

320825

24
20j



FUNDADA EN 1960

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

**PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**“RELACION ENTRE CONOCIMIENTO DE USO DE CONDOM
PARA PREVENCION DEL SIDA Y EL AUTOCONCEPTO
DE ADOLESCENTES DE LA CD. DE MEXICO”**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ISABEL MACHORRO DOMINGUEZ

Director de Tesis: Lic. Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION	2
CAPITULO 1 MARCO TEORICO	7
CAPITULO 2 METODOLOGIA	48
Planteamiento del problema.	49
Objetivo general.	49
Objetivo específico.	49
Definición de variables.	50
Variables dependientes.	50
Variables independientes.	50
Definición conceptual.	50
Definición operacional.	51
Hipótesis.	52
Población.	52
Muestra.	52
Tipo de muestreo.	53
Instrumentos.	53
Proceso de recolección de datos.	58
Tipo de estudio y diseño.	60
Análisis estadístico.	61

CAPITULO 3	
RESULTADOS.	62
CAPITULO 4	
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.	81
Conclusiones.	85
Alcances y limitaciones.	86
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Las actitudes tradicionales hacia el sexo, se derivan de las costumbres sociales, religiosas y supersticiones antiguas. La maldad que se atribuye al sexo, es consecuencia del acondicionamiento social. Sobre todo, esa distorsión que se da en función de la sexualidad en la adolescencia siendo una de las etapas en la que se empieza a ejercer la vida sexual. Es por esto, que el grupo de adolescentes puede adquirir enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Idealmente, a cada joven se le debiera hacer comprender que el sexo es una amorosa y placentera expresión de los sentimientos entre personas que mantienen una relación, siempre y cuando se realice en forma respetuosa, responsable y con medidas preventivas.

Se necesita un cambio de educación, partiendo ésta desde los hogares, esto es, hablando entre padres e hijos sobre la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, métodos anticonceptivos, etc.

Aunque muchos padres pueden desaprobador cualquier actitud sexual que vaya más allá de la relación sexual, no son realistas al tratar de imponer tal actitud en los adolescentes.

Las costumbres y prohibiciones del ayer, deben ser modificadas, debido a que es una realidad el hecho de que cada día más adolescentes comienzan a ejercer su sexualidad (Preston, H., y Margolin, 1978).

Con la aparición del SIDA, se hizo necesario modificar los hábitos sexuales (uso de condón, evitar contactos sexuales con personas desconocidas o casuales, evitar el intercambio de fluidos sexuales y sangre, etc.) independientemente de la preferencia sexual que se tenga.

Aunque los adolescentes saben que una medida preventiva para el contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el uso del condón, esto no necesariamente quiere decir que lleva a un cambio de actitud y de conductas en el estilo de vida.

El SIDA es una enfermedad que puede contagiar a cualquier persona, sin importar su edad, raza, condición sexual, o social.

El adolescente se encuentra en una constante evolución en su personalidad, y por lo tanto, se encuentra en formación de su autoconcepto.

El aspecto físico en el adolescente es muy importante por encontrarse en un proceso de transición de "dejar" el cuerpo del niño para "entrar" al del adulto, siendo por eso importante la atractividad y la salud misma.

Otro aspecto importante en la vida del adolescente son las relaciones que mantiene con las personas a su alrededor máxime si tiene interés por ser aceptado en su grupo social, siendo una posible vía, el ostentar una vida sexual agitada, muchas parejas sexuales, diversas experiencias, siendo la mayoría de veces solo fantasías.

En el aspecto ético-moral, los principios y valores que generalmente le fueron transmitidos son importantes, en su desarrollo estos involucran prejuicios como machismo, fanfarronería en experiencias sexuales, etc. que son reforzados por medio social que desenvuelve.

Todo esto conlleva a la formación importante del autoconcepto en el adolescente (La Rosa, J. 1986) de pocos estudios que se han hecho con referencia a medidas preventivas del VIH (métodos de barrera) en adolescentes específicamente, que es el interés de este estudio.

Para fines de este estudio, se utilizó la teoría de Morris Rosenberg, en la que postula la dinámica del desarrollo de una autoimagen positiva durante la adolescencia, para el cual el medio social influye significativamente, especialmente la familia.

Aunque se reportan pocos casos de SIDA en los adolescentes, apenas el 13.8%, en México, (Sector Salud, 1992) se deben realizar campañas encaminadas a la población con información específica.

En una investigación realizada en México, se encontró que la mayoría de los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, usan condón, y tienen una actitud favorable hacia el sexo seguro. Pero en general, se encontró que entre más conocimientos tengan los adolescentes del SIDA, existen menos mitos y estigmatizaciones de la enfermedad. (Alfaro, L., Rivera, S., Diaz, R. 1991).

En otra investigación realizada en México a 1500 adolescentes con relación al conocimiento y conductas de riesgo hacia el SIDA, se encontró que cuando los sujetos tienen pocos conocimientos sobre el SIDA, no tienen conductas de riesgo altas. Se encontró también que mayor edad, mayor conocimiento; pero también mayor conductas de riesgo. (Pérez, J. 1990)

En Irlanda se realizó una investigación de estudiantes de secundaria y sus conocimientos y actitudes hacia el SIDA, se encontró que había una tendencia de estar mayor informados los alumnos mayores de edad. (Doyle, Y., y Conroy, R. 1991).

En Canadá, en estudiantes universitarios se encontró que el uso de condón es más frecuente en los alumnos con muchas parejas sexuales, percibiendo el condón como relativamente seguros. (Hebert, Y., Bernard, J., Man, A., y Farrar. D. 1988).

En Australia, se encontró que los estudiantes de secundaria, la mayoría conocen que los condones pueden ser usados para prevenir el SIDA. (Barling, N., y Moore, S. 1990).

Ahora, entre las investigaciones de autoconcepto en adolescentes realizadas se encontró que:

En California, los estudiantes con baja autoestima personal y baja autoestima escolar obtuvieron calificaciones bajas. (Morrison. T., y Morrison, R. 1978).

En Australia, se realizó un estudio en donde se encontró que el aprovechamiento académico el autoconcepto académico son influencias, por el efecto "Self Serving" que "es la tendencia de aceptar uno mismo nuestros éxitos pero no nuestros fracasos". (Marsh, H. 1986).

En Florida, se realizó una investigación entre autoconcepto y retroalimentación de calificaciones, en donde se estableció una relación positiva alta entre retroalimentación y autoconcepto. Se encontró también que el atractivo físico, es un valor importante para la formación del autoconcepto en adolescentes. (Street, S. 1988)

En China se realizó un estudio acerca del desarrollo del autoconcepto de la niñez a la adolescencia. Se encontró que a mayor edad, el autoconcepto comienza a ser mas abstracto y menos concreto. (Lu, S. 1990).

En un estudio realizado en México acerca del autoconcepto y la percepción de los padres - hijos se encontró que la relación con el padre, fortalece el aspecto ético y la relación con la madre, el aspecto emocional. No se encontró relación con el aspecto emocional y padres. (Pick, S., Canalizo, P., y Shabot, E. 1990).

Partiendo de lo anterior, se realizó este estudio en la Ciudad de México con el propósito de establecer si existe relación entre el conocimiento de uso de condón para prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y el autoconcepto en estudiantes que se encuentran en la preparatoria, infiriendo que a mayor autoconcepto, mayor conocimiento de uso de condón.

Para conocer lo anterior, se aplicó el Diferencial Semántico de Autoconcepto (La Rosa, J., 1986) y se diseñó un cuestionario cerrado, autoadministrable de Conocimiento de Uso de Condón, que se aplicó a 130 sujetos, llegando a la conclusión que a mayor edad, mayor autoconcepto y mayor conocimiento de uso de condón; y los hombres conocen más el uso de condón que las mujeres, aunque éstas últimas tienen un mayor autoconcepto que los hombres.

CAPITULO 1
MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

Entrar al mundo de los adultos-deseado y temido- significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño. Es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de su proceso de desprendimiento que comenzó con el nacimiento.

Los cambios psicológicos que se producen en éste período y que son el correlato de cambios corporales, llevan a una nueva relación con los padres y el mundo. Ello sólo es posible si se elabora lenta y dolorosamente el duelo por el cuerpo del niño, por la identidad infantil y la relación con los padres de la infancia.

Cuando el adolescente se incluye en este mundo con este cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de su cuerpo ha cambiado, también su identidad, y necesita entonces adquirir una ideología que le permita su adaptación al mundo y/o su acción sobre él para cambiarlo (Aberastury, A., y Knobel, M., 1970).

En la adolescencia - período de transición entre infancia y edad adulta-, el individuo necesita formar una identidad propia; para ello él requiere separarse emocionalmente de sus padres y poner en tela de juicio lo que antes aceptó sin réplica: normas, valores, creencias y modelos familiares.

La adolescencia es un proceso de adaptación que reviste formas variadas. Su duración varía en cada ser según la sociedad y cultura a la que pertenece, incluso se presentan diferencias significativas según los grupos, los sectores y las subculturas de una nueva sociedad. (López, A.1982).

La adolescencia es un período comprendido de los 13 a los 20 años. Su comienzo se ve anunciado por la aparición de la pubescencia que es cuando, maduran las funciones reproductivas y los órganos sexuales primarios a la vez que aparecen las características sexuales primarias.

Hoy en día, el período de la adolescencia es más prolongado dado la razón física de que los jóvenes maduran más rápido y la razón sociológica en la que se requiere un período más largo de educación y por lo tanto una dependencia financiera más larga. (Papalia, D., y Wendkes, S., 1970).

En México, en el medio rural y suburbano ciertos aspectos de la adolescencia duran menos tiempo, debido a que ellos, los jóvenes adquieren pronto responsabilidades del adulto, por ejemplo: unión conyugal y trabajo.

En otros sectores (minoritarios), por lo contrario, la adolescencia reviste la forma característica de las sociedades industriales. En ellos el proceso de adaptación a la vida adulta se prolonga, puesto que el sistema social requiere del individuo una preparación profesional cada vez más especializada, e intenta imponer una "moratoria" para la formación de uniones conyugales estables. (López, A. 1982).

Tomando en cuenta los elementos biológicos, psicológicos y sociales, puede definirse la adolescencia como: una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta, durante la cual el joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo, y a los requerimientos socioculturales de ese momento.

Por otro lado, es importante distinguir pubertad de adolescencia. Con el término pubertad se designa a una serie de cambios biológicos, tanto en la

esfera del crecimiento físico como en el de la maduración sexual; en ella los órganos sexuales alcanza su plenitud y aparecen los caracteres sexuales secundarios. La adolescencia es la transición entre la vida infantil y la vida adulta. (Carrizo, H. 1982).

La pubertad termina cuando el individuo está biológicamente maduro y cuando debería estarlo socialmente.

No hay transiciones netas entre la pubertad y la adolescencia. Este es un período de grandes cambios en el aspecto externo del individuo y en su personalidad. Cambia la vida social del adolescente, especialmente en la relación con su familia y con sus actitudes: adquiere mayor independencia y mayores responsabilidades, siendo esto último en especial en países subdesarrollados. (San Martín, H. 1957).

Los caracteres sexuales son las diferencias morfológicas que distinguen a los seres humanos en hombres y mujeres; los que están presentes desde el nacimiento se llaman primarios: aparatos genitales masculino y femenino; mientras que los que se desarrollan en la pubertad se denominan secundarios, que son producto de la acción de las hormonas que comienzan a producirse con la pubertad. Entre los más sobresalientes son: el desarrollo mamario, la dimensión de la cintura escapular en la relación con la cintura pélvica, es distinta en hombre y mujer, la distribución de la grasa subcutánea, la distribución de vello, la aparición de vello facial, y el tamaño de laringe entre otras. (Rubio, E. 1982).

Ahora bien, a los adolescentes les preocupa constantemente su apariencia física, siendo importante para su autoconcepto, qué tan atractivos les

consideran las personas jóvenes. En general, los adultos que se consideraban a sí mismos como atractivos durante su juventud tiene una autoestima más alta y son más felices que las personas menos atractivas.

En la adolescencia, llega a destacarse la sexualidad. La imagen que las personas jóvenes tienen de sí mismas y su relaciones con sus iguales y con sus progenitores está relacionado con la sexualidad. La habilidad de la interacción sexual es más importante para mejorar la comunicación, tales como la búsqueda de nuevas experiencias, para proporcionar madurez, para estar a tono con los compañeros de grupos, para lograr acabar con las presiones y para investigar los misterios del amor. (Papalia, D., y Wendkess, S. 1970).

La sociedad, a través de sus instituciones, influye en los individuos para que éstos adquieran las actitudes, normas, y pautas de conducta que les permitan integrarse como miembros activos en el sistema socio-cultural establecido.

Este proceso llamado socialización, pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia. El adolescente debe adaptarse a los requerimientos del sistema socio económico: la sociedad le exige que sea responsable; que comience a ser productivo y que se prepare con seriedad a la vida adulta. Sin embargo, no le ofrece ni un status, ni un rol bien definido; por una parte se le sigue tratando como un niño y por otra parte se le denomina que se comparte como un adulto; en ocasiones se le pide dependencia, mientras que en otras se le recrimina por falta de autonomía.

La posición tan ambivalente de la sociedad con respecto al adolescente, influye en como se presentan en él, las crisis de identidad. El joven necesita contestar las incógnitas de ¿quién soy? y ¿qué quiero?, con un limitado número de opciones que la sociedad le ofrece, para después, en su vida adulta, enfrentarse a un sin número de alternativas. (Olguin, P. 1982).

