitoreadas psicológicamente, por ejemplo, explicar que por medio de algunas estrategias es posible saber cuando ellos dirán mentiras, ya que algunas investigaciones han mostrado que cuando los participantes creen estar monitoreados en ese aspecto tienden con mayor probabilidad a contestar más honestamente las preguntas;
- Finalmente, considerar la evaluación del uso del condón a partir de medidas bioquímicas y del auto-reporte que permitan una mejor comprensión de la variable evaluada así como una mayor sensibilidad en el tipo de medidas que se ocupan en el momento de evaluar el uso del condón.

Considerando lo anterior, se pueden ubicar distintas investigaciones basadas en auto-reportes, por la facilidad que implica reportar resultados de esta forma, sin embargo, es importante considerar los aspectos mencionados por Fishbein y Pequegnat (2000), ya que dentro de la investigación se pueden encontrar estudios que evalúan esta variable a partir de respuestas dicotómicas como “si uso condón” y “no uso condón” (González y Rosado, 2000; Visser y Smith, 2001b; Noar et al., 2002; Gayet et al., 2003; Visser y Smith, 2004; Gurman y Borzekowski, 2004), también se puede ubicar en la literatura investigaciones que evalúan su uso con la escala Likert o suma de rangos (Caballero y Villaseñor, 2001; Toledo, Navas, Navas y Pérez, 2002; Villaseñor et al., 2003; Gebhardt, Kuyper y Greunsvan, 2003; Rasmussen et al., 2003). El problema con este tipo de mediciones es que en el caso de repuestas dicotómicas como “no y si”, no se puede determinar confiablemente si usan condón y lo que es más importante la consistencia, ya que los participantes pueden reportar que efectivamente lo usan, pero no se sabe si lo usan en todas su relaciones sexuales. En los estudios con escala Likert se determina la consistencia a partir de la respuesta “siempre lo uso”, donde se puede caer en interpretaciones por parte del participante, es decir,

marcar la respuesta “siempre”, cuando en realidad lo usa casi siempre o generalmente lo usa.

A partir de estas consideraciones, decidimos evaluar la consistencia tomando el criterio utilizado por DiClemente y Wingood (1995), ya que por un lado, no implican responder si son o no consistentes o contestar que siempre usan el condón, sino que se considera el análisis de dos factores como la frecuencia de las relaciones sexuales y la frecuencia del uso del condón, que permite obtener un coeficiente que indique en una escala si es o no consistente; esto implica a su vez que la persona pueda contestar indirectamente a dos preguntas que hacen referencia al uso consistente del condón.

Las ventajas que se tuvieron en el presente estudio para evaluar esta variable fue que se les habló de la confidencialidad y anonimato de lo que respondieran en el instrumento de evaluación; se marcó el uso de datos para fines estadísticos y de investigación, y la recolección de datos fue auto-aplicada, que en conjunto, forman algunas de las propuestas para aumentar la confiabilidad del auto-reporte según Fishbein y Pequegnat (2000).

Por tanto, resulta importante hacer hincapié en la forma en que se decide evaluar las variables (como el uso consistente del condón), ya que esto influirá en como se registran los resultados y por tanto en la manera de analizarlos; lo que puede llevar a encontrar resultados diversos en función de estas consideraciones, en donde lo importante sería puntualizar el aspecto de la confiabilidad en los resultados.

Según Fishbein y Pequegnat (2000) para aumentar la confiabilidad de las medidas sería necesario utilizar auto-reportes con diarios escritos, en donde la persona registre en el momento de la conducta, junto con la combinación de medidas bioquímicas.

En el presente estudio por los costos e implicaciones de tiempo que requieren las evaluaciones bioquímicas (por ejemplo, pedirle a cada estudiante que se haga la prueba de detección del VIH) no fue posible realizarlas; sin embargo, creemos que la propuesta de DiClemente y Winwood (1995) puede aproximarse a una medida más fina comparada con las mediciones dicotómicas o

de escala tipo Licker; y sería importante rescatar en la planeación de un proyecto de investigación el hecho de considerar los registros o diarios dentro de la muestra a evaluar, ya que este aspecto se acerca más a una evaluación conductual en el sentido de que los registros no están sujetos a la memoria del participante, sin embargo, todo registro tiene la posibilidad de error o de que la persona falsifique los datos por lo que resultaría conveniente implementar las medidas biológicas en el caso de que la investigación cuente con esas posibilidades.

Hasta el momento se puede puntualizar que:

- No hay una medida homogénea del uso del condón, y los resultados obtenidos estarán en función de la medida utilizada.
- Los auto-reportes del uso del condón tienen problemas en el momento de medir la variable, ya que los reportes por si solos implican confiarlos a la memoria (que tiene alta probabilidad de dar un dato inexacto) o se pueden ver influidos por la deseabilidad social (es decir, contestar en función de los intereses de la persona), lo que influye en la validez de los auto-reportes del uso del condón.
- Siguiendo una medida más fina de la consistencia del uso del condón como la que proponen DiClemente y Wingood (1995) se pudieron obtener datos que indican que las mujeres usan en menor medida el condón que los hombres, es decir, son inconsistentes ya que no lo usan en todas y cada una de sus prácticas sexuales.
- A pesar de que se deben de considerar los factores psicosociales como la influencia de la masculinidad en el terreno sexual, como por ejemplo, el poder de decisión otorgado al hombre en el terreno sexual; hay que recordar que también hay factores conductuales asociados a la inconsistencia, entre los cuales se encuentran falta de habilidades, como el no saber usar correctamente el condón, el no ser asertivo para pedir el condón, no tener la habilidad de negociarlo o las herramientas conductuales para comprarlos; por lo que su no uso por parte de las mujeres no se debe únicamente a factores psicosociales, sino también a variables de tipo conductual asociadas a comportamientos de riesgo.

La importancia que los resultados expuestos tienen, son: a) demostrar que son los hombres los que en mayor porcentaje se protegen en sus relaciones sexuales, aspecto a resaltar, ya que tienen un patrón de comportamiento sexual riesgoso; b) es menor el porcentaje de mujeres que tienen un patrón de comportamiento sexual riesgoso, pero corren riesgo al no utilizar el condón consistentemente, por lo que hasta el momento se puede señalar que factores de riesgo asociados al sexo se encuentran por un lado el patrón de comportamiento sexual en hombres y la inconsistencia del uso del condón en mujeres.

Si se consideraran estos resultados para el diseño de programas o estrategias de intervención o prevención, se podrían considerar: 1) diferencias entre sexos, tanto de género como de las variables asociadas en hombres y mujeres, 2) lo anterior implicaría intervenir y hacer énfasis en el diseño de estrategias en función de los aspectos que se relacionan al riesgo en cada uno de los sexos, lo que no forzosamente implicaría diseñar estrategias únicamente para hombres o mujeres, sino, considerar dentro de un mismo programa las diferencias que pueden llegar a tener tanto varones como mujeres, 3) no solamente se tendrían que hacer énfasis en “si usan o no el condón”, sino en la forma en que actualmente se evalúa este aspecto, 4) no conformarse con la aplicación de programas centrados en el género, que a pesar de que son importantes no son suficientes, por lo que la intervención y prevención a nivel conductual se torna importante, esto implicaría un entrenamiento y herramientas conductuales para que las personas puedan tener la posibilidad de actuar y llevar a cabo conductas preventivas que disminuyan el riesgo de contagio del VIH/SIDA.

Con el propósito de tener una visión más integrada del comportamiento sexual de riesgo que caracteriza a hombres y mujeres universitarios, se obtuvo información sobre el uso del condón en distintas prácticas sexuales que al hacer un análisis se encontró en primera instancia, que ambos sexos practican y se protegen en el sexo vaginal (65.5% de hombres y 55.9% de mujeres), seguido del anal (24% de hombres y 8.1% de mujeres), y en última instancia las relaciones orales (9.3% de hombres y 9% de mujeres) y la masturbación en pareja (6.6% de hombres y 3.3% de mujeres). En donde se puede observar que el uso del condón

depende del tipo de práctica que realicen, por lo que evaluar el uso del condón en general no nos da información específica sobre en que práctica se emplea el condón. La crítica que se hace a diversas investigaciones (Kordoutis et al, 2000; Caballero y Villaseñor, 2001; Gebhardt et al, 2003; Gökengin et al, 2003) con respecto a este punto, radica en que únicamente se evalúa el uso del condón en las “relaciones sexuales”, sin especificar el tipo de práctica sexual en la que lo usan, dando por sentado que tener relaciones sexuales es sinónimo de tener relaciones vaginales por ser la práctica sexual más común, (Robles, 1999; Pérez y Arriola, 2001) con base en lo anterior, la evaluación del tipo de práctica sexual, puede dar indicadores de niveles de riesgo y de aspectos conductuales, referente a lo que la gente hace en momentos específicos; por ejemplo, en el presente estudio, se encontró que las prácticas en las que más se reporta usar el condón son sexo vaginal y sexo anal. Estos resultados coinciden con los encontrados por Gurman y Borzekowski (2004) quienes evaluaron a estudiantes latinos entre 18 y 24 años el uso del condón en prácticas vaginales, orales y anales; encontrando que en la práctica en donde es mayor el porcentaje de estudiantes que usa condón es en la penetración vaginal, seguida de la anal y oral.

Hay que considerar que es mayor el porcentaje de hombres que realizan las prácticas sexuales en comparación con las mujeres; por tanto, se pudo llegar a la conclusión de que a pesar de que usan condón y tienen diversas prácticas protegidas, no son 100% consistentes, asimismo, al evaluar el uso del condón en distintas prácticas sexuales nos dan indicadores de probabilidades de contagio del VIH/SIDA, en función del riesgo de la práctica sexual (Brody, 1995), por lo que es importante comenzar a informar a los adolescentes sobre los riesgos que conlleva tener cada una de las prácticas sexuales.

Por otro lado, las mujeres a diferencia de los hombres, se encuentran en mayor riesgo en el uso del condón, ya que es menor el porcentaje de mujeres que lo utiliza; se podría considerar hacer mayor énfasis en la planeación de estrategias focalizadas hacia mujeres, por ser las que en mayor porcentaje no utilizan el condón, ya sea por factores psicosociales o habilidades conductuales, por lo que en este punto juega un papel importante la evaluación para la detección de los

elementos que a la persona le hagan falta, como la negociación del uso del condón y la utilización del uso correcto del condón; entre otras.

- d) Correlación entre conocimientos sobre VIH/SIDA, patrón de comportamiento sexual y consistencia del uso del condón.

Los resultados encontrados en correlaciones entre las variables de conocimientos, patrón del comportamiento sexual y consistencia en el uso del condón son corroborados en distintos estudios, por ejemplo, en la presente investigación se encontró que las personas que debutan sexualmente a edades tempranas tienden a tener mayores parejas en toda la vida, resultado confirmado en diferentes estudios (Villagrán y Díaz, 1992; Díaz, Flores, Rivera, Andrade, Ramos y Villagrán, 1999, Díaz y Alfaro, 1999; López, 2001), donde al iniciar tempranamente su vida sexual, les da oportunidad de tener mayor posibilidades de relacionarse sexualmente con distintas parejas.

La otra correlación encontrada fue que entre mayor número de parejas en toda la vida, tienden a utilizar con mayor frecuencia medidas preventivas, resultados similares a los estudios de Díaz et al, (1999); Díaz y Rivera (1999), Ramos et al. (1999) quienes al evaluar a estudiantes encontraron que entre más parejas sexuales es más probable que usen medidas preventivas, como usar condón. Se podría pensar, que los adolescentes con mayor experiencia sexual, tienden a un mayor uso de medida preventivas, posiblemente gracias a su historia conductual que puede facilitar que los estudiantes desarrollen los elementos necesarios para utilizar en mayor medida el condón, aspecto que coincide con los resultados presentados en este reporte.

Por otro lado, a pesar de que los resultados de las investigaciones anteriores puntualizan que a mayor número de parejas, mayor uso de medidas preventivas, también se pueden encontrar algunas investigaciones (Sépulveda et al, 1993; González y Rosado, 2000) que proponen tener menos compañeros sexuales para reducir la probabilidad de comportamientos de riesgo. Atendiendo a este planteamiento, se propone que la educación sexual es un elemento que

puede hacer que los adolescentes posterguen sus relaciones sexuales y así evitar que tengan posibilidades de contagiarse de VIH/SIDA (Sépulveda, Fineberg y Mann, 1993; Kapur, 1995; González y Rosado, 2000; Pérez y Arriola, 2001; Proyecto de declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, 2001; CENSIDA, 2003); consideramos que retomar la información y educación son elementos importantes, pero teniendo en cuenta la calidad y la eficacia de la misma; es decir, independientemente de la edad en que se comience a construir el patrón de comportamiento sexual, sería importante dar a edades tempranas información efectiva, complementándola con entrenamiento en habilidades para dar a la población las herramientas conductuales necesarias antes de enfrentarse a las situaciones de riesgo.