La familia, como institución social que permite a la especie reproducirse biológica y culturalmente, ocupa un lugar clave en la estructura social.

La familia es el lugar privilegiado de la educación sexual. A través de ella se puede lograr que los cambios iniciales se persigan hasta la transformación de la sociedad mexicana de acuerdo con los valores, por ahora ideales, la igualdad de oportunidades, bienestar y pleno desarrollo de las personas en el seno de la familia (López, A. 1982).

Existen dos tipos de padres: los democráticos que tratan de "legitimar" el ejercicio de poder explicando por qué., dando así adolescentes con una autoestima elevada y el ser capaces de valerse por sí mismos; los segundos, los padres autoritarios o autocríticos, que tienen poca comunicación con sus hijos y provocan, con mayor frecuencia que éstos presenten falta de confianza, independencia y baja autoestima. (Gallou, P. 1977).

Las relaciones entre los jóvenes y sus progenitores no son siempre fáciles. A menudo los adolescentes experimentan conflictos entre su deseo de independencia de sus padres y el darse cuenta de la forma que dependen de ellos. (Papalia, D., y Wendkness, S. 1970).

Para los adolescentes es importante la búsqueda de identidad. La autoconciencia del adolescente se traduce en gran medida en una incómoda autoobservación, en la preocupación de sus cualidades. (Stone, J., y Church, J., 1972).

El objetivo principal que corresponde alcanzar al adolescente es lograr alcanzar una identidad diferenciada y estable. Se puede decir que un individuo tiene identidad cuando su personalidad se integra en un todo y le permite diferenciarse de los demás.

La identidad podría resumirse en la formulación del yo-soy-yo, para lo cual debe quedar bien definido el no-yo.

Para salir del estado de indiscriminación infantil y lograr el límite real el yo y el no-yo se presenta la llamada "crisis de identidad" en la cual el individuo se pregunta entre otras cosas, quién es, cómo se percibe, a sí mismo, cómo se proyecta al mundo, qué quiere hacer en la vida.

La identidad se encuentra en el núcleo del individuo, ligado a su cultura próxima como un conjunto afectivo e intelectualizado, dentro del contexto ético.

La identidad se constituye a través de identificaciones sucesivas. Así, la identidad con uno mismo (individual) tiene como base la identidad del otro (identidad social). Estas identificaciones generan nuevas modalidades en el sentimiento de seguridad, en el interés cognoscitivo, en la elaboración de la experiencia y en la afiliación solidaria de los ideales.

La identidad sexual, que es parte de la identidad general, que comienza a formarse a temprana edad y entra en conflicto cuando el adolescente tiene que abandonar el rol de niño o niña, para adoptar el varón o mujer. (Olguín, P. 1982).

Las características fundamentales de las situaciones antes enunciadas como síntomas, y que conforman el "síndrome normal de la adolescencia" son: la búsqueda de sí mismo y la identidad, tendencia grupal; necesidades de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario; evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad; contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de éste período de la vida; una separación progresiva de los padres y constantes fluctaciones del humor y del estado de ánimo.

El adolescente manifiesta conductas que pueden no adecuarse a reglas socialmente aprobadas. Esto es lo denominado "síndrome normal de la adolescencia" en donde existe conductas que son adaptativas y estructurantes de la personalidad, y por lo tanto no son patológicas, ya que cuentan para la formación del adolescente. (Aberastury, A., y Knobel, N. 1970).

El desarrollo psicológico del adolescente se caracteriza por tres procesos básicos: el desarrollo de la capacidad del pensamiento abstracto y conceptual, la búsqueda de la propia personalidad y la maduración de las actitudes sexuales. Pero el paso más difícil en la adolescencia, es el desarrollar la conciencia de los valores básicos y fortalecer sus controles para actuar en sociedad, pero al mismo tiempo está empujado a la acción anárquico por su instinto pujante. (San Martín, H. 1957).

Es preciso destacar que el poder llegar a utilizar la genitalidad en la procreación es un hecho biosicodinámico que determina una modificación esencial en el proceso del logro de la identidad adulta y que caracteriza la turbulencia e inestabilidad de la identidad

adolescente.

El niño entra en la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, para salir luego a la madurez estabilizada con determinado carácter y personalidad adultos. Se logra lo que Erikson ha definido como una entidad yoica, una entidad personal, y lo que Nixon ha denominado la autocognición, Según éste último autor, la autocognición es un fenómeno esencialmente biológico y se relacionada con el concepto de "si mismo" (self) o sea, el símbolo que cada uno pueda poseer de su propio organismo.

La idea del sí mismo o del "self" implica algo mucho más amplio en todas las etapas del desarrollo. Es en conocimiento de la individualidad biológica y social, del ser psicofísico en su mundo circundante que tiene características especiales en cada edad evolutiva. La consecuencia final de

la adolescencia sería un conocimiento del sí mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial de cada ser en ese momento de la vida. Al concepto del "self" como entidad psicológica, se une al conocimiento de substrato físico y biológico de la personalidad. El cuerpo y el esquema corporal son dos variables íntimamente relacionadas que no deben desconocerse en la ecuación del proceso de definición del sí mismo y de la identidad.

El logro de un "autoconcepto" es lo que también Sherif y Sherif llaman el yo, desde el punto de vista psicológico no-psicoanalítico señalando que este autoconcepto se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que acerca de él mismo tienen muchas personas, grupos e instituciones, y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social, (Aberastury, A., y Knobel, M. 1970).

Antes de proseguir con lo relativo de autoconcepto en adolescentes, es preciso retomar un poco de historia.

El autoconcepto es una parte importante de la personalidad, siendo éste reflejado, aún sin ser su propósito, desde la antigüedad, por el popular dicho griego: "Conócete a tí mismo", para estar en equilibrio.

William James es identificado como uno de los primeros psicólogos en estudiar el sí mismo. Según el autor se puede hacer una distinción entre el yo y el mí, conforme se considere el conocedor (yo) o el conocido (mí), o bien, el agente de la experiencia y el contenido de la experiencia. El sí mismo de un individuo, conforme James, es la suma de el todo que se puede llamar lo suyo, incluyendo su cuerpo, familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social.

Cooley escribió sobre el sí mismo desde una perspectiva más sociológica, postulando que no tiene sentido pensar en el sí-mismo fuera de el medio social en el cual está inmerso. Es decir, la concepción que un individuo tiene de sí-mismo, es determinada por la percepción de las reacciones que otras personas manifiestan hacia él.

Mead integra las perspectivas de James (yo-mi) según la cual el sujeto se convierte en objeto para sí-mismo y de Cooley, que percibe el sí mismo como fenómeno social. Además, Mead organiza estos puntos de vista a partir de los símbolos, los cuales, conforme el autor, diferencian el comportamiento humano de otras formas de interacción.

Rogers tiene como principal preocupación las actitudes hacia él sí mismo, es decir, las percepciones de una persona respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos y relaciones en su medio social. La autoestima, es la aceptación de uno mismo. Para éste mismo autor, el autoconcepto es una "fotografía organizada" y una gestalt organizacional del sí-mismo lo que significa que organización y conciencia son propiedades del sí mismo. "La estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones del sí mismo, las cuales pueden ser conocidas".(Rogers, 1950, citado en Cuelli, J., y Reidl, L. 1972).

Newcomb y Sherwood enfatizan que el sí mismo y la ocurrencia de autoevaluaciones son el resultado de procesos sociales que involucran apreciaciones reflejadas provenientes de otras personas significantes, resaltando también el desempeño de roles sociales.

Una perspectiva relacionada con la anterior, es la teoría del grupo de referencia y encuentra en Sherif y Sherif, y Manheim, algunos de sus representantes, en donde resaltan el contenido de las identificaciones grupales para el individuo y la función de tales identificaciones como puntos de referencia en la autopercepción y en la autoevaluación.

Morris Rosemberg piensa que la dinámica de desarrollo de una autoimagen positiva durante la adolescencia, para el cual el medio social influye significativamente, especialmente la familia.

Stanley Coopersmith piensa que la autoestima es un concepto más complejo que involucra evaluación del sí mismo, reacciones defensivas y otros correlatos. Contiene, además de la actitud de evaluación, una connotación afectiva que acompaña la evaluación. Es decir, "la autoestima es un juicio personal sobre la dignidad de uno expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo y también es "la extensión en que la persona cree ser capaz, significativa, exitosa y digna".(Coopersmith, S. (1959), citado en La Rosa, J. (1986).

Para William Fitts, el autoconcepto revela al individuo en aspectos fundamentales de la personalidad, lo que permite a las personas dedicadas a la ayuda a comprender mejor en cliente y planear una adecuada asesoría en el proceso de rehabilitación y autoactualización (situado en el área clínica y asesoramiento psicológico).

Wells y Marwell afirman que "la forma en que una persona actúa y realísticamente se percibe y se estima, es comunmente denominada el sí-mismo real o, simplemente el autoconcepto".

Byrne afirma que "En términos generales, el autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos; en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social." (Byrne, B. 1984).

Shavelson, Hubner y Stanton observan que "en términos amplios, el autoconcepto es la percepción que una persona tiene de sí misma". (La Rosa, J. 1986).

Adler dentro de su descripción de conducta humana piensa que hay un "self" creativo y un "self" consciente. El primero dice que el hombre crea una estructura del sí mismo, a partir de un pasado hereditario, interpreta las impresiones que recibe durante el transcurso de la vida y busca nuevas experiencias para realizar sus deseos de superioridad. En el "self" consciente, el hombre se da cuenta de todo lo que está haciendo y en base al autoexamen puede deducir, el porqué de haber actuado en ciertas formas descritas.

Karen Horney considera que cada individuo, partiendo de su "self" real o actual, desea lograr una realización completa de todas sus necesidades para alcanzar el máximo de su desarrollo, y que esto es un sentimiento universal. Para poder alcanzar esta autorealización, el hombre debe tener un "self" idealizado al cual pueda seguir como modelo. (Horney, K. 1937; citado en Cuelli, J., y Reid, L. 1972).

Considerando que algunos autores son importantes debido a que contruyeron escalas que medían autoestima y autoconcepto. Estas escalas fueron encontradas en algunos artículos y los autores fueron:

Coopersmith desarrolló una escala para medir autoestima que en la opinión de Crandall mide actitudes evaluativas en relación al sí mismo, en diversos dominios.

William Fitts construyó una escala multidimensional que es "The Tennessee Self Concept Scale" TSCS.

Rosemberg desarrolló una escala para medir autoestima, que pretende ser unidimensional. Según Crandall, el instrumento probablemente mide el aspecto de autoaceptación de la autoestima.

Entre las investigaciones más importantes se encontró:

La autoestima es importante para el rendimiento académico. Se realizó un estudio en California en el que se administró a 67 estudiantes el Coopersmith Self-Esteem Inventory y el Marlowe-Crowe Social Desirability Scale y se encontró que los estudiantes con baja autoestima y baja autoestima escolar lograron calificaciones bajas, al nivel con sus calificaciones actuales. Se encontró también que a medida que la sociabilidad aumenta, es proporcional la autoestima del estudiante. (Morrison, T., Morrison, R. 1978).

Para probar supuestos sobre la multifacética estructura del autoconcepto como fué hipotetizada por Shalvenson, Hunbner y Stanton que afirmaron que el autoconcepto; en términos generales, es "una de las percepciones de nosotros mismos, y que esas percepciones derivan de las interacciones con otras personas significantes, autoatribuciones, y los aspectos de experiencia del ambiente social". Hipotetizaron que la estructura del autoconcepto es tanto multidimensional como jerárquica, con percepciones

de conducta en base a inferencias acerca del "self" en subáreas (por ejemplo: académico, inglés, matemáticas) para deducir el "self" en áreas académico y no académico, y finalmente para deducir el "self" general. Además, postularon que el autoconcepto comienza a aumentar multifacéticamente con la edad, y es diferente de otros constructos psicológicos, tales como el aprovechamiento académico, coincidiendo en sus resultados. Y el segundo propósito del estudio fué determinar si el autoconcepto académico es correlacionado con de las calificaciones académicas. Se aplicaron el Self Description Questionnaire (III) (SDQ III) y el Affective Perception Inventory (API) a 991 estudiantes, 516 hombres y 475 mujeres, de 2º. y 3er. grado de secundaria, de escuelas urbanas, en Ottawa, Canadá. Se encontró que el sostén de estructura multidimensional del autoconcepto, el autoconcepto general que es distinto del autoconcepto escolar. (Byrne, B., Shavelson, R., 1986).

Se realizaron 3 estudios acerca de efecto "Self-Serving" (SEE) para saber si existe relación entre el aprovechamiento académico y el autoconcepto. El Efecto " Self-Serving" es "la tendencia de aceptar uno mismo nuestros éxitos pero no nuestros fracasos;" dos de los estudios fueron hechos con 226 y 559 estudiantes de 5º. años de primaria y uno con 122 estudiantes de 3º. de secundaria. en Sydney, Australia. Se demostró que la importancia del Efecto "Self-Serving" es más vasto para: atribuciones de habilidades y esfuerzos que causas externas; estudiantes con autoconceptos académicos altos; estudiantes más capaces; estudiantes que se infiere que

tienen altos autoconceptos por maestros y semejantes y quizá estudiantes jóvenes. Se argumenta que el aprovechamiento académico y el autoconcepto académico son influencias no motivadas por el "Self-Serving". (Marsh, H., 1986).

En un estudio realizado en California, en el que se contrastó el aprendizaje de adolescentes inhabilitados y habilitados con tres variables: los estados de desarrollo psicosocial de Erickson, autoconcepto y conducta delictiva. La muestra de adolescentes fué de 39 estudiantes y la de adolescentes habilitados de 47. Los resultados indicaron que los sujetos inhabilitados de aprendizaje, debido a años de debilidad en tareas de escuela, fueron incapaces de desarrollar el sentido de industria y competencia. Mientras estos estudiantes se sentían pocos populares e inferiores acerca de sus habilidades académicas, el autoconcepto de la muestra inhabilitada de aprendizaje no fué significativamente diferente que los sujetos en comparación. (Pickar, D., y Tori, C. 1986).

Se realizó otra investigación en Florida, para examinar la relación que hay entre autoconcepto y retroalimentación en calificaciones con un grupo experimental que incluyó 80 estudiantes de los últimos grados de secundaria y un grupo control con 30 alumnos en igualdad a los anteriores. Ambos grupos contestaron el Trait Evaluation Scale (TES) que es un inventario autodescriptivo y breve de 10 rasgos, seis positivos tales como

divertido, amigable, leal, confiado en sí mismo, atractivo y simpático; y 4 negativos, ineficiente, inconsiderado, irritable y actitud negativa que fué construido por el examinador del estudio.

Se encontró una relación positiva alta entre retroalimentación y autoconcepto. Los resultados también sugieren que las cualidades atractivas, valor importante para la gente joven, continúa siendo un punto importante para la formación del autoconcepto en los adolescentes. (Street, S. 1988).

En Montreal, se realizó un estudio para examinar el efecto de la colocación de clases especiales en el autoconcepto de niños con dificultades de aprendizaje. Los resultados reflejan una fuerte unión entre la dificultad de aprendizaje y un bajo autoconcepto. Aparecieron algunas diferencias entre sexos, lo cual sugiere que las niñas con dificultades de aprendizaje demuestran un autoconcepto más bajo que los niños con dificultades de aprendizaje. (Beltempo, J., y Achille, P. 1990).

En China se realizó una investigación acerca del desarrollo del autoconcepto de la niñez a la adolescencia. Se llevo a cabo a 234 hombres y 275 mujeres de la Universidad de Beijing, la aplicación de un cuestionario cerrado, el Twenty Statement Test (TST). Los resultados de este estudio sostienen la hipótesis general, que con el aumento de edad, el autoconcepto comienza a ser más abstracto y menos concreto. En comparación con estudiantes chinos y estudiantes americanos indican que hay diferencias, en donde parece que los estudiantes americanos desarrollan un autoconcepto abstracto más temprano que los estudiantes chinos. (Lu, S. 1990).

Se realizó un estudio en Australia, en donde se buscaba información de los efectos del autoconcepto del adolescente, empleados, desempleados y los que volvían a la escuela. Se aplicó el Offer Self - Image Questionnaire (OISQ) y el Children's Depression Scale, a un total de 129 adolescentes que regresaban a la escuela, 47 que llegaron a ser empleados y 40 desempleados. Se encontró que efectos negativos claros y consistentes de la experiencia de desempleo en adolescentes. Así como, menos consistente, los efectos de conseguir empleo. Los estudiantes que regresaron a la escuela reportaron un pequeño cambio en su autoimagen o/y en depresión. (Patton, W., y Noller, P. 1990).

En otro estudio realizado en Jacksonville, Florida, acerca del autoconcepto en adolescentes embarazadas, siendo un total de 27, aplicándosele el Culture Free Self - Esteem Inventory y el Coopersmith Self Esteem Inventory. Se demostró que algunas chicas tenían una autoestima baja. Algunas se exhibieron menos defensivas y probablemente tienen una tendencia positiva hacia ellas mismas aunque no sea esto verdadero. En general, parece ser que sintieron ser más aceptadas por sus semejantes que por sus padres. También se encontró problemas en el self académico. (Drummond, R., y Hansford, S. 1991).

Se realizó un estudio más en la Cd. de México en el que el objetivo era conocer la relación entre el autoconcepto y la percepción de los padres - hijos. Se aplicó a 298 hombres y mujeres, las 4 subescalas del instrumento de La Rosa: ocupacional, ético, social y emocional, y la Escala de

Relación Padres - Hijos. Se observó una relación significativa entre aspectos de autoconcepto y de percepción de la relación padres - hijos. Se encontró una percepción de la relación con el padre en cuanto al aspecto ético con el autoconcepto, la percepción de la relación con la madre se encuentra más cercana en cuanto al autoconcepto emocional. No se encuentra relación con los padres en el aspecto ocupacional. La relación entre el área de autoconcepto social con la percepción de límites de padre y la honestidad de la madre una vez apuntando al papel de autoridad, o de figura sistemática del padre y al aspecto interno de la madre es importante. (Pick, S., Canalizo, P., Y Shabot, E. 1990).

Como se mencionó anteriormente, el aspecto social del autoconcepto del adolescente es importante, ya que es probable que a esta edad se comience a ejercer vida sexual, como medio de aceptación en grupo social y si no se tienen las medidas preventivas adecuadas, se pueden contagiar de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Pero para continuar, es preciso retomar antecedentes de ésta última enfermedad.

En junio de 1981, son verificados 5 casos de neumonía por *Pneumocytis carinii* en hombres jóvenes homosexuales de la ciudad de Los Angeles. Las principales manifestaciones fueron fiebre, fatiga y malestar, varios meses atrás de la neumonía. Además, cuando eran hospitalizados tenían candidiasis y otras enfermedades oportunistas.

En Nueva York y California, aparecen en jóvenes homosexuales casos de Sarcoma de Kaposi y más de neumonía por *Pneumocytis carinii*. Debido a

esto, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica organiza un equipo de trabajo y para 1982, el CDC detecta 593 casos de lo que designa como Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

En 1983, Montaigner y Gallo, son los primeros en identificar y aislar el virus causal del SIDA.

La hipótesis más factible es que su origen se remonta en África Central, siendo el lugar en donde se han detectado retrospectivamente sueros positivos de mayor antigüedad, desde 1959 aproximadamente. (Soberón, G., 1988).

El Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus que caracterizan por producir infección persistente en las células. El VIH se "esconde" en el interior de las células que infecta. El virus incorpora sus genes a los genes de las células y puede permanecer allí, sin multiplicarse activamente, por años. De esta manera el sistema inmunológico, al no estar en contacto con el virus, "no se entera" de su presencia más que en el momento en que éste empieza a multiplicarse y los nuevos virus salen al exterior de la célula. El VIH cambia a gran velocidad su composición externa, de manera que una vacuna basada en la estructura inicial al virus ya no funciona para la nueva composición del mismo. La vacuna tendría que reconocer las innumerables variantes del VIH para poder proteger eficazmente contra la infección. (Rico, B., y Uribe, P. 1990).

El SIDA significa: Síndrome (conjunto de síntomas de más de una enfermedad) de Inmunodeficiencia (falta de defensas contra las enfermedades) Adquirida (que se contrae). El virus que causa el SIDA (VIH, ataca el sistema inmunológico del cuerpo (las defensas contra las infecciones) dejando a la persona afectada sin protección contra padecimientos graves. Se puede estar infectado por VIH durante 8 años o más sin presentar síntomas o desarrollar la enfermedad. Durante ese tiempo, las personas infectadas pueden transmitir el virus a otras sin saberlo.

El sexo seguro es el evitar el contacto sexual en el que pueden entrar en el cuerpo de una persona semen infectado, fluidos vaginales y/o sangre infectada (incluyendo sangre menstrual). Aunque el virus puede pasar a través de las membranas mucosas (por ejemplo, en la vagina o el pene) al parecer no penetra en la piel sana y no maltratada. Así, puede considerarse como seguro el contacto de fluidos sexuales con la piel intacta y sana. Durante la penetración sexual (cuando el pene entra en la vagina o el ano) es más seguro usar condones, que impiden que los virus alojados en los fluidos sexuales pasen de una persona a otra. (ACCION EN SIDA, 1990).

Las principales conductas de riesgo es el tener relaciones sexuales con alguna persona a la que no se conoce lo suficiente como para saber con quién más ha tenido relaciones o se sospecha que ha tenido relaciones con otras persona, el utilizar jeringas usadas, al recibir sangre que

contenga el virus VIH, si una mujer tiene el virus y se embaraza, contagio a su bebé durante el embarazo o el parto. (Muna, R., y Borucki, M. 1992).

Existe 3 formas comprobadas de transmisión de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

- 1.- Por vía perinatal, es decir, cuando una madre infectada por el virus se lo transmite al producto, tanto en forma transplacentaria, durante el parto y al parecer a través de la lactancia.
- 2.- Por transmisión sanguínea de personas infectadas, por medio de agujas contaminadas, transfusión de sangre y/o hemoderivados.
- 3.- Por contacto sexual, que es donde existe intercambio de líquidos corporales, tales como sangre, fluidos vaginales y semen; en relaciones homosexuales masculinas y heterosexuales, tanto de hombre hacia la mujer como de mujer hacia el hombre.
(Sepúlveda, A., Valdespino, J., Izazola, J. 1988).

Esta última forma de transmisión es la más usual en el mundo. En México ataca principalmente al grupo de edad de 25 a 44 años (el 65.9%) repercutiendo, entre otros factores, en la economía nacional del país, ya que dicho grupo se encuentra en una edad productiva. (Sector Salud, 1991)

Además, el SIDA es una enfermedad muy costosa. Los gastos directos son elevados por el tiempo prolongado de hospitalización y por las onerosas intervenciones que durante ella se realizan. El aumento de costos indirectos se debe a que el SIDA se presenta en personas en edad productiva. (Soberón, G., 1988).

Además, existe otra forma de transmisión de Virus de Inmunodeficiencia Humana, aún no del todo comprobada, siendo por el trasplante o injerto de tejidos y órganos infectados a personas sanas.

La situación del SIDA en el mundo hasta el 1º. de abril de 1991, registrada por la Organización Mundial de la Salud fué de 345, 534 casos de SIDA. (Sector Salud, 1991).

La Organización Mundial de la Salud relevó que, según sus cálculos, entre 30 y 40 millones de personas en el mundo serán seropositivos antes del año 2000. De éstos, unos 18 millones estarán enfermos de SIDA. (Periodico El Nacional , 1992).

La misma organización ha notificado 268, 445 casos de SIDA en 45 países de América. Los países más afectados, en cuanto al número de casos son; Estados Unidos, Brasil y México. (Sector Salud, 1992).

	No. de casos	%	Tasa x 1000 000 hab.
EUA	213,641	7.6	867
Brasil	22,583	8.4	156
México	9,802	3.6	121

Esto quiere decir, que en el país, se presenta un promedio de 6.6 nuevos casos diarios. (Periodico Excélsior, 1992).

La ocupación que acumula la mayor parte de los casos de SIDA en México es la de los empleados administrativos.

Las tasas más bajas se siguen registrando en amas de casa, trabajadores agrícolas y estudiantes, siendo el número de casos notificados de estos últimos 251, con un 2.9 % y una tasa de 22 por cada 1 000 000 de habitantes.

El 13.8 % está entre los 15 y 24 años, siendo parte de la edad de la muestra que fué escogida para este estudio. (Sector Salud, 1992).

C. Bustamante, J. C. Sansores y M. C. Segura R., señalaron por separados que cada 4 hombres existe una mujer contagiada de SIDA en el Distrito Federal. (Periodico EL Nacional, 1992).

Los jóvenes, al comenzar a ejercer su vida sexual, representan un grupo de riesgo de adquirir la infección del virus del SIDA debido a sus prácticas sexuales. Según el Consejo Nacional de Población en una encuesta realizada en 1988, reflejó que la sexualidad de los estudiantes de Educación Media del país que el 23.3 % de los jóvenes habían tenido relaciones sexuales antes de la entrevista y que la mediana de la edad inicio fué de 15 años, siendo el 78.1 % con un amigo (a), 18.3 % con una prostituta, el 1.3 % con el esposo (a) y el 2.2% con una persona no especificada. (Valdespino, J. 1989).

Es por esto, que tomando como punto de referencia la definición de adolescencia de la Organización Mundial de la Salud, este proceso "es principalmente biológico, trasciende al área psicosocial y constituye un período en el cual se inicia y se busca perfeccionar la madurez de la personalidad, la capacidad de abstracción y como resultado de todo ello, la adaptación armónica al medio familiar y comunitario". (Suárez, O. 1985). En este caso, la trascendencia en el área psicosocial, le confiere a los adolescentes y a los adultos jóvenes, una serie de factores de riesgo a la

infección por HIV, como es el hecho de que el mecanismo de transmisión más frecuente es el sexual (Sector Salud, 1992) y es precisamente en esta etapa en donde se lleva a cabo una importante actividad en ésta área, y en donde se definen en gran medida las conductas sexuales del individuo. Aunque el mayor grupo de casos reportados en México es entre los 25 y 44 años, se debe considerar el prolongado período de incubación que tiene el HIV, lo cual sugiere que la infección se puede contraer a edades menores. Además, tomando en cuenta que los casos de SIDA por ocupación en México han sido en grupos de empleados administrativos, nos habla que el adolescente y el adulto joven puede contraer la enfermedad, tanto por edad como por ocupación. Es por esto, que se piensa en programas preventivos de infección de HIV, dirigidos a grupos específicos, como lo sería el caso de adolescentes y adultos jóvenes de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la que puede servir de modelo para aplicar en otros niveles escolares. además se debe integrar un equipo médico interdisciplinario que brinde asesoría y vigilancia epidemiológica, médica y psicológica a estudiantes o profesores y contactos de riesgo del infección por HIV o seropositivos sintómas. (Gorab, A., Hernández, L., Rescala, E., del Río, B., y Niesvizky, R. 1990).