Finalmente, las correlaciones obtenidas estuvieron alrededor de .3, aspecto importante a considerar, ya que a partir de los criterios que establece Coolican (1997) se consideran débiles pero significativas, esto se debe a que la muestra es grande, y por tanto es difícil obtener correlaciones fuertes en comparación de una muestra pequeña.

La importancia de estos resultados, radican en el hecho de que:

- Al evaluar una muestra representativa, como la del presente estudio, se pueden obtener correlaciones significativas, estableciéndose asociaciones entre variables por el número de personas que conforman la muestra, lo que indicaría que para la población de universitarios evaluada, se puede hablar de tendencias a partir de los resultados encontrados.
- Es importante considerar que la temprana edad del debut sexual es un factor de riesgo a considerar, por la posibilidad del incremento de parejas, resultados que apoyarían retardar las relaciones sexuales para disminuir riesgos, como en el caso de las mujeres. Por otro lado, también se pudo observar que el hecho de tener experiencia sexual se relaciona con el aumento de medidas preventivas, como en el caso de los hombres, que tienen varias parejas pero son en mayor porcentaje más consistentes que las mujeres. Lo anterior podría indicar que tener o no experiencia sexual puede llevar a disminuir riesgos, sin embargo, si analizamos a detalle, nos

podemos dar cuenta de que: 1) postergar las relaciones sexuales, disminuye riesgos en términos de disminución de parejas sexuales, pero esto refleja poca experiencia sexual, o poca historia conductual, y 2) la experiencia sexual que implicaría el iniciar la vida sexual a edades tempranas e incrementar las parejas, reflejaría una mayor historia conductual sexual que se relacionaría con el incremento de medidas preventivas como el uso del condón. Entonces, la poca experiencia únicamente reduce el riesgo por disminuir la posibilidad de parejas sexuales, que es un hecho similar al patrón de comportamiento sexual de las mujeres, pero en el uso del condón, tienden a utilizarlo en menor medida que los varones; por otro lado, la mayor experiencia sexual de los hombres, a pesar de que aumenta el riesgo por el patrón de comportamiento sexual, también aumenta la frecuencia de medidas preventivas.

- Finalmente estos resultados pueden servir de apoyo para generar más investigación referente a las correlaciones encontradas en estas variables, que puedan servir para desarrollar programas de prevención del VIH/SIDA considerando la importancia de la experiencia sexual pero protegida y segura, o la postergación de las relaciones sexuales, haciendo énfasis en comportamientos sexuales que no impliquen riesgo, el tipo de población a la que va dirigida, ya que como se había comentado, es importante las características específicas de la población.

e) Prácticas sexuales de riesgo

Los resultados obtenidos, muestran que la práctica en la que es mayor el porcentaje de hombres y de mujeres que la realizan es la penetración vaginal, seguida de las relaciones orales; y la que menos llevan a cabo es la penetración anal; resultados que coinciden con el estudio de Robles (1999); también se encontró que es mayor el porcentaje de hombres que llevan a cabo las distintas

prácticas sexuales en comparación con las mujeres; datos que coinciden con los resultados obtenidos por Pérez y Arriola (2001).

En general, son pocas las investigaciones que especifican el tipo de práctica sexual (Nieto e Izáosla, 1999; Robles, 1999; Pérez y Arriola, 2001; Visser y Smith, 2001a; Crosby et al., 2003; Gurman y Borzekowski, 2004), aspecto que se debería tomar en cuenta, como en el presente reporte, considerando que cada práctica sexual implica niveles distintos de riesgo, como las relaciones anales, que son la primera vía de contagio sexual del VIH, la vaginal, que se ubica como la segunda vía sexual de riesgo y la oral que es la tercera (Brody, 1995).

Entre las pocas investigaciones que definen la práctica sexual (que consideran la evaluación de distintas prácticas o que son capaces de definir “la práctica sexual”), se pueden ubicar estudios como los de Rotheram-Borus et al., (1995); Strathdee et al., (1998); Weinhardt et al., (2000); Rasmussen et al., (2003); Semple y Patterson, (2003); y Walia y Tak (2004), sin embargo, estas investigaciones son con población homosexual, donde hay una tendencia a definir y evaluar las prácticas sexuales con este tipo de muestras. Esta consideración de la definición de la práctica sexual para su evaluación, sería importante hacerla también en estudios con poblaciones heterosexuales, ya que también llevan a cabo, prácticas similares a la de los homosexuales (prácticas orales y anales), e igualmente se comportan riesgosamente.

Por otro lado, son muy escasos los estudio que evalúan la masturbación en pareja, y es común encontrar en bases de datos especializadas artículos o estudios en función de si la masturbación es saludable o no, si trae consecuencias, implicaciones y hasta valoraciones de tipo sociales (Singy, 2003; Lacquer, 2003; Pinkerton et al., 2003).

Todo lo anterior, pone de relieve la importancia de considerar y definir el tipo de práctica sexual que se esta evaluando, ya que considerar la diversidad de comportamientos sexuales que pueden ocurrir, posibilita no restringirse a preguntar si han tenido o no relaciones sexuales, sino que implica investigar el tipo de práctica sexual que tienen, lo que a la vez da pauta para el análisis conductual de la posibilidad de transmisión del virus que cada vía sexual implica.

También habría que señalar que en los estudios de heterosexuales se evalúan distintas prácticas sexuales, como el de Gurman y Borzekowski (2004), en donde se consideró la práctica sexual (vaginal, anal y oral) en relación con el uso del condón y no tomaron en cuenta si realizan o no la práctica por separado, como en el presente estudio.

Finalmente, la evaluación específica de las prácticas sexuales, pone de relieve la importancia que puede adquirir la evaluación de estos elementos en conjunto con otros factores como las creencias, los conocimientos o los elementos del patrón de comportamiento sexual, y no solamente limitarse al comportamiento preventivo del sexo protegido, sino comenzar a explorar (como en el presente estudio) las variantes de la conducta de riesgo y prevención, así como la relación que hay entre estos comportamientos en diversos contextos y situaciones, tal como lo puntualiza Visser y Smith (2001) quienes llegaron a la conclusión de que es necesario identificar las características particulares de los encuentros sexuales en los cuales se tienen o no comportamientos preventivos y sugieren entender y considerar las características individuales y del encuentro sexual, ya que la mayor parte de los estudios no examina dichas características. Por lo que la presente investigación debe considerarse como un estudio exploratorio, que permite aproximarse a este tipo de propuestas.

f) Creencias de riesgo

Los resultados obtenidos indican que es mayor el porcentaje de hombres en comparación con las mujeres que tienen creencias de riesgo en todas las prácticas sexuales, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre sexos. Por otro lado, al establecer las diferencias en el tipo de creencias de riesgo y prevención en hombres por práctica, se encontraron diferencias significativas en masturbación en pareja (creencias de riesgo) y relaciones anales (creencias de prevención), al igual que en las mujeres.

Los resultados encontrados se relacionan con los de Ramos, Díaz et al. (1999) quienes encontraron en su muestra de estudiantes universitarios, que

creencias como el tener muchas parejas sexuales y no usar preservativo (que se podrían considerar de riesgo), no eran consideradas como de riesgo para los estudiantes, lo que posibilitaba conductas sexuales de riesgo. En otra investigación, Flores y Díaz (1999) encontraron que los estudiantes evaluados tenían creencias negativas (como que el SIDA es una enfermedad que puede causar la muerte) hacia el SIDA, y aun así no habían cambiado ninguna de sus conductas para no contagiarse; ya que tenían ideas que reflejaban invulnerabilidad hacia la enfermedad, lo que posibilitaba comportamientos de riesgo. Estos estudios se relacionan con la presente investigación, en el sentido de considerar la influencia de las creencias sobre el comportamiento, en donde, como se comentó, las creencias en cuanto a riesgo y prevención son diferentes por práctica sexual, lo que podría implicar en determinado momento, la valoración de relacionarse sexualmente con una persona de una determinada forma, considerando si es hombre o mujer.

Lo anterior indicaría que: 1) aún cuando no hubo diferencias significativas entre sexos, los hombres tienen creencias de riesgo en todas las prácticas, que como se ha señalado en los resultados del presente trabajo, median los comportamientos de riesgo, y 2) en la práctica de mayor riesgo que es por vía anal, ambos sexos tienen creencias preventivas, lo que es un punto a rescatar, considerando la influencia de las creencias en el comportamiento para llevar a cabo conductas preventivas. Estos resultados ponen de relieve la importancia de considerar que son diferentes las creencias de ambos sexos hacia las distintas prácticas, hallazgo que posibilita el retomar este aspecto para campañas enfocadas a las valoraciones de estas prácticas que implican relacionarse sexualmente con posibilidades de contagio del VIH/SIDA en función de la práctica que se realice. En este aspecto habría que poner mayor énfasis en los hombres por las creencias de riesgo que tienen hacia las diversas prácticas, considerando que son ellos quienes tienen mayor diversidad de prácticas sexuales, lo que en trabajo de campañas preventivas o de intervención en talleres, sería un aspecto fundamental a retomar.

Por otro lado, las creencias por si solas no son determinantes para tener un comportamiento de riesgo o prevención, ya que únicamente son una de tantas variables a considerar dentro del análisis de comportamiento sexual de riesgo y prevención, por tanto, en el presente reporte, se ha propuesto un análisis integral y de diversas variables asociadas al riesgo, pero considerando la evaluación conductual de la historia de la persona o de la experiencia sexual como un punto central. Como expresa Piña (2004b) “no es suficiente con estar bien informado, o poseer o manifestar cierto tipo de creencias, es imprescindible qué, cómo, y por qué se han hecho las cosas en el pasado, y adicionalmente identificar qué consecuencias se han desprendido a partir de la práctica de tal o cual conducta” (pág. 450-451). Por lo que se vuelve a hacer énfasis en la evaluación de la conducta como variable indispensable para dar cuenta de comportamientos riesgosos, aspecto que coincide por lo señalado por Díaz y Rivera (1999) quienes proponen que centrarse en los conocimientos o la información no es suficiente para lograr cambios en el comportamiento, así como tampoco centrarse en la evaluación de creencias, autopercepción, actitudes, temor al contagio, entre otras, ya que no miden directamente la conducta sexual que se quiere cambiar, por lo que futuras investigaciones deberían considerar centrarse no solo en variables de tipo cognitivo, sino enfatizar en mayor medida variables conductuales, así como centrarse en las interacciones que se establecen con las personas.

g) Otras conductas de riesgo y prevención

En este apartado se discuten un conjunto de comportamientos de riesgo y prevención que no son considerados en los análisis anteriores y que hemos propuesto llamar *otras conductas de riesgo y prevención*. Dichos comportamientos se evaluaron para cada práctica sexual y consideran los siguientes elementos. *Otras conductas de prevención*: que el estudiante reportara usar el condón en la práctica correspondiente, que fuera él quien propusiera medidas preventivas o reportara proponer sólo caricias y, finalmente, que reportara investigar la historia sexual de su pareja en el momento en que tiene la práctica sexual que está siendo

evaluada. Lo que se consideró como *otras conductas de riesgo* fue lo siguiente: en cada práctica sexual el estudiante tiene la oportunidad de responder en forma específica si no usa el condón, si él toma la iniciativa para tener la práctica, si su pareja es quien propone medidas preventivas y no el propio estudiante y, finalmente, si el estudiante reporta complacer a su pareja cuando tiene la práctica sexual que está siendo evaluada, es decir, si se ajusta a lo que la pareja le indique y por esa razón se considera de riesgo. En este sentido, la evaluación de otras conductas de riesgo y preventivas considera un conjunto de comportamientos que se analizan de manera integral proporcionando información adicional sobre el nivel de riesgo sexual en que se encuentran tanto hombres como mujeres de la muestra estudiada.

Los resultados obtenidos muestran que fue mayor el porcentaje de hombres que tuvieron conducta(s) preventiva(s) en relaciones anales en comparación con las mujeres; en el caso de otras conductas de riesgo, también fue mayor el porcentaje de hombres que reportaron tenerlas en sexo oral y anal. Es importante aclarar, que para la evaluación de los comportamientos que implican riesgo y prevención, se consideró el análisis por separado en cada uno, ya que un mismo estudiante puede reportar tener otras conductas de riesgo y también otras de prevención; por ejemplo, pueden investigar la historia sexual de la pareja y aún así no usar condón; este hecho explica por qué en algunos casos fue mayor el porcentaje de hombres tanto en *otras conductas de riesgo*, como en las *preventivas*.