Hasta que se descubra una vacuna eficaz, el único modo de frenar la epidemia del SIDA es con un cambio de comportamiento. Aún si algún día se llega a conseguir dicha vacuna la importancia del cambio del comportamiento por comportamiento de prevención y del mantenimiento de

éstos, puede persistir durante largo tiempo, a no ser que la vacuna sea muy barata, de efectos duraderos, sin contra indicaciones, ni efectos importantes secundarios, fácil de administrar y asequible para cualquier persona en cualquier parte del mundo. (Bayés, R., 1991).

El Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es la manifestación terminal de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En México, el primer caso se reconoció en 1983 en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ). (Ponce de León, S., Macías A., Cruz, A., Calva, j., Tinoco, J., Ruíz, C., Ojeda, F., Bobadilla M., Rolón, A., Villatobos, Y., Castillo, A., y Ruíz, C 1988).

Se ha demostrado que la información es una condición necesaria para obtener cambios en los hábitos de vida de la mayoría de personas afectadas, tales como el tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual, obesidad, etc. Por desgracia, en el caso del SIDA esta afirmación es cierta. Informar es prioritario pero después de informar la solución aun esta lejos, ¿Por qué muchas personas que conocen perfectamente el riesgo que corren y los medios para eliminarlo o disminuirlo, no los utilizan? El análisis funcional de la conducta nos sugiere algunos factores que pueden influir en que los individuos, a pesar de poseer la información apropiada sigan con la práctica de comportamientos de riesgo y que no perseveren en la práctica de los comportamiento preventivos eficaces. Tales factores son los siguientes:

- a) En el caso del SIDA los comportamientos de riesgo más importantes suponen casi siempre, de forma inmediata y a menudo intensa, una consecuencia de placer o una liberación de tensión de corta duración.
- b) Las consecuencias nocivas que puedan derivarse de la práctica de los comportamientos de riesgo son siempre a medio y largo plazo.
- c) No existe una cadena de hechos que vincule en eslabones sensibles, bien definidos el momento de la infección y el diagnóstico del SIDA.
- d) La práctica del mismo comportamiento de riesgo no produce siempre las mismas consecuencias nocivas, que sólo son probables.
- e) Los comportamientos de prevención más importantes son seguidos casi universal e inmediatamente, de la atenuación o retraso en la aparición de las consecuencias placenteras o de la desaparición de los estados de tensión.

Esto nos indica que, cuando se ha de elegir entre dos comportamientos incompatibles (uno preventivo y otro de riesgo) en el que cada uno conlleva, dos consecuencias que difieren entre magnitud y demora, la decisión es el resultado de un complejo proceso en el que la demora suele poseer un peso mayor sobre la elección que sobre la magnitud. (Bayés, R., 1991).

Las medidas tomadas para evitar la transmisión por vía sexual han tenido un impacto moderado, están basadas en la educación que motive el cambio de conductas de riesgo.

La vía de transmisión sanguínea se puede prevenir por medio de las pruebas de detección en donadores así como la utilización de material desechable.

La vía de transmisión perinatal requiere para su prevención de medidas que incluyen la educación, la detección de infección de grupos de mujeres infectadas y la planificación familiar en grupos de riesgos.

En 1987, se realizó una encuesta para poder determinar el conocimiento que la población general de mayores de 15 años tenía acerca del SIDA y sus medidas preventivas. Los resultados señalan que existen conceptos adecuados en cuanto mecanismo de transmisión. En medidas preventivas para la infección por VIH, la mitad respondió en esa fecha el uso de preservativos es una medida eficaz, aún cuando el 70% de ellos considera al SIDA como una enfermedad previsible. Es necesario modificar las actitudes hacia las medidas preventivas para que se logre un cambio en las prácticas que implican riesgo de adquirir VIH. (Sepúlveda, A., Valdespino, J., e Izazola, J. 1988).

En una investigación realizada en México, para saber las actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. Aunque la mayor incidencia casos de SIDA es entre la edad de 25 a 44 años (Sector Salud, 1992), es comprensible que la enfermedad se manifiesta menos en personas de más corta edad, porque aunque se hayan infectado antes, hay que tener en cuenta que el SIDA, es sólo la manifestación final de una enfermedad de evolución crónica (O.M.S.1989). Debido a lo anterior los grupos de edad

de mayor riesgo para contraer la infección por VIH, son los adolescentes, puesto que poseen patrones de frecuente y variada actividad sexual y el menor conocimiento y menor número de conductas de prevención, los pone en mayor riesgo al contagio. En una investigación realizada en México para conocer las actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes se encontró que los adolescentes contestaron incorrectamente a las preguntas sobre epidemiología, etiología y desarrollo de la infección por VIH. Pero en lo referente a los síntomas de la enfermedad, mecanismos de transmisión y las medidas de prevención, la mayoría de los adolescentes contestaron las preguntas correctamente. Se encontró también que la mayoría de los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, usan anticonceptivos, utilizan condón y tienen una actitud favorable hacia el sexo seguro. Se observó que los adolescentes mayores (18 a 20 años) que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro y hacia cambiar sus patrones de conducta sexual hacia prácticas más seguras que los jóvenes de menor edad (15 a 17 años) quienes muestran menores conocimientos sobre sexualidad y sus consecuencias y paralelamente no se sienten en riesgo de contraer el VIH. En general se encontró que entre más conocimientos tengan los adolescentes del SIDA, existen menos mitos y estigmatizaciones de la

enfermedad, una actitud más favorable hacia el apoyo de los enfermos de SIDA y actitudes más favorables hacia el sexo seguro. (Alfaro, L., Rivera, S., y Díaz, R. 1991).

En una investigación realizada en México, a 1500 adolescentes con relación al conocimiento y conductas de riesgo para la transmisión del SIDA, se encontró que cuando los sujetos tienen pocos conocimientos sobre el SIDA, no tienen conductas de riesgo altas, pero el 50% de la población cuyos conocimientos son altas. También se encontró que a mayor edad, mayor conductas de riesgo; y el sexo masculino presenta mayor índice de conductas de riesgo. (Pérez, J. 1990).

En España, se realizó una investigación en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) sobre qué era el SIDA, a quién afectaba, qué lo causaba, qué medidas preventivas se tomaban y si conocía a algún seropositivo. Se encontró que el SIDA se sitúa en el régimen moderno de las enfermedades, a pesar que se sigue asociando con grupos desviados percibidos como de alto riesgo e incluyen al SIDA como una anormalidad. El porcentaje de medidas correctas recordadas tenía una media bastante alta (90%) ; la actitud de los individuos en general a no adoptar conductas de evitación ni discriminación ante seropositivos era alta. Los individuos saben que el preservativo era una medida preventiva correctiva, pero sólo una minoría (5%) lo utilizaba o decía que lo utilizaba. (Paéz, D., Romo, I., Sanjuán, C., y Vergara, A. 1991).

Hasta ahora se ha dicho que la práctica de más alto riesgo son aquellas que se debe evitar en las que se produce daño en la piel y las mucosas y existe intercambio de sangre y semen o líquidos vaginales. Es por eso que el uso correcto del preservativo durante las relaciones que implican riesgo de infección es la mejor manera de evitar dicha infección. (Aridjis, P. 1990). La Campaña Nacional de Prevención del SIDA ha puesto en primer plano el uso del condón, hecho sobre el cual ha levantado significado y utilidad de este preservativo. Es primordial conocer algo sobre su origen. El condón se ha utilizado como profiláctico para evitar las enfermedades transmitidas por contacto sexual durante por lo menos 400 años y como anticonceptivo durante un mínimo de 250. Sin embargo, se desconoce su origen. Algunos dibujos egipcios muestran a hombres con una especie de vaina representando el uso de condón. (POPULATION REPORT, 1983). Los antiguos egipcios representaron a su dios Bes con una funda en el pene y los chinos de la era precristiana hicieron condones de papel de seda aceitado. Algunas versiones cuentan que los soldados romanos los hacían con la copa envolvente de los músculos de sus enemigos muertos. (Leyva, J. 1988). La primera descripción escrita de un condón apareció en 1964, fecha en la cual el anatomista italiano Fallopio afirmó que al usar una envoltura de lino sobre el pene durante la relación sexual se evitaría el contagio de enfermedades. Las primeras referencias sobre el uso anticonceptivo del condón aparecieron en unos versos obscenos

publicados en Inglaterra en el primer trimestre del siglo XVIII. También se desconoce el origen de la palabra "condón". Es probable que el origen provenga del latín "condus" que quiere decir receptáculo o recipiente, a su vez derivado de la palabra persa "kendu" o "kondu" que significa recipiente largo para el almacenamiento, hecho con intestino de animal. El doctor Condom, médico del siglo XVII proporcionaba al rey Carlos II de Inglaterra un método para evitar la descendencia ilegítima. En 1700 los condones se vendían en forma activa, eran de membrana de intestino animal y resultaban relativamente costosos. (POPULATION REPORT, 1983), En 1917, el doctor Daniel Turner volvió a insistir sobre las ventajas de cubrir el miembro sexual masculino ante la implacable mortandad por sífilis y la proliferación de otras infecciones transmitidas por vía sexual, en particular la gonorrea. Giacomo Casanova usaba condones tanto como profiláctico como anticonceptivo. Es hasta 1840 cuando se dan las condiciones para fabricar condones de caucho y las clases trabajadoras pudieron tener acceso a estas fundas de hule vulcanizado. Sin embargo, es a partir de 1920 cuando se comenzaron a fabricar masivamente los condones que conocemos en la actualidad. (Leyva, J. 1988).

Los condones de látex se pueden producir a bajo costo y en grandes cantidades lo que posibilita su comercialización masiva. La conductividad térmica del caucho es menor a la de la membrana animal aunque en la actualidad, se sigue perfeccionando dicha conductividad con el fin de

proporcionar una sensibilidad más fina. Es posible fabricarlos en diversos estilos, tales como secos o lubricados, sencillos o terminados en un receptáculo, rectos o moldeados, lisos o de superficie rugosa, colorados o de tono natural de látex.

Además el condón de caucho puede producirse en varios tamaños, ventaja importante sobre los de membrana animal.

Además el condón puede constituir un método anticonceptivo sumamente eficaz si se usa en forma regular. No requiere supervisión médica y se encuentra fácilmente en la mayoría de los pueblos y ciudades. Las tasas de abandono de uso son mayores entre los usuarios jóvenes, principalmente porque las parejas jóvenes tienen relaciones sexuales más frecuentes. (POPULATION REPORT, 1983).

El uso de condón proporciona una considerable protección contra las enfermedades de transmisión sexual. Ahora, es bien difícil medir cuán bien protege el condón contra las enfermedades de transmisión sexual. El problema principal es que la mayoría de los estudios se hacen mediante entrevistas retrospectivas de personal militar o pacientes de clínicas de enfermedades de transmisión sexual. (POPULATION REPORT, 1983).

Dado que los individuos que utilizan condones en forma constante están en cierto grado protegidos contra la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual, su uso difundido debería moderar el aumento de las tasas de las enfermedades de transmisión sexual que se registran actualmente en algunos países.

En 1981, existían casi 40 millones de usuarios del condón en el mundo, siendo el Japón el principal país usuario. (POPULATION REPORT, 1983).

Hoy en día, aquellas enfermedades transmitidas sexualmente que abatan las poblaciones enteras son controladas mediante campañas sanitarias y es posible curarlas gracias a la aparición de los antibióticos, especialmente la penicilina, pero la humanidad de finales del siglo XX sufre un nuevo padecimiento, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que se expande por todos los rincones del mundo y para el cual no existe tratamiento alguno, ni se ha podido crear una vacuna para protegernos del virus que lo provoca, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El grado de seguridad que brinda el condón no es absoluto, por lo que recomienda el uso, al mismo tiempo, de espermicidas, especialmente aquellos que contienen nonoxynol 9. De esta manera, se reduce en gran medida la posibilidad de contraer el SIDA a través de las relaciones sexuales. En muchos países está política del condón como medida preventiva ha sido asumida con mucha responsabilidad por parte de sus poblaciones, En España se sacó del abandono a los preservativos de látex, pues antes casi nadie reparaba en su utilidad contra las infecciones. Se calcula se vendieron en 1987, cerca de 120 millones. (Leyva, J. 1980).

Las principales recomendaciones de uso de condón:

- 1.- Asegurarse de tener un condón antes de necesitarlo.
- 2.- Colocarse un condón antes de cada coito anal o vaginal.
- 3.- Colocarse el condón en la punta del pene en erección.

4.- Después de la eyaculación sosténgase al borde del condón en la base del pene mientras saca el pene.

5.- Sacar el condón sin derramar semen y tirarlo a la basura.

Usar otro condón si el que se tiene: viene en un empaque roto o dañado, si han transcurrido más de 3 años desde su fecha de fabricación, si es irregular a cambiado de color o si parece quebradizo, seco o muy pegajoso. (PUPULATION REPORT. 1990).

Se investigó la relación entre el uso de condón en estudiantes universitarios canadienses. Se esperaba mayor uso de condón en estudiantes que tienen relativamente conocimientos sofisticados de anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, en quienes tenían alguna experiencia personal con enfermedades de transmisión sexual y querían protegerse a sí mismos y a sus parejas, en aquellos con parejas múltiples y en estudiantes solteros y jóvenes en oposición a sujetos casados y más viejos quienes optan por diferentes formas de control de natalidad.

Se encontró que el uso de condón es más prevalente entre los estudiantes que tienen múltiples parejas, perciben los condones como relativamente seguros expresando una actitud generalmente positiva hacia los mismos y no lo experimentan como inconvenientes, no encontrándose relación con las demás hipótesis (Hebert, Y., Bernard, J., Man, A., y Farrar, D., 1988).

En Madrid, se realizó un estudio de adolescentes para valorar la seropositividad frente al VIH, (factores de riesgo para la infección de VIH). El mayor porcentaje de seropositividad se presentó en el colectivo de usuarios de drogas por vía parental, seguido de heterosexuales, homosexuales y otros. La seropositividad frente al VIH en relación con los diferentes grupos de edades muestra una tendencia porcentual al aumento de la positividad, paralelo al aumento de la edad de los adolescentes. Existe una relación inversamente proporcional entre el número de afectados y el nivel de estudios alcanzados. El uso de preservativo es bajo. Existe además, diferencia significativa entre la seropositividad y el hábito de compartir las jeringuillas. Por lo mismo; estos jóvenes pacientes (15-20 años), especialmente los drogadictos, tiene un alto riesgo de infectarse por VIH, asimismo presentan un alto riesgo de extender la infección entre otros adolescentes. Otro factor importante es que los adolescentes que poseen estudios elementales o primarios no tendrán acceso a los programas escolares de educación para la salud. (Pérez, T., López R., Babin, F., Ortiz, C., Bru, F., Sabin, L., y Colomo, C., 1989).

En un estudio realizado en Estados Unidos, se intentó examinar los elementos del modelo del proceso dual :reacción cognitiva y emocional y fueron producidos por temor, los cuales promueven el uso de condón para prevención del SIDA en anuncios de revistas, que están dirigidas hacia jóvenes. Se teoriza que la exposición del anuncio de condón, la cual es

tenía un alto contenido de temor al SIDA debe crear una actitud favorable en corto tiempo, hacia la obtención de condones. Los resultados confirman que la manipulación del temor fué exitosa. Los observadores de anuncios de alto temor los percibieron tan significativamente más amenazantes que los observadores de anuncios de bajo temor. Los sujetos con alto temor de adquirir el SIDA observaron los anuncios más efectivos que los sujetos con bajo temor. Los hombres observaron los anuncios más efectivos que las mujeres. (Struckman, C. Gilligand, R., y North, T. 1990).

En los Angeles, California, se realizó un estudio para examinar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en adolescentes mexicanos - americanos. Se encontró que la edad promedio para la iniciación de relaciones sexuales fué de 15 años para mujeres y 13 años para los hombres. Los resultados indican que el nivel de conocimiento sexual para todos los sujetos sin considerar sexo, experiencia sexual o edad fué bajo, (Padilla, A. Baird, T. 1991) lo que refleja una gran necesidad de elaborar un programa que abarque tanto conocimientos sexuales y por ende información básica acerca del SIDA. y enfermedades de transmisión sexual.

En Australia, se encontró que los estudiantes de secundaria (entre 15 y 16 años), la mayoría conocen que los condones pueden ser usados para la prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual pero las actitudes expresadas hacia la prevención fueron menos positivas que el

mismo nivel de conocimientos. En actitudes se refleja niveles de apatía, irresponsabilidad, negación y confusión. Se notó que el 63% de la muestra intentará usar el condón, en sus encuentros sexuales futuros, mientras que el 32% estuvieron inciertos en respuestas futuras y el 5% definitivamente no lo usará. (Barling, N., y Moore, S. 1990).

Más tarde, los mismos autores realizan otro estudio en lo referente a las actitudes responsables con respecto al SIDA y que deben tener un desarrollo similar al del sentido de identidad e intimidad de las etapas del desarrollo psicosocial de Erickson. Se encontraron pocas relaciones entre actitudes hacia el SIDA entre sexo, grado, medidas de identidad e intimidad. Sin embargo, las actitudes hacia las precauciones del SIDA y el estado de identidad predicen la intención futura del uso de condón, a diferencia del nivel de intimidad, que fué negativamente relacionado a semejante intención, surgiendo que las relaciones estables no tienen la necesidad de dicha protección, existiendo la monogamia. (Moore, S., y Barling, N., 1991).

En un estudio realizado en la Cd. de México a 742 adolescentes, acerca de conocimientos de métodos anticonceptivos se encontró que los hombres conocen más el condón (50%) que las mujeres (38.3%) aunque fuera con fines contraceptivos. (Gómez, M., y Páez, E. 1992).

Se realizó una investigación en Irlanda, con los estudiantes de las escuelas superiores de secundaria relación hacia conocimientos y actitudes hacia el

SIDA. Se encontró que tienen un nivel de conocimientos tan bueno y ocasionalmente mejor que los escolares de San Francisco. Los más altos niveles de conocimientos correspondieron a los alumnos urbanos, existiendo una ligera tendencia a estar mejor informados los alumnos de mayor edad. No se encontró patrón diferenciador en cuanto al sexo. (Doyle, Y., Conroy, R. 1991).

En una investigación de la conducta de riesgo entre los consumidores de drogas por vía intravenosa en el Noroeste de Inglaterra, se obtuvo información sobre el hábito de compartir los útiles de inyectarse, las parejas de los encuestados y el uso de preservativos. Se contactó con la mitad de las personas (56%) y se encontraron reducciones significativas en el hábito de compartir los útiles para inyectarse con otras personas. No se aprecian reducciones en el hábito de compartir entre parejas que se inyectaban, y muy poca entre amigos. El número de contactos sexuales había disminuido, y el uso de preservativos, aunque aumentó entre los implicados en relaciones esporádicas, se mantuvo bajo. (Klee, H., Faugier, J., Hayes, C., y Morris, J. 1991).

En Uganda se realizó una encuesta acerca del comportamiento sexual y la utilización de preservativos en estudiantes universitarios. Se encontró que gran parte de los estudiantes analizados siguen expuestos a un riesgo aparentemente de contraer o transmitir el SIDA. Esto se basa en los indicadores de las conductas y hábitos sexuales y todo lo que concierne a la utilización y no del preservativo. Solamente una minoría (10%) utilizan el preservativo siempre, la mitad lo enjuicia inseguro y una cuarta parte cree

que se estropea el placer en el coito. El 80% cree que el contagio se puede prevenir con la abstinencia sexual y menos del 50% con el preservativo. Además, este último se asociaba más con la anticoncepción que con la prevención del SIDA. Un 25% desaprobaba el uso del preservativo por razones religiosas, y otro factor negativo fueron las campañas televisivas del Gobierno en el que se decía de la falta de fiabilidad del preservativo. (Lule, G., y Gruer, L. 1992).

Por mucho de lo anterior, parece ser muy importante el hecho de comenzar a educar a los niños. Tal es el caso de Bogotá, Colombia, en donde un alto índice de niños, al ver carencias en su familia, salen a la calle a drogarse para mitigar un poco el hambre, a prostituirse y ganar un poco de dinero. Por esto último, no es sorprendente encontrar tan comunmente enfermedades de transmisión sexual en los niños. También se han encontrado casos de VIH/SIDA en estos niños, pero no se sabe la tasa de infección debido a que, los niños se resisten a someterse a cualquier tipo de prueba de sangre. Otro inconveniente que se encuentra en las labores de educación y prevención de la salud, es la de estar promocionando los comportamientos sexuales seguros, se topa con el inconveniente de que no existen condones de tamaño apropiado para los niños, y se quejan de no utilizarlos por eso. (ACCION EN SIDA, 1991).

A diferencia de lo anterior, en México, se realiza un programa educativo para prevenir la infección del VIH entre menores que viven y trabajan en la calle. Se encontró que la mayoría de los niños y las niñas no tienen

problemas al hablar del SIDA, del condón o de la sexualidad, existe una profunda inquietud por socializar su conocimiento con otros menores, convirtiéndose así en verdaderos promotores en el combate contra la infección por VIH/SIDA; el condón logra integrarse en su cotidianidad en la mayoría de los niños y en darle una valorización a estos objetos. (ACCION EN SIDA, 1991).

En resumen, es importante promover y realizar programas de salud sexual, si se pudiera desde pequeños, mucho mejor, con el fin de irse familiarizando con la información básica de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH, ya que solamente con un cambio de actitudes en nuestra vida sexual, se puede disminuir el riesgo de contrar el SIDA.

En México, en 1987, se realizó una campaña de información en el que refirió en parte al preservativo como método de prevención del SIDA, reflejo que muy pocas personas pensaban que el condón era una buena medida de prevenir el mal. En otras investigaciones era una buena medida de prevenir el mal. En otras investigaciones realizadas anteriormente, se reflejo que los preservativos eran mucho más conocidos como anticonceptivos. En Jamaica sucedió algo similar, se realizó una encuesta sobre conocimientos y actitudes hacia el SIDA y se observó que el papel del preservativo como método de planificación familiar mejoraba gracias a su papel en la prevención de la enfermedad. Se piensa que en México, pasa lo mismo, ya que el preservativo que era antes visualizado como método anticonceptivo, tiene ahora el aure como barrera protectora contra el SIDA. (Stover, J., y Bravo, M., 1991).

CAPITULO 2

METODOLOGIA

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el conocimiento del uso del condón para prevención en la adquisición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el autoconcepto en alumnos de Educación Media Superior, de la Cd. de México, dependiendo de la edad, sexo y grado escolar?

OBJETIVO GENERAL

La presente investigación pretende establecer la relación existente entre el conocimiento del uso de condón y el autoconcepto, en alumnos de Educación Media Superior de la Cd. de México, dependiendo de la edad, sexo, y grado escolar, con la finalidad de prevenir el contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana y así mismo proporcionar una orientación adecuada a dichos alumnos, con respecto a como protegerse contra el virus, en virtud de encontrarse en un período de vida donde se comienza a ejercitar la sexualidad, lo cual los coloca en riesgo al no conocer dichas medidas de protección.

OBJETIVO ESPECIFICO

- 1.- Establecer las diferencias por las variables estudiadas.

DEFINICION DE VARIABLES**VARIABLES DEPENDIENTES**

Autoconcepto de alumnos de Educación Media Superior.

Conocimiento de uso del condón para prevención del SIDA.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad.

Sexo.

Grado Escolar.

DEFINICION CONCEPTUAL

Autoconcepto: es la percepción que uno tiene de si mismo; específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social. (La Rosa, J. 1986).

Conocimiento de uso de condón, para prevención del SIDA: Lo cual implica saber que es un condón, el tamaño que tiene, cómo se debe usar, quién lo debe hacer, su eficacia de uso en la protección contra las enfermedades de Transmisión sexual y el SIDA. (POPULATION REPORTS 1990).

DEFINICION OPERACIONAL

Diferencial Semántico del Autoconcepto.

Autoconcepto: estará definido por las respuestas al cuestionario que tratara del concepto que uno tiene de sí mismo. (La Rosa, J., 1986)

Conocimiento de Uso de Condón para Prevención del SIDA.

Para obtener el grado de conocimiento de uso de condón para prevención del SIDA se debe responder acertadamente al 60% o más del total de las preguntas incluidas en el instrumento diseñado con la finalidad de evaluar dicha variable.

Edad.

Se consideraron a sujetos entre los 16 y 20 años de edad.

Sexo.

Se consideraron sujetos de sexo masculino y femenino.

Grado escolar.

Se consideraron sujetos de 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, y 6º. semestre de Educación

Media Superior.

HIPOTESIS

- H 1 ¿Existe relación entre el conocimiento del uso del condón para prevención del SIDA y el autoconcepto en alumnos de Educación Media Superior de la Cd. de México dependiendo de la edad, sexo y grado escolar?
- H o ¿No existe relación entre el conocimiento del uso del condón para prevención del SIDA y el autoconcepto en alumnos de Educación Media Superior de la Cd. de México por edad, sexo y grado escolar?
- H 2 A mayor autoconcepto, mayor conocimiento de uso de condón para la prevención del SIDA, en alumnos de Educación Media Superior de Cd. de México, dependiendo de la edad sexo y grado escolar.
- H o A mayor autoconcepto, menor conocimiento de uso de condón para prevención del SIDA, en alumnos de Educación Media Superior de la Cd de México, dependiendo de la edad, sexo y grado escolar.

POBLACION

Los examinados fueron alumnos de Colegio de Ciencias Humanas. (CCH) plantel sur, escuela de la Cd. de México.

MUESTRA

La muestra quedó constituido por 130 sujetos, 66 de sexo masculino y 64 de sexo femenino, alumnos de Educación Media Superior, entre los 16 y 20 años, pertenecientes a la Cd. de México.