Con base en lo anterior, evaluar estas conductas de riesgo y prevención es un aspecto que no ha sido muy explorado dentro de la investigación, ya que los estudios que se realizan, generalmente se centran en el uso del condón como la única forma de prevenir el VIH/SIDA (Nieto e Izazola, 1999; Visser y Smith, 2004; Toledo et al., 2002; Rasmussen et al., 2003; Crosby et al., 2003; Gebhardt et al., 2003; Gayet et al., 2003; Gurman y Borzekowski, 2004), por lo que este estudio puede dar pauta a la evaluación de dichos comportamientos alternativos al uso del condón y que pueden ser eficaces.

El considerar otros comportamientos de riesgo puede posibilitar la identificación de distintos niveles de riesgo en función de lo que el sujeto hace o deja de hacer, al igual que los comportamientos preventivos. Los resultados expuestos marcan, al considerar diversos comportamientos, que la población evaluada se encuentra en una situación de riesgo y prevención, en función de la diversidad de comportamientos que se pueden llevar a cabo, resultados que no hubieran sido posibles obtener si se hubiera considerado un solo comportamiento preventivo (usar condón) o de riesgo (no usar condón). Este es un ejemplo del tipo de datos que pueden aportar este tipo de análisis con mayor detalle. En este caso se pueden identificar tanto a hombres como mujeres en riesgo por las prácticas anales, es decir, si se hiciese un análisis sencillo, en donde se identificará la población de riesgo por el uso de condón, se podrían establecer dos categorías, los que usan y los que no usan condón, la primera categoría correspondería a prevención y la segunda a riesgo, sin embargo, en estos estudios por no considerar otras alternativas y la posibilidad de que las mismas personas puedan ejecutar conductas preventivas y de riesgo, el análisis se ve influenciado por la forma de analizar y categorizar los datos, lo que limita la interpretación y los resultados encontrados, ya que en este ejemplo, se podría categorizar a “x” población en riesgo a partir de no usar condón, sin embargo, al no considerar otras posibilidades de comportarse, no es posible determinar, si esas mismas personas que no utilizan condón, practican otro tipo de comportamientos ya sea de riesgo o de prevención, por ejemplo, podría protegerse con condón en una relación sexual, pero en otra, podría complacer a la pareja casual.

Sucede lo mismo con las prácticas orales en las mujeres, es decir, a partir de nuestro análisis, se determinaron, que las mujeres pueden tener ambos comportamientos (preventivos y de riesgo) en dichas prácticas. Lo que pone de relieve nuevamente, el considerar dichos comportamientos pero haciendo hincapié, en que estos comportamientos tienen que ver con la historia sexual de las personas, y que finalmente se consideran como variables conductuales, ya que es el comportamiento el que se evalúa en este tipo de análisis.

A partir de lo anterior, se pueden ubicar propuestas de evaluación enfocadas a la prevención del VIH a partir de la identificación de variables más específicas y de corte conductual (como comportamientos concretos, como el tipo de práctica, distintos comportamientos de prevención y riesgo o la historia sexual conductual que nos propusimos evaluar en este estudio) que se presentan en una determinada situación, en este caso, en la relación sexual, esto según algunos estudios como los de Hocking, Turk y Ellinger (1999); Visser y Smith (2001); Svenson, Ostergren, Merlo y Rastam (2002); Gebhardt, Kuyper y Greunsven (2003); Slaymaker y Zaba (2003); Betts, Peterson y Huebner (2003); Díaz-González et al. (2003); Rodríguez et al. (2004); Piña (2004a).

Por tanto, con base en los resultados obtenidos, se propone retomar diversas formas de prevención y no limitarse exclusivamente al uso del condón; por lo que sería importante comenzar a evaluar estos aspectos, para tener datos y resultados más detallados, que permitan el diseño de intervenciones de corte conductual, donde no únicamente se les entrene en habilidades de uso correcto y negociación del condón, sino también, en herramientas que posibiliten considerar otras alternativas preventivas para llevarlas a cabo.

Por otro lado, al correlacionar las creencias de riesgo y otras conductas de riesgo (por ejemplo, saber si hay una asociación entre creer que no pasa nada y no usar condón); los resultados obtenidos muestran que hay una correlación entre tener creencias de riesgo y llevar a cabo conductas de riesgo, en mujeres (relaciones vaginales, anales y orales) y hombres (relaciones anales); por ejemplo, si alguien cree que va a quedar mal si se niega a tener una relación sexual, es probable que complazca a la pareja o que no use condón. Estos resultados coinciden con los de Ramos, Díaz et al. (1999) quienes encontraron que creencias como el tener muchas parejas sexuales y no usar preservativo, no eran consideradas como de riesgo para los universitarios, lo que posibilitaba conductas sexuales de riesgo. Asimismo, Flores y Díaz (1999) encontraron que a pesar de que los estudiantes tenían creencias negativas respecto al VIH/SIDA, seguían teniendo comportamientos de riesgo, esto por que la muestra consideraba que difícilmente podrían adquirir el virus.

Las implicaciones que puede tener este tipo de análisis, es corroborar una correlación entre las creencias y comportamientos, donde creencias de riesgo llevarían a conductas de riesgo y viceversa. Estos resultados apoyan distintos estudios que se centran principalmente en creencias o percepciones (González y Rosado, 2000; Torres y Díaz, 1999; MacPhail y Campbell, 2001; Florencia et al, 2001; Visser y Smith, 2001; Flores y Leiva, 2003; Villaseñor et al., 2003; Smith, 2003), sin embargo, como se ha señalado a lo largo de este trabajo, las creencias son importantes como una variable asociada a la conducta de riesgo o prevención (como lo muestra este estudio), pero no hay que olvidar que por sí solas no tienen un impacto, es decir, hay que considerar en forma integral otras variables asociadas al comportamiento de riesgo, como por ejemplo, los conocimientos, el tipo de prácticas, el patrón de comportamiento sexual, diversos comportamientos de riesgo o prevención; que posteriormente lleve a una mejor comprensión del comportamiento de ambos sexos en el terreno sexual, sobre todo enfocadas a prevenir el VIH/SIDA.

h) Relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable

Los resultados obtenidos muestran que los estudiantes que han tenido relaciones ocasionales iniciaron su vida sexual a edades más tempranas y han tenido un mayor número de parejas sexuales en toda la vida que los estudiantes que no han tenido este tipo de relaciones.

Estos resultados vuelven a resaltar el patrón de comportamiento sexual sobre todo en hombres, así como las correlaciones expuestas en el presente trabajo, es decir, el hecho de iniciar tempranamente las relaciones sexuales implica mayor posibilidad de relacionarse sexualmente con más personas, entre las que pueden ubicarse las parejas ocasionales, incluso teniendo una pareja estable, sin embargo habría que recordar que un incremento en el número de parejas sexuales también puede llevar a un incremento de medidas preventivas, y todo lo anterior se relaciona con los varones, incluso el hecho de tener en mayor medida más parejas ocasionales que las mujeres.

Este tipo de comportamientos es característicos de los varones, y este resultado coincide con la investigación realizada por Gebhardt et. al. (2003). Estos autores atribuyen estos resultados al poder otorgado socialmente a los hombres donde generalmente tienen muchas experiencias sexuales antes del matrimonio, en los adolescentes es más frecuente gracias a la falta de madurez, de la presión de amigos del mismo sexo. Otro ejemplo en donde se repiten las mismas características de comportamiento de los hombres es en la investigación de Nieto e Izazola (1999) quienes en su estudio consideraron parejas ocasionales, sin embargo no hacen la comparación entre sexos, donde encontraron que para tener una pareja estable influyen variables como el estado civil y escolaridad. Iwuagwu, Ajuwon y Olaseha (2000) a través de la discusión de grupos focales con mujeres nigerianas, concluyen que una característica en los hombres es el relacionarse sexualmente con parejas ocasionales, en comparación con las mujeres, que se da en menor medida, sin embargo la investigación iba focalizada únicamente a mujeres.

Los estudios anteriores ponen de manifiesto, la importancia de evaluar no solamente comportamientos específicos de la persona en cuestión, sino también la relación que se da con otro tipo de personas, así como su comportamiento en relación con ésta, sin olvidar que se pudiesen encontrar diferencias entre sexos, como que los hombres tienden a tener mayor número de parejas ocasionales en comparación con las mujeres.

El hecho de que los hombres tengan más parejas ocasionales que las mujeres, se puede remitir a factores psicosociales, sin embargo, consideramos que es importante no limitarse únicamente a la evaluación de este tipo de factores, sino retomarlos junto con la evaluación de comportamientos que se llevan a cabo con la pareja (ocasional o estable), para tratar de determinar aspectos diferenciales entre cada uno de los tipos de parejas asociados a comportamientos de riesgo. Consideramos relevante el tipo de pareja, ya que al relacionarse sexualmente con una pareja ocasional, se pueden llevar a cabo comportamientos de riesgo que pueden implicar desconocer la historia sexual, no usar condón, diversificación de prácticas, varias parejas casuales, y considerando la evaluación,

que implica una pareja estable, señalaría que el hecho de quedar infectado de VIH por la pareja ocasional, reflejaría un alto riesgo de contagio para la pareja ocasional, en donde esto sería un factor que posibilitaría la expansión de la enfermedad por lo menos a tres personas (para ocasional, persona que tuvo el encuentro sexual y pareja estable), por tanto se torna importante investigar sobre estas variables asociadas al riesgo en las parejas ocasionales, para en mayor medida poder diseñar o entender las variables asociadas que influyan en que la pandemia se siga extendiendo a otras personas, pero sin perder de vista, la evaluación conductual y la historia sexual de las personas, que pueden dar indicadores concretos que se pueden relacionar con otras variables de la misma índole que a la vez pueden permitir la correlación y el análisis más detallado del comportamiento sexual. Lo anterior, puede servir para considerar algunas características asociadas al riesgo en poblaciones, en donde sería importante intervenir anticipadamente, antes de que se lleven a cabo conductas de riesgo de tal manera que se puedan incrementar comportamientos preventivos.

Finalmente, se propone para futuras investigaciones, evaluar la práctica sexual, y el uso del condón que se tiene en relaciones sexuales ocasionales, así como evaluar la consistencia del uso del condón con la pareja estable y con la pareja ocasional; así como retomar variables situacionales que pueden estar asociados a que los adolescentes tengan relaciones sexuales ocasionales.

i) Consideraciones finales

Para esta última parte sería importante hacer algunas consideraciones a partir del estudio realizado y de los resultados obtenidos junto con los puntos discutidos:

- El estudio de variables asociadas a comportamientos de riesgo se ha abordado generalmente de modelos de salud con un enfoque cognitivo conductual, por lo que se centran principalmente en variables cognitivas que son la expresión de la conducta, y no se evalúa la conducta

propriadamente dicha, por lo que habría que considerar comenzar a evaluar la conducta sin centrarse totalmente en dichos aspectos.

- El sexo seguro se ha asociado principalmente a variables cognitivas como conocimientos y creencias, donde el presente estudio marca la importancia de evaluar dichas variables pero en consideración con otros factores, ya que por si solos los conocimientos y creencias no producen cambios, por lo que se torna importante la investigación en otras variables que pudiesen tener un efecto en relación a las ya mencionadas sobre la conducta preventiva o de riesgo.
- Los conocimientos pueden estar en función de variables sociodemográficas como el nivel educativo o el estrato socioeconómico, por lo que es importante considerar este tipo de características en las poblaciones evaluadas, para el diseño de intervenciones o la aplicación de programas preventivos.
- Los conocimientos son un primer pilar para comenzar a generar cambios, y a pesar de que es una variable evaluada con frecuencia, es importante no dejarla de lado, ya que a partir de la información que se tenga, se comenzará a generar las valoraciones o las posibilidades de comportamiento que la persona puede ejecutar.
- El patrón de comportamiento sexual, refleja la importancia de considerar variables no solamente cognitivas, sino también conductuales. Este factor refleja y se traduce a partir de la experiencia sexual, en donde es indispensable conocer lo que las personas han venido haciendo para poder tener indicadores de niveles de riesgo más específicos y que aporten datos relevantes para el diseño de estrategias de prevención.
- Otro factor dentro de la historia sexual conductual de las personas es el tipo de persona con el cual se relacionan sexualmente, es decir, es diferente tener relaciones sexuales con una pareja estable o con una ocasional, ya que considerando las variables conductuales de las que se han hablado a lo largo del trabajo, los comportamientos que pueden llevarse a cabo

pueden variar en función del comportamiento del otro o de la situación o la persona.