TIPO DE MUESTREO

- 1.- Se utilizó el muestreo intencional, por ser el examinador el que recurre a la población. (Pick, S., y López A, 1979)
- 2.- Muestreo aleatorio simple, porque todos los miembros de una población determinada tienen la misma probabilidad de ser seleccionados y de formar parte de la muestra. (Pick, S., y López, A. 1979).
- 3.- Muestreo estratificado, porque la población se divide en estratos o categorías de los cuales se toma la muestra. (Pick, S., y López, A. 1979).

INSTRUMENTOS

Se utilizó el cuestionario Diferencial Semántico del Autoconcepto de Jorge la Rosa. En dicho cuestionario se hicieron diversos estudios piloto consistentes en: a) Identificación de las dimensiones importantes del autoconcepto; b) Identificación de los adjetivos y de los antónimos para describir y evaluar el individuo en las dimensiones propuestas; c) Dos aplicaciones del instrumento, hasta llegar a su forma actual.

Se realizaron pruebas t de Student para verificar el poder discriminativo de los reactivos, análisis factoriales para obtener la validez de constructo y se calcularon Alphas de Cronbach para valorar la consistencia interna de cada factor.

Dicho cuestionario fué construido a partir de los estudio piloto 1,2,3,4,5, y 6.

El estudio piloto 1 se refiere a la construcción y aplicación de una escala multidimensional de locus de control a 453 estudiantes.

El estudio piloto 2 se refiere a la identificación de las dimensiones importantes del autoconcepto, utilizando una muestra de 118 sujetos. La técnica utilizada para identificar las dimensiones importantes del autoconcepto fué la de "Brainstorming" o tormenta de ideas. Se pidió a los alumnos que manifestasen a través de la palabra, los aspectos que consideraban importantes cuando piensan en sí mismos y de los cuales depende su felicidad y realización.

El estudio piloto 3 se refiere a la búsqueda de los adjetivos adecuados para describir y evaluar el individuo en las dimensiones propuestas del autoconcepto. Participaron 358 sujetos seleccionados de forma no aleatoria. El cuestionario que se aplicó, se debería escribir todos los adjetivos con valencia positiva o negativa que se les ocurrieron para describir los más diferentes tipos personas, considerando las dimensiones propuestas: física, social, emocional, ética y ocupacional.

El estudio piloto 4 se refiere a la búsqueda de los adjetivos antónimos e identificación de las valencias de los adjetivos ambiguos, con una muestra de 251 sujetos. Se solicitó a los sujetos los antónimos de 55 adjetivos, de los cuales se tenía duda. Se solicitó además, la valencia de 23 adjetivos respecto de los cuales se dudaba si representarían una característica positiva, negativa o neutral.

El estudio piloto 5 se refiere a la búsqueda de los adjetivos antónimos a través de las correlaciones negativas de los mismos en una situación de autoevaluación. 217 estudiantes participaron en el estudio. Se aplicó un cuestionario compuesto por 120 adjetivos sobre características que podrían ser utilizadas en autoevaluación. Los adjetivos que se utilizaron resultaron de los estudios piloto 3 y 4. El individuo se evaluaba en cada adjetivo a través de una escala de tipo Likert que variaba desde totalmente de acuerdo (1) hasta totalmente en desacuerdo (5). Aproximadamente la mitad de los adjetivos fueron antónimos de la otra mitad.

El estudio piloto 6 se refiere a la aplicación piloto del cuestionario para medir autoconcepto a una muestra de 599 sujetos. El cuestionario aplicado resultado de los estudios piloto 2, 3, 4, y 5, se constituyó de 54 pares de adjetivos en los cuales uno era el antónimo del otro que se referían a las diversas dimensiones propuestas: física, social, emocional, ocupacional y ética. La técnica utilizada fue, la del diferencial semántico, con 7 intervalos entre los adjetivos bipolares. los escalas estaban mezclados en forma aleatoria tanto a lo que se refería a las dimensiones del autoconcepto como a lo concerniente a la direccionalidad del adjetivo. Cuatro dimensiones fundamentales del autoconcepto fueron encontradas: social, emocional, ética y ocupacional.

Se aplicó el cuestionario de 45 reactivos con una duración aproximada de aplicación de 15 minutos, evaluando las anteriores dimensiones. (La Rosa, J. 1986).

Se diseñó un Cuestionario de Conocimiento de Uso de Condón para Prevención del SIDA, cerrado, autoadministrable, de 52 ítems, con una aplicación de aproximada duración de 15 minutos.

Cabe mencionar, que previamente a la construcción del cuestionario del Conocimiento de Uso de Condón para Prevención del SIDA se somete a criterio de jueces expertos en la materia, con el fin de establecer la validez de contenido. Posteriormente, se aplica un cuestionario piloto a una población de 50 sujetos, con la finalidad de corregir los ítems que presentan dificultad para entenderse. Para saber la confiabilidad del instrumento, se realizó por medio del coeficiente alpha de Cronbach, con el fin de medir la consistencia de la respuesta del sujeto con respecto a los ítems del cuestionario.

La fórmula que se utilizó fué:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

donde:

K = número de ítems.

Si² = varianza del instrumento.

St² = varianza de la suma de los ítems.

El análisis estadístico de esta aplicación arrojó un alpha de Cronbach de 0.70%.

Después de ésta fase se aplicó, el cuestionario definitivo, siendo finalmente de 40 ítems, evaluando lo siguiente:

Para obtener el grado de conocimiento de uso de condón para prevención del SIDA se debe responder acertadamente al 60% o más del total de las preguntas incluidas en el instrumento diseñado con la finalidad de evaluar dicha variable.

a) ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Edad

2.- Sexo

3.- Escolaridad

b) ASPECTOS GENERALES DEL CONDON

Se refiere a la fecha de elaboración y caducidad que tiene un condón, el tamaño del mismo, con que elementos pierde su efectividad, en donde se puede conseguir, es decir, los conocimientos básicos que se deben tener.

1,4,6,9,13,14,15,16,18,20,21,22,24,26,27,30,31,32,34,35,38,40

c) CONOCIMIENTO DEL USO DEL CONDON

Se refiere a la colocación del condón, su uso, la forma de abrir la envoltura, la forma de colocarlo y de quitárselo, deshacerlo, etc.

5,7,8,11,12,17,19,23,33,36

d) CONOCIMIENTO DEL CONDON EN LA RELACION SEXUAL

Quienes deben usar condón, la sensibilidad en la relación sexual, etc..

3,10,37,39

e) CONOCIMIENTOS GENERALES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Referente a la protección que brinda el condón contra las enfermedades de transmisión sexual, material con el cual es fabricado y es más seguro, etc..

2,25,28,29

PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

Se aplicaron 2 cuestionarios: el cuestionario Diferencial Semántico de Autoconcepto (La Rosa, J. 1986) y el cuestionario de Conocimiento de Uso de Condón para Prevención del SIDA a 130 estudiantes de Educación Media Superior, los cuales se llevaron a cabo en aulas amplias, con buena ventilación e iluminación, sin ruidos molestos y los sujetos se encontraban únicamente con el aplicador, para todos los estudiantes, las instrucciones fueron las mismas.

Cuestionario Diferencial Semántico de Autoconcepto.

"A continuación encontrarás un conjunto de adjetivos que sirven para describirte. Por favor, marca tu respuesta pensando en como eres tú, y no en como te gustaría ser. Ejemplo:

Flaco	(a)	Muy flaco	Bastan- te flaco-	Poco Flaco	Ni fla- co ni obeso	Poco obeso	Bastante obeso	Muy obeso	Obeso (a)
-------	-----	--------------	----------------------	---------------	---------------------------	---------------	-------------------	--------------	-----------

Deberás dar una única respuesta, en cada renglón y solamente una, poniendo una "X" en el espacio que corresponde a tu auto percepción. Si te crees muy obeso, pondrás la "X" en el espacio más cercano de la palabra obeso, si te sientes bastante flaco pondrás la "X" en el espacio correspondiente, si no te percibes obeso pero tampoco flaco, pondrás la "X" en el espacio de en medio que está igualmente distante de los adjetivos obeso y flaco. Los espacios cuándo más se aproximen a un adjetivo, indican un grado mayor en que se poseen dicha característica.

Contesta en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, y tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión. Contesta a TODOS los renglones. GRACIAS.

Si tienes alguna duda, comunícalo de inmediato. Por tu colaboración, nuevamente, Gracias."

En el caso del cuestionario del Conocimiento de Uso de Condón para Prevención del SIDA, se dieron las siguientes instrucciones:

Conocimiento de Uso de Condón para Prevención del SIDA.

"El Objetivo de este cuestionario es evaluar el conocimiento del uso del condón para la prevención del SIDA. La información será manejada confidencialmente y utilizada para fines de investigación.

A continuación aparece una serie de preguntas respóndelas de acuerdo a tu conocimiento tachado solamente una opción, sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

Ejemplo: ¿El SIDA se puede curar?

SI NO NO SE

Si tienes alguna duda, comunícalo de inmediato

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Diseño de 2 muestras relacionadas: porque los sujetos que forman parte de una muestra no fueron seleccionados independientemente unos de otros, sino que existe uno o varios puntos de relación entre ellos. (Pick, S., y López A., 1979).

- 1.- Se trata de estudio ex-post-facto: por ocurrir después del hecho. (Pick S., y López A., 1979).
- 2.- Estudio de campo, porque estudia un determinado grupo de personas para conocer su estructura y relaciones sociales. Se realiza en el medio natural que rodea al individuo. (Pick, S., y López A., 1979).
- 3.- Estudio transversal, porque se realiza en un momento determinado. (Pick S., y López A. 1979).

- 4.- Estudio exploratorio por quererse lograr una primera aproximación al fenómeno, y para ver como se relaciona dicho fenómeno con ciertos eventos que suceden a su alrededor. (Pick S., y López, A. 1979).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- 1.- Análisis descriptivo por medio de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión.
- 2.- Correlación de Pearson (prueba producto momento) para conocer la relación que existe entre autoconcepto y edad, y autoconcepto y conocimiento de uso de condón para prevención del SIDA.
- 3.- Análisis de varianza para conocer si existen diferencias entre los grupos que se están comparando; esto es, entre sexo y semestre, así como las interacciones entre estas 2 variables con respecto al autoconcepto y el conocimiento del SIDA.

CAPITULO 3

RESULTADOS

RESULTADOS

Para analizar los datos estadísticos, se utilizó el SPSS (Paquete Estadístico aplicado a las Ciencias Sociales).

Dentro del mismo paquete se utilizaron 3 programas que fueron:

El primero fué un análisis descriptivo a través de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión, con el objeto de conocer datos sociodemográficos de los sujetos .

El segundo programa es una correlación de Pearson, el cual permitió conocer la relación de autoconcepto y edad y autoconcepto y conocimiento de uso de condón para prevención del SIDA.

En un tercer programa en que se aplicó un análisis de varianza, el cual permitió conocer los efectos principales entre sexo y semestre, así como las interacciones entre estas 2 variables con respecto al autoconcepto y el conocimiento del uso del condón para prevención del SIDA.

Los resultados obtenidos por el primer programa fueron los siguientes:

Se utilizó una muestra total de 130 sujetos, siendo 66 hombres y 64 mujeres. (Ver tabla 1)

TABLA 1 Frecuencia por sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	66	50.8
FEMENINO	64	49.2
TOTAL	130	100.0

En la tabla 1, la primera columna corresponde al sexo de los sujetos, la segunda columna al número de sujetos, según sexo y la tercera columna al porcentaje según sexo.

La muestra estuvo repartida en 6 semestres en el Colegio de Ciencias y Humanidades, (CCH) Plantel Sur, encontrando una media de 5.6, que indica que en promedio los sujetos están en el 6º. semestre (Ver tabla 2)

TABLA 2 Dispersión por semestre

SÉMESTRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	2.3
2	5	3.8
3	1	.8
4	4	3.1
5	3	2.3
6	114	87.7
TOTAL	130	100.0

$$X = 5.6$$

$$DS = 1.12$$

En la tabla 2, la primera columna corresponde a los semestres que hay en escuelas de nivel medio superior, la segunda columna al número de sujetos que estuvieron en cada semestre, y la tercera columna al porcentaje según cada semestre.

Las edades de la muestra fluctúan en los 16 a los 20 años, con un promedio de edad de 18.1 años. (Ver tabla 3).

TABLA 3 Frecuencia por edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16	4	3.1
17	36	27.7
18	48	36.9
19	25	19.2
20	17	13.1
TOTAL	130	100.0

$X = 18.1$

$DS = 1.05$

En la tabla 3, la primera columna corresponde a las edades de los sujetos de la muestra, en la segunda a la distribución de los sujetos por edades, y la tercera columna al porcentaje según las mismas edades.

A continuación, se hace una descripción del cuestionario de conocimiento de uso de condón para prevención del SIDA de cada una de las preguntas evaluadas (Ver tabla 4).

Tabla 4 Descripción de cada una de las preguntas sobre conocimiento de uso de condón para prevención del SIDA.