- Es difícil evitar que los adolescentes no tengan relaciones sexuales, es decir, que se abstengan, por lo que es importante considerar el uso consistente del condón como medida preventiva, ya que es el único método que previene del VIH en un encuentro sexual, sin embargo, en los estudios de prevención del SIDA, es importante no limitarse a este comportamiento como exclusivo o como único o privativo de la prevención, ya que como se demostró, el análisis y la especificación de distintos comportamientos, aporta datos, que pueden tener mayor detalle para la ubicación de poblaciones o personas que estén en riesgo de contraer el virus.
- El hecho de especificar estos comportamientos implica definir y ubicar niveles de riesgo a partir de la conducta o de lo que el sujeto hace para relacionarse con su medio, por lo que se debería de considerar características del comportamiento tales como el tipo de prácticas o comportamientos de riesgo, que implican conductas diferentes y comportarse de forma distinta en función de lo que la persona hace en conjunto con sus creencias, conocimientos, situaciones y personas.
- Consideramos importante agregar algunos reactivos al instrumento con el fin de dar cuenta de variables conductuales que pueden ser relevantes como: uso del condón en la primera relación sexual, especificación del momento en el que se pone el condón, es decir, primero penetra y luego usa condón para volver a penetrar, o lo utiliza el condón desde un inicio, evaluar el tipo de práctica en relaciones ocasionales igual que la consistencia con el tipo de pareja, la consistencia en cada práctica, y reactivos enfocados a situaciones en donde se pueden dar un comportamiento de riesgo. Esto con el fin de continuar retomando variables enfocadas a la historia conductual que permitan tener conocimiento de los antecedentes de la conducta de las personas que permitan relacionar y asociar características de su comportamiento con otros factores.

- Sería importante seguir desarrollando medidas sensibles y detalladas acerca del uso y consistencia del condón, ya que se debe procurar tener medidas homogéneas que tengan una mayor validez y poder abordar el problema pero desde resultados verídicos y más exactos.
- Se pudo demostrar las diferencias que hay en el comportamiento sexual de riesgo y prevención entre hombres y mujeres, por lo que la variable sexo puede estar en algunos aspectos relacionada con comportamientos de riesgo y en otras con conductas preventivas, por lo que es una variable comparativa que merece atención, sobre todo considerando que el índice de casos acumulados de VIH prevalece sobre los varones.
- El trabajo y la inclusión de variables socio-culturales se torna importante, ya que son factores con los cuales las personas comienzan a construir su historia sexual conductual, por lo que para tener una mayor comprensión es importante considerarlos y analizar de que forma pueden influir en el comportamiento, ya sea a través de ideas, de patrones de crianza o de construcciones sociales como el machismo.
- Es importante considerar el debut sexual de los adolescentes y hacer la diferencia entre hombres y mujeres, ya que este factor está asociado al riesgo y sobre todo en hombres, sin embargo, a la vez, puede llegar a convertirse en un factor que posibilite el incremento de medidas preventivas, sin embargo, eso no implica que pueda llegar a ser inconsistente en el uso del condón.
- Resaltando una vez más la importancia de considerar aspectos conductuales, es imprescindible, dirigir la prevención y atención a los adolescentes en cuanto al tipo de habilidades que pueden llegar a adquirir como herramientas que pudiesen utilizar en situaciones de riesgo, tal como la negociación y el saber poner correctamente el uso del condón, donde creemos que deben de ir dirigidas las intervenciones, pero sin negar la influencia de otras variables en el comportamiento sexual de riesgo o prevención.

- El hecho de hacer análisis como el presentado en este trabajo, implica poder tener evaluaciones detalladas para la detección de necesidades o niveles de riesgo, que a su vez, puede permitir clasificar a la poblaciones en función de ciertas características e intervenir en función de las necesidades, en donde dichas intervención tendrían que considerar aspectos cognitivos como los conocimientos, pero sin olvidar la importancia que adquieren las habilidades de los participantes para enfrentar situaciones de riesgo.

Finalmente, en el caso del SIDA, para conseguir cambios de comportamientos es una tarea sumamente compleja y difícil que involucra a un gran número de factores biológicos, psicológicos, conductuales, sociales, culturales, económicos y políticos, y para lograr intervenciones preventivas a nivel personal como colectivas es indispensable llevar a cabo un gran esfuerzo destinado a conseguir el mejor conocimiento posible de estos factores, así como al desarrollo de instrumentos de evaluación, fiables y válidos, como pasos necesarios que se lleven a cabo a todos los niveles y mejorarlos, consiguiendo el mayor provecho, sin embargo, el evaluar aspectos poco a poco puede posibilitar el diseño de estrategias, programas y campañas generales de prevención, un mejor conocimiento y evaluación de los factores, proporcionándonos orientaciones útiles sobre los posibles caminos a seguir para suscitar cambios en los comportamientos de riesgo hasta donde sea posible para tratar de conservar o mejorar la salud y evitar la enfermedad y alguna de sus secuelas (Bayés, 1992).

REFERENCIAS

- Abraham, C., Sheeran, P. & Orbell, S. (1998). Can social cognitive models contribute to the effectiveness of HIV-preventive behavioral interventions?. A brief review of the literature and a reply to Joffe (1996; 1997) and Fife-Schaw (1997). *British Journal of Medical Psychology*, 71 (3), 173-186.
- Adams, B. & Bromley, B. (1998). *Psychology for health care. Key terms and concepts*. Londres: Macmillan. 95-114.
- Aguilar, R., Lebrija, V., Miranda, C. y Velasco, M. (1990). Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. En: A. Monroy (Ed). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax. 169-172.
- Ajdukovic, D. & Ajdukovic, M. (1991) University students and AIDS; knowledge, attitudes and behavior adjustment. *Psychological Reports*, 69, 203-210.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New York: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. En: J. Kuhl y J. Beckman (Eds.). *Action control from cognition to behavior*. New York: Springer-Verlag. 11-39.
- Alfaro, M., Rivera, A. y Díaz, L. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. Asociación Mexicana de Psicología Social. *La Psicología Social en México*, 4, 95-100.
- Arenas, R. (1987). *Dermatología. Atlas, Diagnóstico y Tratamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana. 173, 223, 227 y 586.
- Asencios, J. (2002). *VIH/SIDA en Chile. Vacunas: En camino de otra batalla por ganarle al VIH*. Recuperado el 14 de abril del 2004 de <http://www.vihsida.cl/paginas/016.html>
- Astudillo, G. (2000). *El aborto como derecho a terminar con un embarazo no deseado*. Disponible en la Secretaria del Movimiento de Solidaridad Contra la Violencia Sexual en Guerrero, A. C. (MOSOCOVIS, A. C.). Recuperado el 14 de enero del 2004 de <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/aborto/texto10.htm>

- Bailón, E., Coutado, A., González, I., Fuentes, M. y López, A. (2001). Actividades preventivas en la mujer. *Atención Primaria*, 28 (2), 181-218.
- Bandura, A. (1989a). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1989b). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25 (5), 729-735.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En: R. DiClemente y J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions*. New York:Plenum press. 25-60.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée de Broker, S. A. 19-54, 223-244.
- Basen-Equist, K. (1994). Evaluation of a theory-based HIV prevention intervention for college students. *AIDS Education Prevent*, 6 (5), 412-424.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamentalia*, 0, 33-50.
- Bayés, R. (2001). Infección por VIH: aspectos psicológicos. En: Bueno F. y Nájera R. (Eds.). *Salud Pública y SIDA*. Madrid: Ediciones Doyma.
- Bernal, A. y Hernández, T. (1997). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. *Revista SIDA-ETS*, 3 (3), 63-67.
- Betts, S., Peterson, D., & Huebner, A. (2003). Zimbabwean adolescents' condom use: what makes a difference? Implications for intervention. *Journal of Adolescents Health*, 33 (3), 165-171.
- Blanc, A. (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence. *Studies in Family Planning*, 32 (3), 189-213.
- Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action. *Social Science & Medicine*, 52, 1057-1069.

- Brody, S. (1995). Lack of evidence for transmisión of human immunodeficiency virus through vaginal intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 24 (4), 383-393.
- Brookmeyer, R. & Gail, M. (1994). *AIDS epidemiology: a quantitative approach*. New York: Oxford. 3-18.
- Bryan, A., Fisher, W. & Fisher, J. (2002). Test of the meditational role of preparatory safer sexual behavior in the context of the theory of planned behavior. *Health Psuchology*, 21 (1), 71-80.
- Caballero, R. y Villaseñor, A. (2001). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Revista Saúde Pública*, 35 (6), 531-538.
- Carovano, K. (1991). More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women. *International Journal of Health Services*, 21 (1), 131-142.
- Carter, J., McNair, L. & Corbim, W. (1999). Gender differences related to heterosexual condom use: the influence of negotiation styles. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25, 217-225.
- Catania, J., Kegeles, S. & Coates, T. (1990). Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education*, 17, 53-72.
- CENSIDA. (2002). *El uso del condón, factor esencial en las Campañas para prevenir el SIDA*. Recuperado el 17 de junio del 2004 de <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- CENSIDA. (2003). *Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003*. Recuperado el 18 de marzo del 2004 de <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- CIMAC: Comunicación e Información de la Mujer, A. C. (2003). *Planificación familiar no llega a mujeres adolescentes*. Recuperado el 12 de febrero del 2004 de <http://www.andar.org.mx/notas/notas4.htm>
- Coates, T. (1992). Prevención del SIDA: logros y prioridades. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1), 17-33.

- Coker, A. & Richter D. (1998). Violence against women in Sierra Leone: frequency and correlates of intimate partner violence and forced sexual intercourse. *African Journal of Reproductive Health*, 2 (1), 61-72.
- Coker, A. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9 (5), 451-457.
- Collins, C. (2001) *¿Puede una Vacuna para el VIH Ayudar en el Prevención?*. Center for AIDS Prevention Studies UCSF. Recuperado el 28 de abril del 2004 de <http://www.caps.ucsf.edu/vacuna.html#4>
- CONASIDA. (2003). *Asumir el liderazgo en el combate al SIDA*. Recuperado el 5 de enero del 2004 de <http://www.salud.gob.mx/conasida/otraspub/letraese/ls2003/ljunio.htm>
- CONASIDA. (2004). *El condon, una buena opción*. Tríptico Informativo sobre la eficacia el uso correcto, constante y la promoción del condón. Recuperado el 17 de junio del 2004 de <http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/elcondon/elcondon.html>
- Condón.pon. (2004). *Condomes*. Recuperado el 29 de mayo del 2004 de <http://www.condonpuntopon.com>
- Consejo de la Juventud de España. (2002). *Campaña de prevención del SIDA: atracción, seducción, provocación, prevención*. Recuperado el 7 de agosto del 2004 de <http://www.cje.org/actividades.nsf/docs/4YSBKRISAZ!opendocument>
- Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en Psicología*. México: Manual Moderno. 355-394
- Crosby, R., DiClemente, R., Wingood, G., Catlainn, S., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. & Kim, M. (2001). Correct condom application among African-american adolescent females: the relationship to perceived self-efficacy and the association to confirmed STDs. *Journal of Adolescent Health*, 29, 194-199.
- Crosby, R., DiClemente, R., Wingood, G., Lang, D. & Harrington, K. (2003). Value of consistent condom use: a study of sexually transmitted disease

- prevention among African American adolescent females. *American Journal of Public Health*, 93 (6), 901-902.
- Cruz, A (2001). *El aborto, grave problema de salud pública: especialista. Cada año se registran 100 millones de embarazos no deseados en el mundo.* Recuperado el 22 de febrero del 2004 de <http://www.jornada.unam.mx/2001/nov01/011111/025n1pol.html>
- DeCarlo, P. (1996). *¿Sirven Los Condomes?.* Recuperado el 18 de agosto del 2004 de <http://www.caps.ucsf.edu/spancondtext.html>
- Del Amo, J. (1999). *El SIDA y la mujer. Aspectos clínicos y sociales.* Madrid: Ediciones Pirámide. 11-23.
- Del Río, A., Liguori, A., Magis, C., Valdespino, J., García, M. y Sepúlveda, J. (1995). La Epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública de México*, 37 (6), 581-591.
- Díaz, R. y Alfaro, L. (1999). Conocimientos, actitudes, creencias, conductas, percepción de riesgo, y temor al contagio de VIH en estudiantes de preparatoria. En: R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial.* México: Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Psicología. 69-81.
- Díaz, R. y Rivera, S. (1999). Evaluación y percepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. En: R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial.* México: Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Psicología. 93-106.
- Díaz, R., Flores, M., Rivera, S., Andrade, P., Ramos, L. y Villagran, G. (1999). La perspectiva psicosocial: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios. En: R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial.* México: Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Psicología. 23-40.
- Díaz-González, E.; Rodríguez, M.; Robles, S.; Moreno, D. y Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 13, 149-159.