A:- ASPECTOS GENERALES DEL CONDÓN	INCORRECTO		CORRECTO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1.- ¿Existen 3 tamaños de condones, chico, mediano y grande?	40	30.8	90	69.2
4.- ¿El condón se debe guardar en el bolsillo de la camisa?	82	63.1	48	36.9
6.- ¿Al condón usado se le hace un nudo y se tira a la basura?	58	44.6	72	55.4

9.- ¿Los condones se pueden conseguir en cualquier establecimiento comercial	56	43.1	74	56.9
13.- ¿El condón pierde su efectividad si se expone al calor?	79	60.8	51	39.2
14.- ¿El condón se debe guardar en la cartera?	93	71.5	37	28.5
15.- ¿Existe un único tamaño de condón	57	43.8	73	56.2
16.- ¿Algunos condones contienen Nonoxynol-9?	85	65.4	45	34.6
18.- ¿Si el empaque tiene alguna rotura, el condón pierde su efectividad	31	23.8	99	76.2
20.- ¿El condón pierde su efectividad a tubos fluorescentes?	113	86.9	17	13.1
21.- ¿Los condones se pueden conseguir unicamente en farmacias autorizadas?	24	18.5	106	81.5
22.- ¿Es importante verificar la fecha de elaboración (MFG), que viene en el paquete del condón?	26	20	104	80
24.- Los aceites o grasas (vasenol), ¿dañan el látex del condón	93	71.5	37	28.5
26.- Si se guarda el condón en el automóvil (en la guantera) ¿se afecta?	100	76.9	30	23.1

27.-¿El condón pierde efectividad si se expone al frío?	117	90	13	10
30.-Los condones se pueden conseguir exclusivamente en centros de planificación familiar?	20	15.4	110	84.6
31.-Una forma de deshacerse del condón usado es, ¿arrojándolo al WC?	73	56.2	57	43.8
32.-¿Los condones se consiguen unicamente en consultorios médicos?	10	7.7	120	92.3
34.-¿Es importante verificar la fecha de caducidad (antes que se heche a perder) del condón?	25	19.2	105	80.8
35.-¿El condón pierde su efectividad si se expone al sol?	72	55.4	58	44.6
38.-¿El condón retrasa el momento de venirse (eyaculación)?	75	57.7	55	42.3
40.-¿El condón pierde su efectividad si se expone a la humedad?	108	83.1	22	16.9

B:-. CONOCIMIENTO DEL USO DEL CONDÓN	INCORRECTO		CORRECTO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
5.- ¿El empaque del condón se abre con los dientes?	33	25.4	97	74.6
7.- ¿Se debe colocar el condón sobre el pene erecto deteniendo la punta del condón con 2 dedos?	54	41.5	76	58.5
8.- ¿Después de venirse (eyacular), se debe sujetar el condón por la base y retirar el pene mientras aún esté erecto?	60	46.2	70	53.8
11.-¿Se debe utilizar un condón para cada relación sexual?	12	9.2	118	90.8
12.-¿En responsabilidad unicamente de hombre el saber colocarse el condón?	22	16.9	108	83.1
17.-Si queda burbujas entre el condón y el pene, ¿se puede romper con el frotamiento?	73	56.2	57	43.8
19.-Después de la relación sexual, ¿hay que retirar el pene con condón cuando aún este erecto?	55	42.3	75	57.7

23.-¿Las mujeres deben saber colocar el condón aún este erecto?	16	12.3	114	87.7
33.-¿La envoltura del condón se abre con las uñas, por las pestañas que sobresalen?	37	28.5	93	71.5
36.-¿El condón se desenvuelve hasta llegar a la base del pene?	32	24.6	98	75.4
C:.. CONOCIMIENTO DEL CONDON EN LA RELACION SEXUAL.	INCORRECTO		CORRECTO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
3.- ¿Los sujetos heterosexuales (relacion hombre-mujer debe usar condón?	11	8.5	119	91.5
10.-¿Se siente el mismo placer si se hace el amor con condón?	87	66.9	43	33.1
37.-¿El condón retrasa el momento de venirse (eyacular)?	120	92.3	10	7.7
39.-¿Se siente el mismo placer cuando se hace el amor sin condón?	77	59.2	53	40.8

D:-. CONOCIMIENTOS GENERALES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	INCORRECTO		CORRECTO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2.- ¿El condón es un método adecuado para protegerse de enfermedades venéreas?	7	5.4	123	94.6
25.-¿El condón fabricado con tejido animal es seguro contra el SIDA?	88	67.7	42	32.3
28.-¿El condón de látex es seguro contra el SIDA?	53	40.8	77	59.2
29- ¿el condón evita el intercambio de venidas (semen y fluidos vaginales) que pueden transmitir el virus del SIDA?	13	10	117	90

En la tabla 4, en la primera columna se encuentran desglosadas las preguntas del Cuestionario del Conocimiento de Uso de Condón para Prevención del SIDA, según las áreas de este, en la segunda columna se anotaron el número de sujetos que contestaron incorrectamente las preguntas y el porcentaje que le corresponde, y en la tercera columna el número de sujetos que contestaron correctamente dichas preguntas y su porcentaje correspondiente.

Se observó en general, que la mayoría de los adolescentes no conocen los aspectos básicos del condón tales como dónde se debe guardar, contra que pierde su efectividad, el tamaño del condón, etc. siendo un 68% por ciento de tal deficiencia de conocimiento. Sin embargo, parece que si saben donde conseguirlo, si es importante fecha de caducidad y elaboración, etc. Siendo el 32% del total de conocimiento

En lo que se refiere al conocimiento del uso del condón en sí, se reportó un 60% de tal conocimiento, sabiendo la forma de abrir el empaque del condón, quien debe saber colocar el condón, etc. manifestándose poco conocimiento ante con qué puede romperse un condón, como retirarlo después de la eyaculación, etc. siendo un 40%.

Ante el conocimiento del condón en la relación sexual se reflejo un 75% de deficiencia del papel que juega el condón en la relación sexual.

Y en los conocimientos generales de enfermedades de transmisión sexual se reportó un 50% de desconocimiento acerca del condón de tejido animal y el del látex, su seguridad, etc. aunque saben que el condón es un método adecuado para evitar el intercambio de fluidos sexuales y por lo tanto, protectivo contra el SIDA.

Como se mencionó anteriormente, se aplicó la correlación de Pearson, en la cual se observó que no hubo correlación entre la edad y las escalas de autoconcepto. No obstante, se encuentra correlación entre la escala, emocional 2 (sentimiento interindividual), en la cual se observa que a mayor edad, mayor autoconcepto. Así mismo, se refleja que a mayor edad, mayor conocimiento de uso de condón (Ver tabla 5)

TABLA 5 Análisis de correlación entre autoconcepto y edad; y conocimiento de uso de condón.

CORRELACION CON EDAD	
SOCIAL 1	-. 0145
EMOCIONAL 1	-. 0580
SOCIAL 2	. 0614
EMOCIONAL 2	. 1549 *
OCUPACIONAL	-. 0303
EMOCIONAL 3	. 0697
ETICO	. 0275
INICIATIVA	-. 0525
SOCIAL 3	-. 0705
CONOCIMIENTO DE USO DE CONDON	. 1410*

$P \leq .05$

En la tabla 5, en la primera columna se anotan las subescalas del autoconcepto y el conocimiento del uso de condón y en la segunda columna, la correlación que existe.

La segunda correlación obtenida fué entre autoconcepto y conocimiento de uso de condón encontrando que a mayor autoconcepto, mayor conocimiento de uso de condón. Aunque, se encontró que en la escala ética no hubo relación con conocimiento de uso de condón. (Ver tabla 6).

TABLA 6 Análisis de correlación entre autoconcepto y conocimiento de uso de condón.

CONOCIMIENTO DE USO DE CONDON	
SOCIAL 1	. 1956
EMOCIONAL 1	. 2005
SOCIAL 2	. 2615 *
EMOCIONAL 2	. 2121 *
OCUPACIONAL	. 2989 **
EMOCIONAL 3	. 1746
ETICO	. 1247
INICIATIVA	. 1687
SOCIAL 3	. 2089 *

* -.01

** - .001

En la tabla 6, en la primera columna se menciona las subescalas del autoconcepto y en la segunda columna, la relación que existe con el conocimiento de uso de condón.

Dentro del tercer programa aplicado fué el análisis de varianza, los resultados fueron los siguientes:

TABLA 7 Análisis de varianza en las escalas de autoconcepto y conocimiento de uso de condón por sexo y semestre.

	F	Signif of F
SOCIAL 1		
SEXO	.412	.522
SEMESTRE	1.981	.086 **
SEXO-SEMESTRE	2.981	.055 *
EMOCIONAL 1		
SEXO	.043	.836
SEMESTRE	1.461	.208
SEXO-SEMESTRE	1.981	.121
SOCIAL 2		
SEXO	.037	.847
SEMESTRE	.626	.681
SEXO-SEMESTRE	4.231	.007 *
EMOCIONAL 2		
SEXO	1.070	.303
SEMESTRE	2.103	.070 **
SEXO-SEMESTRE	.881	.453
OCUPACIONAL		
SEXO	.586	.445
SEMESTRE	1.505	.193
SEXO-SEMESTRE	.585	.626

	F	Signif of F
EMOCIONAL 3		
SEXO	.711	.401
SEMESTRE	1.633	.156
SEXO-SEMESTRE	1.738	.163
ETICO		
SEXO	.755	.387
SEMESTRE	.517	.763
SEXO-SEMESTRE	.574	.633
INICIATIVA		
SEXO	.048	.828
SEMESTRE	.461	.805
SEXO-SEMESTRE	1.281	.284
SOCIAL 3		
SEXO	.198	.657
SEMESTRE	.851	.517
SEXO-SEMESTRE	3.138	.028
CONOCIMIENTO DE USO DE CONDON		
SEXO	16.908	.000 *
SEMESTRE	.927	.466
SEXO-SEMESTRE	1.882	.136

* $P \leq .05$

** P = marginal

En la tabla 7, en la primera columna se menciona cada subescala del autoconcepto, las variables sexo, semestre y sexo-semestre, en la segunda columna se anotan los valores de la prueba de significancia de análisis de varianza, en la tercera columna se encuentra la probabilidad de dicha significancia.

Tabla 7a Desglose de datos de análisis de varianza en escalas de autoconcepto por sexo y semestre.

SOCIAL 1 por sexo y semestre

	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Masculino	4.50 (3)	2.00 (1)	6.00 (1)	6.33 (3)	3.50 (2)	5.26 (56)
Femenino	.00 (0)	5.00 (4)	.00 (0)	6.50 (1)	6.00 (1)	5.26 (58)

EMOCIONAL 1 por sexo y semestre

	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Masculino	4.75 (3)	4.50 (1)	6.00 (1)	5.67 (3)	3.38 (2)	5.57 (56)
Femenino	.00 (0)	5.13 (4)	.00 (0)	7.00 (1)	6.00 (1)	5.41 (58)

SOCIAL 2 por sexo y semestre

	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Masculino	4.53 (3)	2.20 (1)	5.40 (1)	5.00 (3)	3.70 (2)	4.77 (56)
Femenino	.00 (0)	5.05 (4)	.00 (0)	7.00 (1)	6.00 (1)	4.54 (58)

EMOCIONAL 2 por sexo y semestre

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Masculino	4.67 (3)	6.50 (1)	4.00 (1)	6.00 (3)	3.25 (2)	5.60 (56)
Femenino	.00 (0)	5.75 (4)	.00 (0)	7.00 (1)	5.00 (1)	5.30 (58)

OCUPACIONAL por sexo y semestre

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Masculino	5.21 (3)	5.25 (1)	4.63 (1)	5.46 (3)	3.88 (2)	5.32 (56)
Femenino	.00 (0)	4.84 (4)	.00 (0)	6.25 (1)	4.63 (1)	5.17 (58)

EMOCIONAL 3 por sexo y semestre

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Masculino	4.47 (3)	2.40 (1)	3.60 (1)	4.27 (3)	2.30 (2)	4.65 (56)
Femenino	.00 (0)	3.75 (4)	.00 (0)	4.20 (1)	4.80 (1)	4.36 (58)

ETICO por sexo y semestre

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Masculino	5.30 (3)	4.82 (1)	6.00 (1)	5.18 (3)	4.45 (2)	5.38 (56)
Femenino	.00 (0)	5.25 (4)	.00 (0)	5.18 (1)	5.82 (1)	5.47 (58)

INICIATIVA por sexo y semestre

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Masculino	4.75 (3)	4.25 (1)	6.00 (1)	4.75 (3)	5.00 (2)	4.97 (56)
Femenino	.00 (0)	4.75 (4)	.00 (0)	6.50 (1)	3.75 (1)	4.90 (58)

SOCIAL 3 por sexo y semestre

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Masculino	4.67 (3)	2.00 (1)	6.00 (1)	5.50 (3)	4.75 (2)	5.46 (56)
Femenino	.00 (0)	5.50 (4)	.00 (0)	7.00 (1)	5.50 (1)	5.40 (58)

En la tabla 7a, la primera columna corresponde al sexo, de la segunda a la séptima corresponde a datos específicos por cada semestre, con el número exacto de sujetos.

En la anterior representación gráfica, se muestra en rango intervalar, en donde se sitúa al sexo masculino y femenino con relación al conocimiento correcto de uso de condón.