- DiClemente, R. & Wingood, G. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk reduction intervention for young african-american women. *Journal of the American Medical Association*, 274 (16), 1271-1276.
- Domínguez, S. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. Recuperado el 2 de agosto del 2004 de <http://reme.uji.es/articulos/adomxf3301103103/texto.html>
- Du Guerny, J. (1993). Inter-relationship between gender relations and the HIV/AIDS epidemic: some possible considerations for policies and programmes. *AIDS*, 7,1027-1034.
- Enríquez, D., Sánchez, R. y Robles, S. (2004, agosto). Análisis Comparativo de Prácticas del Comportamiento Sexual de Riesgo en Hombres y Mujeres de Educación Superior. Presentado en el XXIII Coloquio de Investigación en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalneplanta Estado de México, México.
- Esquivel, L., Casanova, G. y Uc, N. (2001). Conocimientos de la sexualidad en estudiantes de primer grado de preparatoria de la Universidad Autónoma de Yucatán. *Revista Cubana de Psicología*, 18 (2), 142-152.
- Farreras, P. y Rozman, C. (2000). *Medicina Interna*. México: Marin. 2673-2676.
- Fei-ling Go, V., Vu Minh, Q., Chung, A., Zenilman, J., Vu Thi, M. & Celentano, D. (2002). Gender gaps, gender traps: sexual identity and vulnerability to sexually transmitted diseases among women in Vietnam. *Social Science & Medicine*, 55 (3), 467-481.
- Fischbach, R. & Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*, 45 (8), 1161-1176.
- Fishbein, M. & Pequegnat, W. (2000). Evaluating interventions using behavioral and biological outcome measures. *Sexually Transmitted Diseases*, 27, 101-110.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. & Hitchcock, P. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: an analysis based on the theory of reasoned action. En: R. DiClemente y J. Peterson (Eds.),

- Preventign AIDS: theories and methods of behavioral interventions*. New York:Plenum press. 61-77.
- Fisher, J. & Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual level change in HIV risk behavior. En: J. Peterson y R. DiClemente. (Eds.), *Handbook of HIV prevention*. New York: Plenum Publishers. 3-55.
- Florencia, A., Villaseñor, M. y Alfredo, F. (2001). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Médica del IMSS*, 40 (1), 35-41.
- Flores, F. y Leyva, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45 (5), 624-631.
- Forsyth, A. & Carey, M. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17 (6), 559-568.
- Fundación anti-SIDA de San Francisco. (2001). *La vacuna del VIH: entre la realidad y el deseo*. Recuperado el 6 de mayo del 2004 de <http://www.citaid.com.mx/vacuna.html>
- García, J. y Figueroa, J. (1992). Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 34 (4).
- Garcia, J., Figueroa, P., Reyes, Z., Brindis, C y Pérez, P. (1993). Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 35 (5-6), 682-691.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. y Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45 (5), 632-640.
- Geary, C., Tchupo, J., Johnson, L., Cheta, C. & Nyama, T. (2003). Respondent perspectives on self-report measures of condom use. *AIDS Education and Prevention*, 15 (6), 499-515.
- Gebhardt, W., Kuyper, L. & Greunsven, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescents condom use. *Journal of Adolescents Health*, 33 (3), 154-164.

- Glanz, K, Rimer, B. & Lewis, F. (2002). *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 45-98.
- Gökengin, D., Vamazhan, T., Özkaya, D., Aytug, S., Ertem, E., Arda, B. & Serter, D. (2003). Sexual knowledge, attitudes and risk behaviors of students in Turey. *Journal of School Health*, 73, 7, 258-263.
- González, T. y Rosado, A. (2000). Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional. *Revista Cubana Enfermería*, 16 (1), 5-40.
- Green, E. & Farmer, P. (2003). New challenges to the AIDS prevention parad. *Anthropology News*, 44 (6), 5-6.
- Grmek, M. (1992). *Historia del SIDA*. México: Siglo XXI editores.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (1997). *Embarazo adolescente*. Recuperado en 10 de febrero del 2004 de <http://www.gire.org.mx/derechos/d4.html>
- Gurman, T. & Borzekowski, D. (2004). Condom use among latino college students. *Journal of American College Health*, 4 (52), 169-178.
- Guyton, A. y May, S. (2000). *Tratado de Fisiología Médica*. México: McGraw-Hill Interamericana. 493-495.
- Haignere, C., Freudenberg, N., Silver, D. Maslanka, A. & Kelley, J. (1997). One method for assessing HIV/AIDS peer-education programas. *Journal of Adolescent Health*, 21, 76-79.
- Handwerker, W. (1993). Gender power difference between parents and high-risk sexual behavior by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation. *Journal of Women's Health*, 2 (3), 301–316.
- Hernández, C. (2000). *Utilidad del condón en la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS)*. Centro de investigaciones en salud poblacional. Recuperado el 3 mayo del 2004 de <http://www.insp.mx/salvia/9710/sal97102.html>
- Herrera, C. y Campero, L. (2002) La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Publica México*, 44, 554-564.

- Hocking, J., Turk, D. & Ellinger, A. (1999). The effects of partner insistence of condom usage on perceptions of the partner, the relationship and the experience. *Journal of Adolescents*, 22, 355-367.
- Hovell, M., Blumberg, E., Liles, S., Powell, L., Morrison, T., Duran, G., Sipan, C., Burkham, S. & Kelley, N. (2001). Training AIDS and anger prevention social skills in at-risk adolescents. *Journal of counseling and development*, 79 (3), 343-355.
- Huesca, P. (2003). *A la venta, prueba para detectar el sida a través de la saliva*. Recuperado el 2 de junio del 2004 de <http://www.cronica.com.mx/nota.php?idc=86960>
- Ibáñez, B. (1996). Actividad sexual, prácticas anticonceptivas y actitudes hacia la planificación familiar en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación Psicológica*, 1 (1), 30-41.
- IPN. (1999). *Medición Electrónica del Dolor, Investigación del IPN y el INC*. Recuperado el 29 de marzo del 2004 de [http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/arte ciencia cultura/ene-feb99/clinica/sec 4.html](http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/arte%20ciencia%20cultura/ene-feb99/clinica/sec%204.html)
- Iwuagwu, S., Ajuwon, A. & Olaseha, I. (2000). Sexual behavior and negotiation of the male condom by female students of the University of Ibadan, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20 (5), 507-513.
- Kaplan, R., Sallis, J. & Paterson, T. (1993). *Health and human behavior*. USA: McGraw-Hill. 39-70
- Kapur, P. (1995). Girl child abuse: violation of her human rights. *Social Change*, 25 (2), 3-18.
- Keil, L., McIntyre, S. y Amaya, J. (2000). *Exámenes de Laboratorio (Pruebas) para VIH/SIDA*. Recuperado el 6 de julio del 2004 de <http://www.geosalud.com/sida/PruebasVIH.htm>
- Kilby, (1988) *Sexo seguro. Educación sexual, anticoncepción y enfermedades venéreas*. México: Interamericana. 37-45.
- Kim, N., Stanton, B., Dickersin, K. & Galbraith, J. (1997). Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: a quantitative review. *Journal of Adolescent Health*, 20 (3), 204-215.

- Kordoutis, P., Loumakou, M y Sarafidou, J. (2000). Heterosexual relationship characteristics, condom use and safe sex practices. *AIDS Care*, 12, 6, 767-782.
- Lacquer, T. (2003). Masturbation: A history. *Contemporary Sexuality*, 37 (6), 10-14.
- Lam, A., Mak, A., Lindsay, P. & Russell, S. (2004). What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education and Prevention*, 16 (2), 160-171.
- Latorre, J. y Beneit, P. (1992). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen. 33-36.
- LETRA S. (diciembre, 2001). *Cronología de una epidemia. A veinte años*. Recuperado el 28 de agosto del 2004 de <http://www.jornada.unam.mx/2001/dic01/011206/ls-cronologia.html>
- Lindemann, D. & Brigham, T. (2003). A Guttman scale for assessing condom use skills among college students. *AIDS and behavior*, 7 (1), 23-27.
- Longshore, D., Stein, J. & Conner, B. (2004). Psychosocial antecedents of injection risk reduction: A multivariate analysis. *AIDS Education and Prevention*, 16 (4), 353-366.
- López, F. (2001). Género, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. Centro de Investigaciones de La Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. 1-21.
- López, J. (1998). *Prevención del embarazo no deseado*. Recuperado el 2 de marzo del 2004 de <http://www.insp.mx/salvia/9829/sal98292.html>
- Lowe, R., Walker, I., Bennett, P. & Bozionelos, G. (2003). A connectionist implementation of the theory of planned behavior: Association of beliefs with exercise intention. *Health Psychology*, 22 (5), 464-470.
- MacPail, C. & Campbell, C. (2004). I think condoms are good but, aai, I hate those things: condoms use a southern African township. *Social Science and Medicine*, 52, 1613-1627.
- Maman, S. & Campbell, J. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*, 50 (4), 459-478.

- Marchetti, R. (1997). Las campañas de prevención del VIH/SIDA en los medios de comunicación. *SIDA-ETS*, 3 (1), 16-20.
- Maroto, C., Bernal, C. y García, F. (2002). *Diagnóstico y tratamiento de las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2*. Facultad de Medicina. Hospital Clínico San Cecilio, Granada. Recuperado el 16 de abril del 2004 de http://www.seimc.org/control/revi_Sero/Vih-2.htm
- Martínez, A., Villaseñor, M. y Celis, A. (2002). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Medica del IMSS*, 40 (1), 35-41.
- McPhail, C. & Campbell, C. (2001). "I think condoms are good but, aai, I hate those things": condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Social Science & Medicine*, 52, 1613-1627.
- Medina, A. (2003). Mantenerse negativo, atenderse positivo. Recuperado el 2 de junio del 2004 de www.jornada.unam.mx/2003/sep03/030904/ls-reportaje.html
- Meekers, D. & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14 (1), 62-72.
- Méndez, I. Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación*. México: Trillas.
- Micher, J. y Silva, J. (1997). Niveles de conocimientos y prácticas de resigo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. *SIDA/ETS*, 3 (3), 68-72.
- Moss, N. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54, 649-61.
- Mwakagile, D., Emari, E., Makwaya, C., Mbwana, J., Biberfeld, G., Mhalu, F. & Sandström, E. (2001). Sexual behavior among youths at high risk for HIV-1 infection in Dar es Salaam, Tanzania. *Sexually Transmitted Infections*, 77 (4), 255-259.

- Nangle, D. & Hansen, D. (1998). Adolescent heterosocial competence revisited: implications of an expanded conceptualization for the prevention of high-risk sexual interactions. *Education and Treatment of Children*, 21 (4), 431-446.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2000). *HIV vaccine development status report*. Recuperado el 21 de mayo del 2004 de www.niaid.nih.gov/daids/vaccine/whsummarystatus.htm
- Nieto, B. e Izazola, J. (1999). Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México.. *Salud Pública de México*, 41, 85-94.
- Noar, S., Morokoff, P. & Redding, C. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men: a test of three samples. *AIDS Education and Prevention*, 14 (4), 330-342.
- Núñez, R., Hernández, B., García, C., González, D. y Walker, D. (2003) Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45 (1), 92-102.
- Odriozola, A. e Ibáñez, B. (1992). Actitudes y conducta sexual en estudiantes universitarios. Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, 4, 123-132.
- ONUSIDA (2003). *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre del 2003. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Recuperado el 6 de enero del 2004 de www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/situacion.htm
- Peláez, M., Rodríguez, P. y Bermúdez, S. (1996). *Responsabilidad sexual, anticoncepción y adolescente varón*. Recuperado el 24 de noviembre del 2003 de <http://www.cemera.uchile.cl/IV2responsabilidad.doc>
- Pérez, M. y Arriola, R. (2001). *Evaluación de conocimientos y prácticas sexuales relacionadas con el VIH/SIDA en estudiantes de nivel medios superior: estudio piloto (Reporte de investigación)*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Estado de México, México.

- Pérez, R. (1986). *Enfermedades sexualmente transmitidas: Problemas de salud pública, enfoque clínico-epidemiológico*. Republica Dominicana: Santo Domingo.
- Piña, J. (2004a). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20 (1). 23-32.
- Piña, J. (2004b). Predictores psicológicos de conductas de riesgo para la infección por VIH en estudiantes universitarios. Asociación Mexicana de Psicología Social. *La Psicología Social en México*, 10, 447-452.
- Piña, J. y Corral, V. (2001). Conocimientos y motivos asociados con comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19, 7-24.
- Piña, J. y Robles, S. (2004). Psicología y VIH/SIDA en México: análisis e implicaciones para su prevención a partir de un modelo psicológico de la salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. En prensa.
- Piña, J. y Urquidi, L. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9 (2), 227-236.
- Piña, J. y Urquidi, L. (En revisión). Aplicación de un modelo psicológico de salud a la investigación sobre el uso de condón en estudiantes de educación superior de ambos sexos. *Salud Pública de México*.
- Piña, J., González, D., Molina, C. y Cota, M. (2003). Variables psicológicas y VIH/SIDA en estudiantes de educación superior: estudio comparativo en función del sexo y de la edad. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 19-27.
- Pinkerton, S., Cecil, H., Bogart, L. & Abramson, P. (2003). The pleasures of sex: An empirical investigation. *Cognition & Emotion*, 17 (2), 341-353.
- Ponce de León, S. y Rangel, S. (2000). *SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- PROFECO. (2004, 31 de enero). Estudio de calidad de condones. *Revista del Consumidor*. México. 33-43

- Proyecto de declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. (2001). *Declaración de compromiso en VIH/SIDA. "Crisis mundial - Acción mundial"*. Recuperado el 13 de junio del 2004 de <http://www.aids-sida.org/docs20.html>
- Pulerwitz, J. (2002). Relationship Power, Condom Use and HIV Risk Among Women in the USA. *AIDS Care*, 14 (6), 789-800.
- Ramos, L., Díaz, R., Saldívar, G. y Martínez, Y. (1999). Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. En: R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Psicología. 41-58.
- Rasmussen, B., Hidalgo, A. y Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45 (1), 81-91.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. España: Martínez Roca.
- Rico, B. (1995). Mujer y SIDA. *SIDA-ETS*, 1 (2), 58-62.
- Rico, B., Bronfman, M. y Del Río, Ch. (1995). Las campañas contra el SIDA en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?. *Salud Pública de México*, 37 (6), 643-653.
- Ríos, P. (2001). *La falta de uso de anticonceptivos incrementan los embarazos no deseados*. Recuperado el 14 de junio del 2004 de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/01nov/01112408.html>
- Robles, E. (1997). *Estrategias para fortalecer la conducta contra el SIDA en estudiantes universitarios. Proyecto UNAM/SSA*. Recuperado del 28 de mayo del 2004 de <http://www.biomedicas.unam.mx/html/period97/mar6.htm>
- Robles, S. (1999). Evaluación de conocimientos y prácticas sexuales relacionados con el VIH/SIDA en estudiantes universitarios. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Estudios Superiores, ENEP-Iztacala. Estado de México, México.
- Robles, S. y Moreno, D. (1998). Los estudiantes universitarios y el VIH/SIDA: un análisis sobre sus conocimientos y prácticas sexuales. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (2), 16-27.

- Robles, S. y Moreno, D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. Asociación Mexicana de Psicología Social. *La Psicología Social en México*, 8, 748-755.
- Robles, S. y Moreno, D. (2002). Evaluación psicológica en la prevención del VIH/SIDA. En: L. Aragón y A. Silva (Eds.) *Evaluación psicológica en el área clínica*. México: Pax, 103-147.
- Rodríguez, M., Díaz-González, E., Moreno, D., Robles, S. Frías, B., Cervantes, M., y Barroso, R. (2004, en prensa). El concepto interconductual de competencia y la prevención del VIH/SIDA: una propuesta de evaluación. *Revista Interamericana de Psicología*.
- Rosentock, I., Strecher, V. & Becker, M. (1988) Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quartely*, 15 (2), 175-183.
- Rosentock, I., Strecher, V. & Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV Risk Behaviour Change. En: R. DiClemente y J. Peterson (Eds.), *Preventign AIDS: theories and methods of behavioral interventions*. New York:Plenum press. 5-24.
- Rotheram-Borus, M., Reid, H., Rosario, M. & Kasen, S. (1995). Determinants of safer sex patterns among gay/bisexual male adolescents. *Journal of Adolescence*, 18, 3-15.
- Santos, J., Villa, J., García, M., León, G., Quezada, S. y Tapia, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Publica de México*, 45 (1), 140-152.
- Santow, G. (1995). Social roles and physical health: the case of female disadvantage in poor countries. *Social Science and Medicine*, 40 (2), 147-161.
- Saúl, A. (2001). *Lecciones de Dermatología*. México: Méndez Editores. 339-369.
- Secretaría de Salud. (1997). *El condón en la prevención de la infección por el VIH*. Recuperado el 17 de mayo del 2004 de <http://www.jornada.unam.mx/1997/oct97/971002/ls-texto3.html>
- Semple, S. & Patterson, G. (2003). HIV-positive gay and bisexual men: predictors of unsafe sex. *AIDS Care*, 15 (1), 3-15.

- Sépulveda, J., Fineberg, H. & Mann, J. (1993). *SIDA. Su prevención a través de la educación: Una perspectiva mundial*. México: El Manual Moderno. 3-20.
- Severin, W & Tankard, J. (2001). *Theories of persuasion. Communication Theories*. New York: Longman. 151-184.
- Singy, P. (2003). Friction of the Genitals and Secularization of Morality. *Journal of the History of Sexuality*, 12 (3), 345-365.
- Slaymaker, E. & Zaba, B. (2003). Measurement of condom use a risk factor for HIV infection. *Reproductive Health Matters*, 11 (22), 174-184.
- Smith, L. (2003). Partner influence on noucondom use: gender and ethnic differences. *The Journal of Sex Research*, 4 (40), 346-350.
- Sociedad Mexicana de Salud Pública. (2001). SIDA. *Revista de Salud Pública*, 3 (2), 7-37.
- Stern, C., Fuentes, C., Lozano, L. y Reysoo F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45 (1), 34-43.
- Strathdee, S., Hogg, R., Martindale, S. Cornelisse, P., Craib, K., Montaner, J., O'Shaughnessy, M. & Schechter, M. (1998). Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and bisexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 19 (1), 61-66.
- Svenson, G., Ostergren, P., Merlo, J. & Rastam, L. (2002). Action control and situational risks in the prevention of HIV and STIs: individual, dyadic, and social influences on consistent condom use in a university population. *AIDS Education and Prevention*, 14 (6), 515-531.
- Thato, S. Charron-Prochownik, D., Dorn, L. Albrecht, S. & Stone, C. (2003). Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (2), 157-163.
- Tierney, L., McPhee, S. y Papadakis, M. (1998). *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. México: Manual Moderno. 1203-1228.
- Toledo, H., Navas, J., Navas, L. y Pérez, N. (2002). La adolescencia y el SIDA. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 54 (2), 152-159.

- Torres, K. y Díaz, L. (1999). Un modelo integral predictivo del uso del condón. En: R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Psicología. 93-106.
- Tulloch, H.; McCaul, K., Miltenberger, R. & Smyth, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52 (6), 263-267.
- Ubillos, S. (2000). Conducta sexual e infección por VIH. En: S. Yubero y E. Larrañaga. (Eds.) *SIDA: una visión multidisciplinar*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. 63-94.
- Villagrán, G. y Díaz, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, practicas sexuales y actitudes hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología Social*, 9 (1), 35-40.
- Villagrán, G. y Díaz, R. (1999). Conocimiento sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del, condón en estudiantes universitarios. En: R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Psicología. 83-92.
- Villagrán, G., Cubas, C., Díaz, R. y Camacho, M. (1990). Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes. Asociación Mexicana de Psicología Social. *La Psicología Social en México*, 3, 305-309.
- Villaseñor, A.; Caballero, R.; Hidalgo, A.; Santos, J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45 (1), 73-80.
- Visser, R. & Smith, M. (2001). Inconsistent user of condoms: a challenge to traditional models of health behaviour. *Psychology, Health and Medicine*, 6 (1), 41-46.
- Visser, R. & Smith, M. (2004). Which intention? Whose intention? Condom use ant theories of individual decision making. *Psychology, Health & Medicine*, 9, (2), 193-204.

-
- Walia, N. & Tak, S. (2004). Study of sexual behavior in male soldiers for STD/HIV prevention opportunities. *Indian Journal of Dermatology, Leprology & Venereology*, 70 (4), 226-229.
- Weinhardt, L., Carey, K. & Carey, M. (2000). HIV risk sensitization following a detailed sexual behavior interview: A preliminary investigation. *Journal of Behavioral Medicine*, 23 (4), 393-398.
- Weinstein, N. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12 (4), 324-333.
- World Health Organization (2000). *The female condom: a guide for planning and programming*. Recuperado el 23 de agosto del 2004 de http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_8/RHR_00_8_table_of_contents_en.html

ANEXO 1

GRÁFICAS

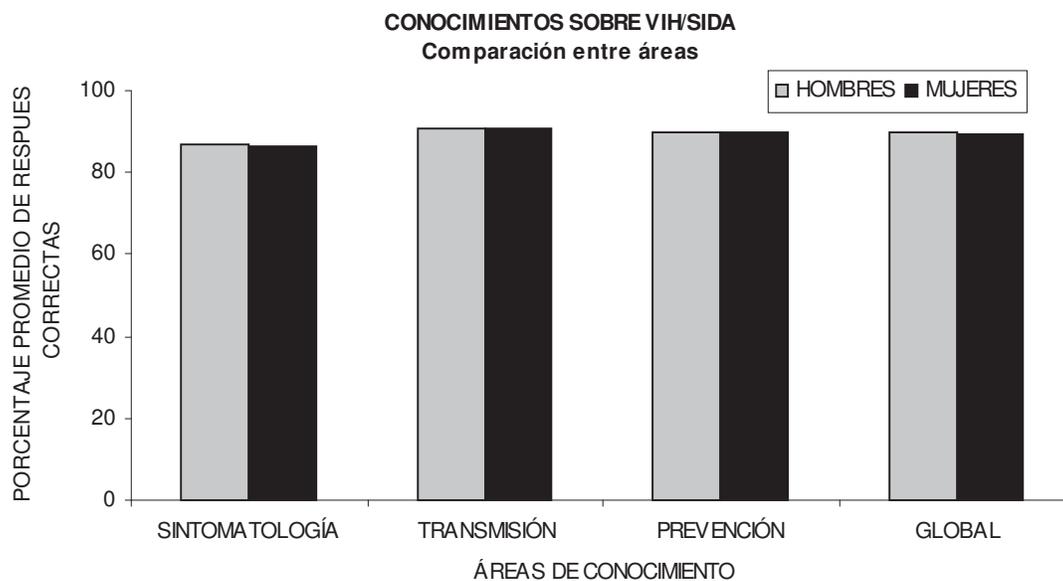


Fig. 7 Porcentaje promedio de conocimientos sobre VIH/SIDA en hombres y mujeres.

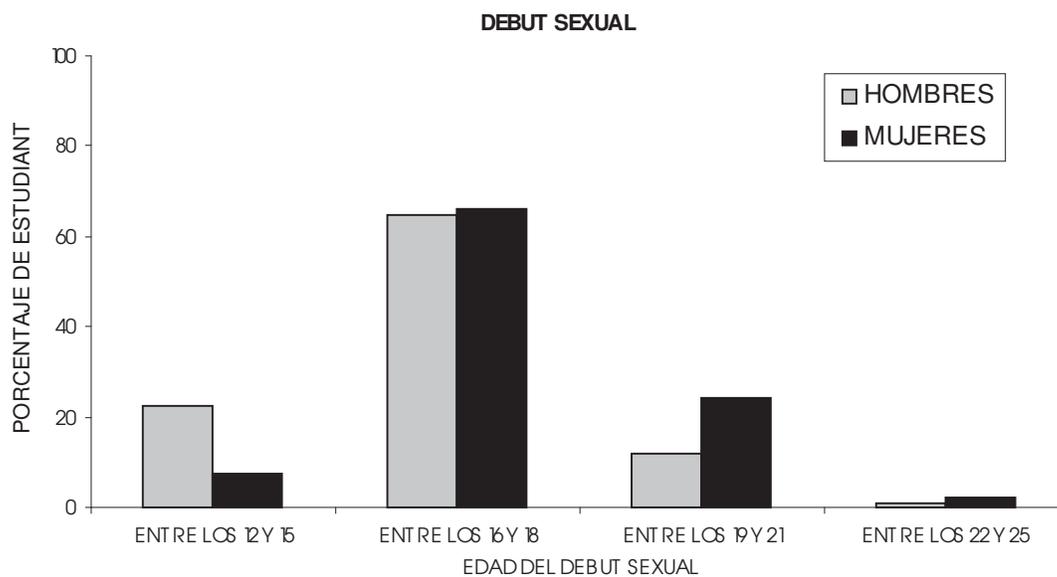


Fig. 8 Edad de inicio de las relaciones sexuales en hombres y mujeres.

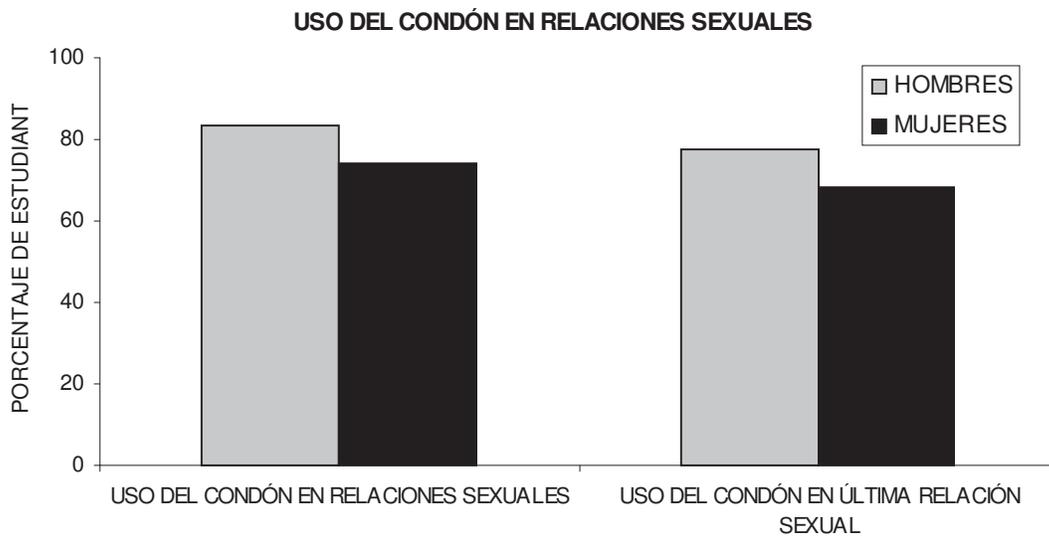


Fig. 9 Porcentaje de hombres y mujeres que han usado el condón en sus relaciones sexuales y en su última relación sexual.

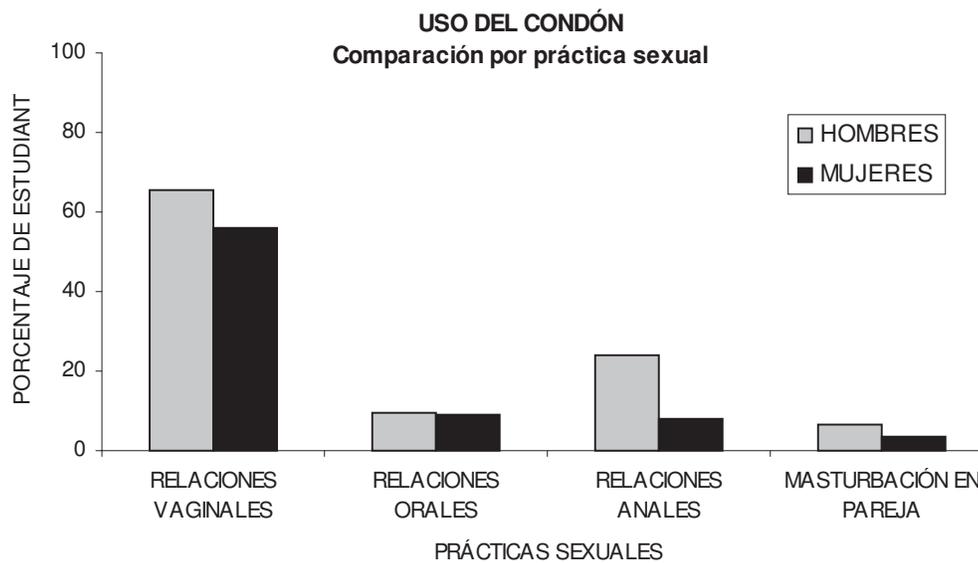


Fig. 10 Porcentaje promedio de hombres y mujeres que reportaron usar condón en cada práctica sexual.

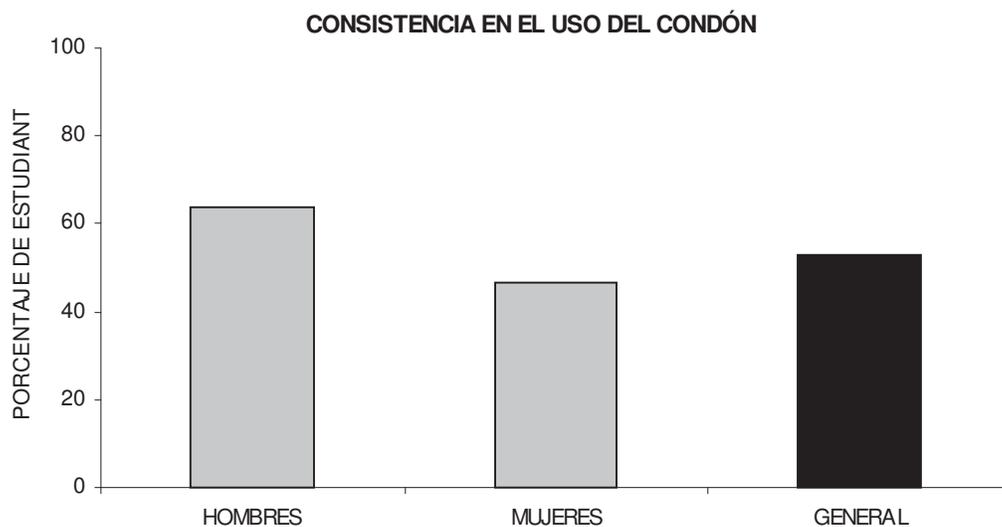


Fig. 11 Porcentaje de estudiantes que reportaron consistencia en el uso del condón.

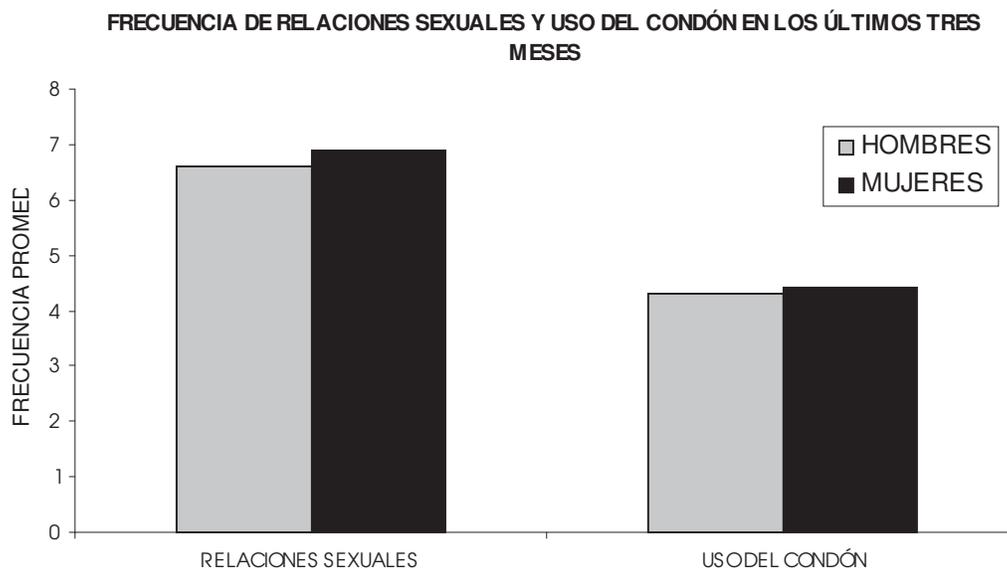


Fig. 12 Frecuencia de relaciones sexuales y uso del condón en un periodo de tres meses.

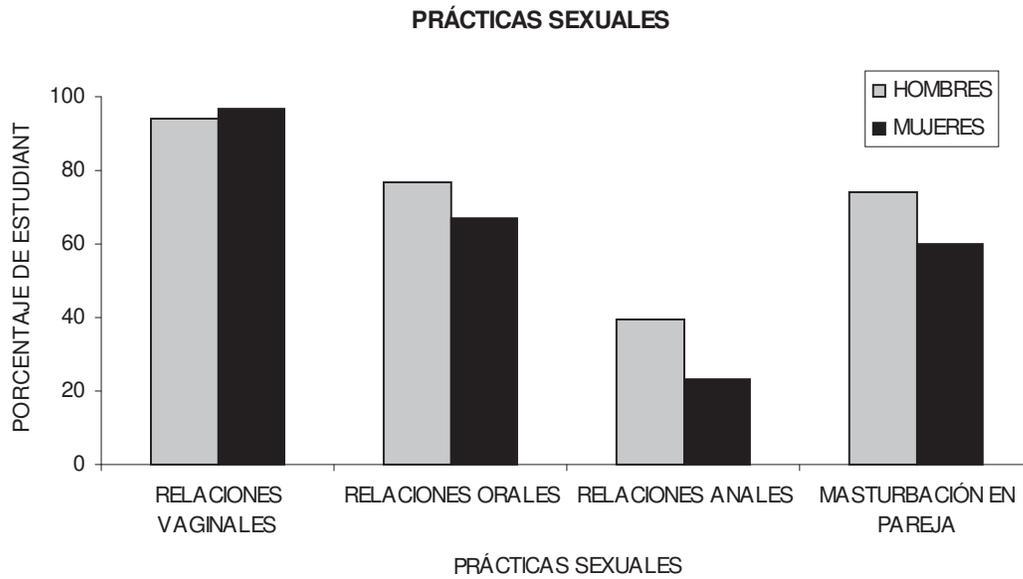


Fig. 13 Porcentaje de hombres y mujeres que realizan las distintas prácticas sexuales.

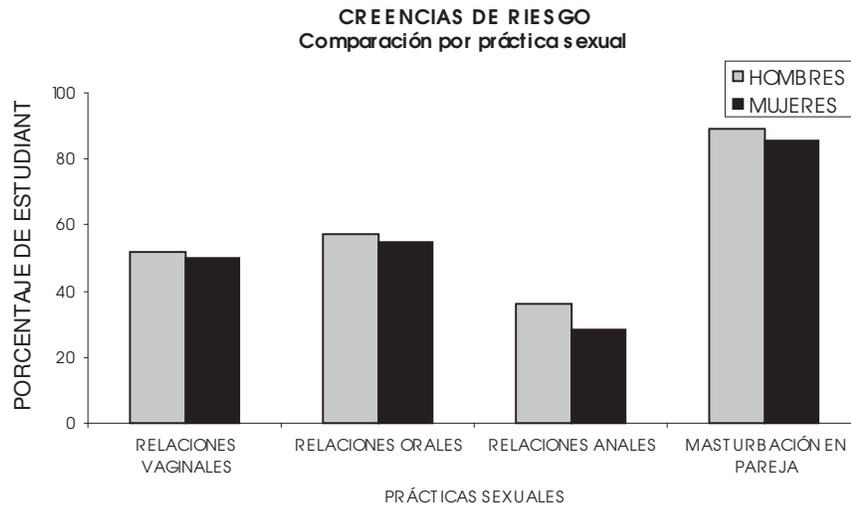


Fig. 14 Porcentaje de hombres y mujeres que tienen creencias de riesgo por cada práctica sexual.

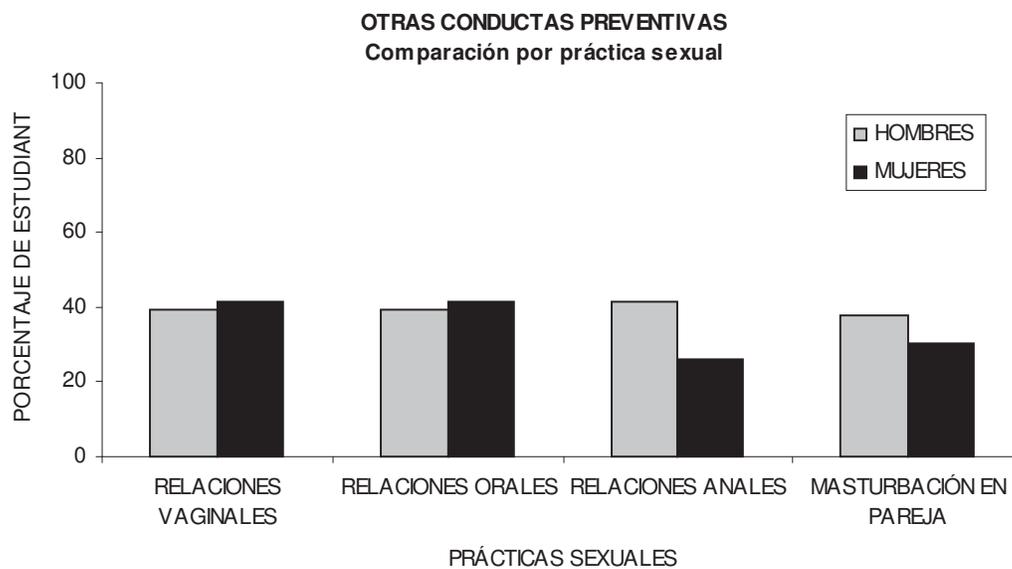


Fig. 15 Porcentaje de hombres y mujeres que presentan otras conductas preventivas en cada práctica sexual.

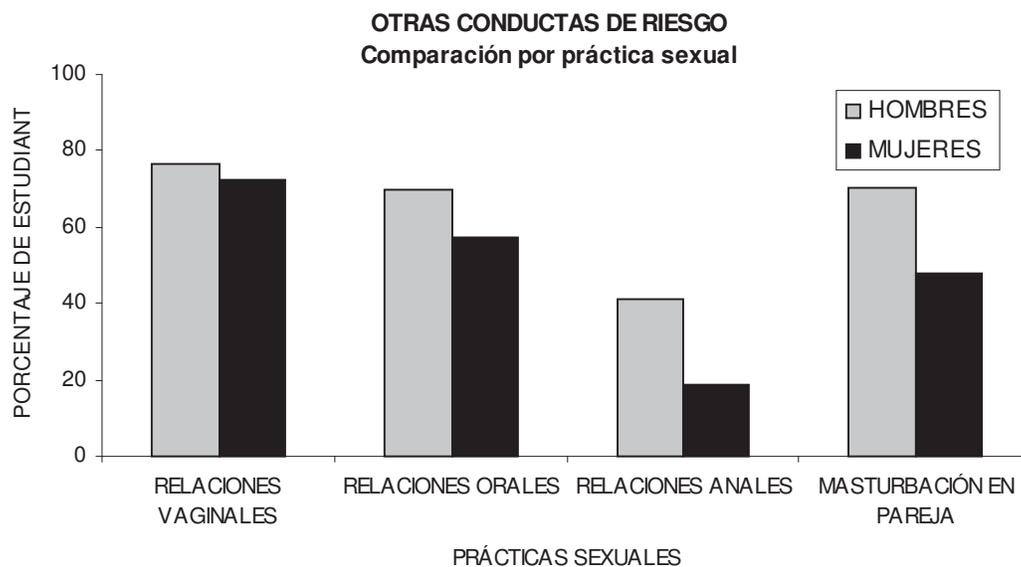


Fig. 16 Porcentaje de hombres y mujeres que presenta otras conductas de riesgo en cada práctica sexual.

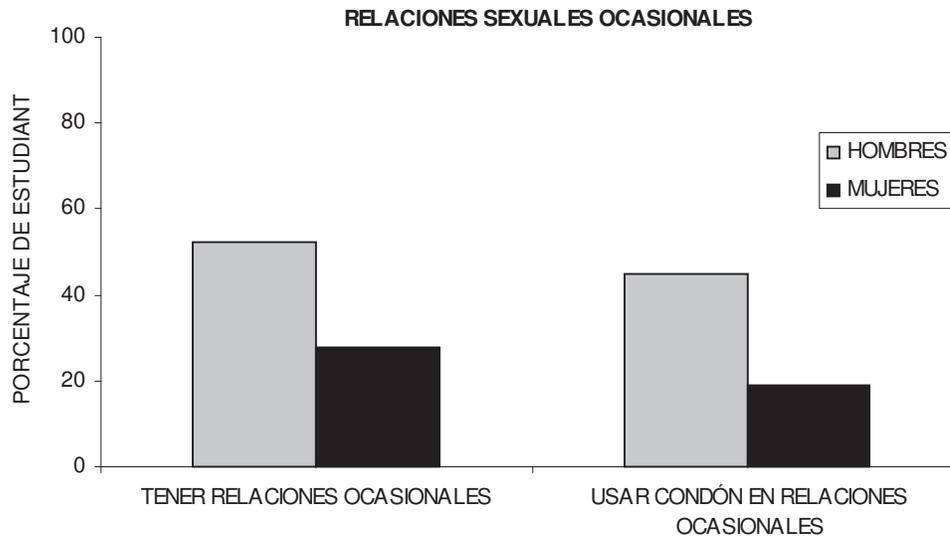


Fig. 17 Porcentaje de hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales ocasionales y que usan condón en las relaciones ocasionales.

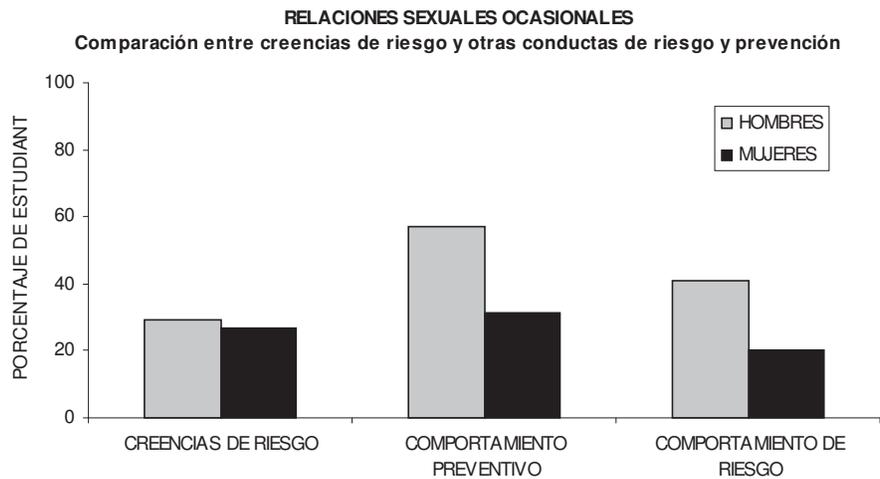


Fig. 18 Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido relaciones ocasionales teniendo una pareja estable, que presentaron creencias de riesgo y otras conductas preventivas y de riesgo.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Proyecto de Investigación:

“Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón”

**CUESTIONARIO QUE EVALÚA CONOCIMIENTOS
ACERCA DEL VIH/SIDA
Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO**

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario se desarrolló como parte de una investigación que se está realizando en la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. La información que nos proporcionas será absolutamente confidencial, por lo que te pedimos que respondas de la manera más sincera posible. El cuestionario consta de 3 partes; en cada una de ellas encontrarás las instrucciones específicas para responder. Tus respuestas no debes anotarlas en este cuestionario, sino en las “hojas de respuesta” correspondientes que te entregará la persona responsable de la aplicación del cuestionario, con quien podrás aclarar cualquier duda que te resulte.

Tu colaboración contribuirá con el desarrollo de la investigación orientada hacia la promoción de la salud en el campo del VIH/SIDA. De antemano agradecemos tu apreciable colaboración.

PARTE I.

CONOCIMIENTOS GENERALES ACERCA DEL VIH-SIDA

Versión modificada de Alfaro, Rivera y Díaz (1991)

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

1. El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.

a) Cierto	b) Falso
-----------	----------
2. La causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento.

a) Cierto	b) Falso
-----------	----------
3. Los llamados “seropositivos” son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectantes.

a) Cierto	b) Falso
-----------	----------
4. La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.

a) Cierto	b) Falso
-----------	----------
5. El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas.

a) Cierto	b) Falso
-----------	----------
6. Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos.

a) Cierto	b) Falso
-----------	----------
7. El VIH se puede transmitir en el transplante de tejido y órganos pertenecientes a personas infectadas.

a) Cierto	b) Falso
-----------	----------
8. El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas.

a) Cierto	b) Falso
-----------	----------
9. Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.

PARTE II

COMPORTAMIENTO SEXUAL

Instrucciones: Señala con una X en tu Hoja de Respuestas Parte II, la opción que consideres se asemeje más a lo que haces o has hecho en relación con tu comportamiento sexual.

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?
(a) SÍ (b) NO
2. ¿A qué edad comenzaste a tenerlas?
3. ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?
(a) SÍ (b) NO
4. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida?
5. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos tres meses?
6. ¿Cuántas veces en el último mes has tenido relaciones sexuales?
7. ¿Cuando tienes relaciones sexuales utilizas el condón?
(a) SÍ (b) NO

Si tu respuesta es No, pasa a la pregunta 12.

8. ¿Cuántas veces en el último mes has utilizado el condón?
9. En tu última relación sexual ¿utilizaste condón?
(a) SÍ (b) NO
10. Tu primera relación sexual fue:
(a) Algo que planeaste (b) Algo no planeado
11. En qué lugar ocurrió tu primera relación sexual?
(a) En casa (b) En un auto (c) En un hotel (d) En despoblado (e) En la calle
(f) Otro ¿cuál?
12. ¿Cuando tienes una relación sexual tú propones a tu pareja sexual medidas preventivas del contagio del VIH/SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual?
(a) SÍ (b) NO
13. ¿Con qué frecuencia al mes pides a tu pareja sexual estas medidas preventivas?
14. Señala con una X en tu hoja de respuestas, la frecuencia y las personas con las que tienes o has tenido relaciones sexuales:

	Siempre	Frecuente- mente	Ocasional- mente	Casi nunca	Nunca
a) Con mi pareja estable					
b) Con sexoservidores(as)					
c) Con amistades					
d) Con personas desconocidas					

Las siguientes preguntas tienen varias opciones de respuesta que están distribuidas en tres columnas (Columna 1, Columna 2 y Columna 3). **Continúa poniendo tus respuestas en la Hoja de Respuestas Parte II.** Puedes marcar todas aquellas opciones que consideres que se asemejan más a lo que haces o has hecho en el pasado, procurando marcar por lo menos, una opción de cada columna. La idea es que tus respuestas representen de la manera más fiel tu comportamiento sexual. Gracias por tu amable cooperación.

15. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones con **penetración vaginal**?:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi pareja me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja

16. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes **relaciones sexuales orales**?:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi pareja me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja

17. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones con **penetración anal**?:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi pareja me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja

18. ¿Qué haces o has hecho cuando practicas **masturbación con alguna pareja?**:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi pareja me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja

19. ¿Qué haces o has hecho cuando practicas **sexo en grupo?**:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo la historia sexual de los demás c) Los demás proponen medidas de prevención d) Complazco a los que me proponen sexo en grupo

20 ¿Qué haces o has hecho cuando tienes **relaciones sexuales ocasionales**, teniendo una pareja estable?:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) La pareja ocasional me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja ocasional.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Proyecto de Investigación en Psicología y
Salud Sexual**

HOJAS DE RESPUESTAS

HOJA DE RESPUESTAS

Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____

Folio: _____
 día mes año

Nombre de quien aplica el cuestionario: _____

DATOS GENERALES:

Nombre ó número de cuenta en la UNAM: _____

Teléfono donde te podamos localizar: _____

Edad: ____ años **Sexo:** Masculino () Femenino ()

Carrera: _____ **Semestre:** _____ **Grupo:** _____

Estado Civil: Soltero() Casado() Viudo() Divorciado() Unión Libre() Otro()

Ocupación: Estudiante() Profesionista() Técnico() Desempleado() Obrero()
 Comerciante () Otro: _____

Te consideras una persona con preferencia sexual:

Homosexual() Bisexual() Heterosexual ()

Vives: solo(a) () Vives con tu familia nuclear() Vives con tu pareja ()

PARTE I

1.- (a) (b)	15.- (a) (b) (c) (d)
2.- (a) (b)	16.- (a) (b)
3.- (a) (b)	17.- (a) (b)
4.- (a) (b)	18.- (a) (b)
5.- (a) (b)	19.- (a) (b)
6.- (a) (b)	20.- (a) (b)
7.- (a) (b)	21.- (a) (b)
8.- (a) (b)	22.- (a) (b)
9.- (a) (b)	23.- (a) (b)
10.- (a) (b)	24.- (a) (b)
11.- (a) (b)	25.- (a) (b)
12.- (a) (b) (c) (d)	26.- (a) (b)
13.- (a) (b) (c) (d)	27.- (a) (b)
14.- (a) (b) (c) (d)	28.- (a) (b)
	29.- (a) (b)