SOCIAL 1	Se encontró que las mujeres son mas filiativas que los hombres, sobresaliendo las de 4º. semestre.
EMOCIONAL 1	No se encontraron diferencias ni por sexo, ni por semestre en los estados de ánimo experimentados en la subjetividad.
SOCIAL 2	Se encontro que las mujeres son mas socialmente expresivas que los hombres, destacando las de 4º. semestre.
EMOCIONAL 2	Se encontró que las mujeres expresan mejor sus sentimientos interindividuales que los hombres, sobresaliendo el 4º. semestre.
OCUPACIONAL	No se encontraron diferencias en la subescala ocupacional ni por sexo, ni semestre.
EMOCIONAL 3	No se encontraron diferencias entre los sentimientos individuales o interindividuales como productores de la salud mental, ni por sexo ni por semestre.
ETICO	No se encontraron diferencias en esta subescala, ni por sexo ni por semestre.
INICIATIVA	No se encontraron diferencias ni por sexo ni semestre.
SOCIAL 3	No se encontraron diferencias en la accesibilidad ni por sexo, ni semestre.
CONOCIMIENTO DE USO DE CONDON	Se encontró que los, hombres conocen más el condón que las mujeres, destacando los de 4º. semestre.

CAPITULO 4
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

DISCUSIONES

Si se realiza una comparación con el estudio efectuado por Byrne, B., y Shavelson, R. (1986), encontramos que el autoconcepto comienza a aumentar con la edad, aspecto que se correlaciona con los resultados de este estudio.

En una investigación realizada en Montreal por Beltempo, J., y Achille, P. (1990), se encontró que en niños con dificultades de aprendizaje, en el sexo femenino se reflejó un autoconcepto más bajo que los niños, siendo que en los resultados de este estudio, las mujeres tuvieron, mayor autoconcepto que los hombres.

En China, se realizó otra investigación acerca del desarrollo del autoconcepto de la niñez a la adolescencia y se encontró que a medida que aumenta la edad, el autoconcepto comienza a ser más abstracto y menos concreto, lo que apoya la hipótesis de "A mayor edad, mayor autoconcepto", siendo que en la edad adulta se debe tener un autoconcepto más abstracto.

En cuanto a la investigación realizada por Paéz, D., Romo; I., Sanjuan, C., y Vergara, A. (1991) en España en donde se investigaban aspectos del SIDA, tales como medidas preventivas, qué lo causaba, a quién afectaba, etc., se encontró que los sujetos aun que sabían que el condón era una medida preventiva, no lo usaban; en nuestro estudio se reportó con un 50% de conocimiento para prevención de enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, siendo esto, insuficiente.

En México, Sepúlveda, A., Valdespino, J. e Izazola, J., (1988), se encontró que en población general arriba de 15 años, respondió que el uso de preservativos es una medida eficaz, pero no lo utilizaban; en nuestro estudio se reportó un 60% de conocimiento de uso de condón, lo que dice que todavía hay distorsiones en las medidas preventivas.

En el estudio realizado en México, por Pérez, J. (1990), se encontro que entre los adolescedntes a mayor edad, mayor conocimiento en conductas de-riesgo, lo que se confirma parte de nuestra hipótesis: "A mayor edad, mayor conocimiento de uso de condón".

En otro estudio realizado a adolescentes de la Cd. de Méxcio con referencia a conocimientos de metodos anticonceptivos, se observo que en los resultados que los hombres conocen mas el condón que las mujeres, (Gomez, M., y Páez, E. 1992), corroborando el resultado encontrado en este estudio acerca de la hipótesis: "El sexo masculino conoce mas el condón que las mujeres".

En otro estudio realizado en Irlanda por Doyle, Y. y Conroy, R. (1991), se encontraron que los alumnos adolescentes estaban mejor informados a una mayor edad, corroborando la hipótesis: "A mayor edad. mayor conocimiento de uso de condón".

Por mucho de lo anterior, tal parece que los programas de prevención hacia el SIDA, no están funcionando, por lo menos en nuestro país. debido a que en 1987 eran 344 enfermos de SIDA, (Pérez, J. 1990), y hasta el 3 de abril de 1992 fueron 9802 casos, (Sector salud, 1992), cifra bastante alta. Es preciso un cambio de actitudes, pero con campañas que vayan dirigidas con características propias de cada población.

Otro punto, parece ser que en estudios realizados en otros países, y en el nuestro, cuando más saben acerca de las medidas preventivas, no las utilizan, debiéndose quizá a que los adolescentes y población en general, piensan que a ellos no les va a suceder el contagiarse de SIDA.

CONCLUSIONES

Esta investigación, en su hipótesis de trabajo expuso que existía relación entre el conocimiento de uso de condón para la prevención del SIDA y el autoconcepto en estudiantes de Educación Media Superior, dependiendo de la edad, sexo y grado escolar, encontrándose tal correlación, con el desglose de las hipótesis alternas.

En cuanto a la hipótesis: "a mayor edad, mayor grado de conocimiento de uso de condón" se acepta, porque como se puede observar en los resultados; "A mayor edad, mayor grado de conocimiento de uso de condón". La hipótesis: "El sexo masculino presenta mayor conocimiento de uso de condón", se acepta, debido a que los hombres reportan conocer más el condón que las mujeres.

La hipótesis: que postula: "A mayor grado escolar, mayor conocimiento de uso de condón" también se acepta de acuerdo con los resultados.

En cuanto a la hipótesis: "A mayor edad, mayor autoconcepto" también acepta.

La hipótesis: "El sexo masculino presenta menor autoconcepto", se acepta, porque los resultados reflejan que las mujeres tienen mayor autoconcepto.

En cuanto a la hipótesis: "A mayor grado escolar, mayor autoconcepto", se acepta, ya que los resultados lo reflejan.

ALCANCES Y LIMITACIONES

En el presente trabajo no se indagó el porcentaje de la población que era sexualmente activa, esto es, para conocer el número de adolescentes que utilizaban el condón.

Hubo presión por parte del tiempo, ya que se aplicaron los instrumentos de este estudio en un lapso breve, debido a que los adolescentes salieron de vacaciones, pudiendo haber sido más grande la muestra y posteriormente, para próximos estudios, aumentar dicha muestra.

Se pueden hacer estudios acerca de las posibles relaciones que tenga la personalidad como parte de autoconcepto y la intención de usar el condón.

Otras indagaciones que se podrían hacer es saber hacia donde dirige la agresión el adolescente, por la evitación de uso de condón, ya que como medida protectora, podría dirigirse la agresión hacia sí mismo.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Aberatury, A., y Knobel, M. (1970). 4º Ed. (1990) "La adolescencia normal". Ed. Paidós, Buenos Aires. : 7 - 162.
- Acción en SIDA. (1990). Nº 9: 1 - 12.
- Acción en SIDA. (1991). Nº. 11: 4.
- Alfaro, L., Rivera, S., y Díaz, R. (1991). "Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes". Revista Intcontinental de Psicología y Educación. 4 (2) : 151 - 165.
- Aridjís, P. (1990). "¿Cómo se contagia el virus del SIDA?". Edición Especial CONASIDA Gaceta informativa: 3 - 5.
- Barling, N., y Moore, S. (1990). "Adolescents attitudes towards AIDS precautions and intention to use condoms" Psychological Reports. 67 (3) : 883 - 890.
- Bayés, R. (1991). "Análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención". Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. 2 (3) : 74.
- Bayés, R. (1991). "Factores psicológicos en el SIDA". Publicación Oficial de la Sociedad Española. Interdisciplinaria de SIDA. 2 (3) : 149 - 150.
- Beltempo, L., y Achille, P. (1990). "The Effect of special classplacement on the self - concept of children with learning disabilities". Child Study Journal. 20 (2) : 81 - 101.
- Bernal, M., Sáenz, D., y Knight, G. (1991). "Ethnic identity and adaptation of Mexican - American youths in school settings". Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 13 (2) : 135 - 154.

- Byrne, B. (1984). "The general / academic self - concept nomological network : a review of construct validation research". *Review of Educational Research*. 54 (3) : 427-456.
- Byrne, B., y Shavelson, R. (1986). " On the structure of adolescent self - concept". *Journal of Educational Psychology*. 78 (6) : 474 - 481.
- Carrizo, H. (1982). "Anatomía funcional sexual humana" CONAPO , 2 Capítulo 1 : 17 - 89.
- Coopersmith, S. (1959), citado en La Rosa, J. (1986). "Escala de locus de control y autoconcepto: construcción y validación". Tesis doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Doyle, Y. y Conroy, R. (1991) " What Irish school children know about AIDS". *Public Health*. 105: 167 - 171.
- Drummond, R., y Hansford, S. (1991). "Dimension of self - concept of pregnant unwee teens". *The Journal of Psychology*. 125 (1): 65 - 69.
- Gollou, P. (1977). Gallup youth survey. *The Denver Post*.
- Gómez, M., y Páez, E. (1992). "Conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Cd. de México". Tesis. Universidad del Valle de México.
- Gorab, A., Hernández, L., Rescala, E., del Rió, B., y Niesvizhy, R. (1990). " La prevención del HIV en los jóvenes ". *CONASIDA Gaceta Informativa*. Año 3, Nº 5 : 6
- Horney, K. (1937), citado en Cuelli, J., y Reidl, L. (1972). 2ª. Ed. (1989). " Teorías de la personalidad". Edit. Trillas : 77 - 83.
- Hebert, Y., Bernard, J., Man, A., y Farrar, D. (1988) " Factors related to the use of condoms among French - Canadian University students". *The Journal of Social Psychology*. 129 (5) : 707 - 709.

- Kles, H., Faugier, J., Hales, C., y Morris, J., (1991). "Risk reduction among injecting equipment and in condom use". *AIDS Care*. 3 : 6 - 73.
- Leyva, J. (1988). "Condón, barrera contra el SIDA" *CONASIDA Gaceta Informativa*. Año 1, Num. 2 : 5 - 6.
- López, A. (1982). "Familia y sexualidad en México". *CONAPO*, 2, Capítulo 1 : 89 - 101.
- Lu, S. (1990). "The development of self - conceptions from childhood to adolescence in China". *Child Study Journal*. 20 (2) : 129 - 137.
- Lule, G. y Gruer, L. (1991). "Sexual behavior and use of the condoms among Ugandan students". *AIDS Care*. 3 : 11 - 19.
- Marsh, H. (1986). "Self - serving (Bais2) in academic attribution : Its relation to academic achievement and self - concept". *Journal of Educational Psychology*. 78 (3) : 190 - 200:
- Marsh, H., Smith, I., Marsh, M., y Owen, L. (1988). "The transition from single - sex to coeducational high schools : Effects on multiple dimensions of self - concept and academic achievement". *American Educational Research Journal*. 25 (2) : 237 - 269.
- Moore, S., y Barling, N. (1991). "Developmental status and AIDS attitudes in adolescence". *The Journal of Genetic Psychology*. 152 (1) : 5 - 16.
- Morrison, T., y Morrison, R. (1978). "Self - esteem, need for approval and self - estimates of academic performance". *Psychological Reports*. 43 : 503

Muna, R., y Boruck., M. (1992). " Valoración de pacientes infectados por Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH 1)". *Infectología*. 12 (3) : 417 - 156.

Olguin, P. (1982). "Desarrollo de la sexualidad en la infancia". CONAPO 3. *Capitulo 3: 105 - 115.*

O.M.S (1989) "SIDA, Información básica para el estudiante". Dirección General de Servicios Médicos. UNAM.

Padilla, A. y Baird, T. (1991). "Mexican - American adolescents sexuality and sexual knowledge: an exploraty study". *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 13 (1) : 95-104.

Papalia, D., y Wendness, S. (1970). "Desarrollo humano". 3ª. Ed. (1985). Edit. Mac Grawill : 383 - 450.

Patton, W., y Noller, P (1990). "Adolescent self - concept : Effects of being employed, unemployed or returning to school". *Australian Journal of Psychology*. 12 (3) : 247 - 259.

Pérez, D., Romo, I., San Juan, C. y Vergara, A. (1991). " Actitudes, representaciones sociales y prevención en el caso del SIDA". *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA*. 2 (3) 164.

Pérez, J. (1990). " Conocimiento y conductas de riesgo para la transmisión del SIDA en adolescentes de la Cd. de México". Tesis. Universidad del Valle de México.

Pérez, T., López R., Babín, F., Ortiz, C., Bru, F., Sabin, L., y Colomo, C. (1989). "Factores de riesgo para la información por VIH en adolescentes de Madrid ". *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA*. 2 (3) : 131.

Periódico El Nacional (1992) 4 de mayo: 3 - 4

Periódico El Nacional (1992) 7 de mayo: 2 - 3

Periódico Excelsi6r (1992) 26 de mayo: 3.

Picks, S., y L6pez, A. (1979). "C6mo investigar en ciencias sociales". 4ª Ed. (1990). Ed. Trillas : 9 - 153.

Pick, S., Canalizo, P., y Shabot, E., (1990). "Autoconcepto y percepci6n que el adolescente tiene de su relaci6n con sus padres". Psicología Social en M6xico. : 42 -45.

Pickar, D., y Tori, C., (1986). " The learning disabled adolescence: Eriksonian psychosocial development, self : concept, and delinquent behavior". Journal of Youth and Adolescence. 15 (5) : 429 - 440.

Population Reports, (1983). "Metodos de barrera". Serie H., Nª 1 : 1 - 32.

Population Reports, (1990). "Condomes ahora mas que nunca". Serie H., Nª 8: 1 - 32.

Ponce de Le6n, S., Macías, A., Cruz, A., Calva, J., Tinoco, J., Ruíz, C., Ojeda, F., Bobadilla, M., Rol6n, A., Villalobos, Y ., Castillo, A., y Ruíz, G. (1988). "Los primeros 5 ańos de la epidemia de SIDA en M6xico". Salud P6blica en M6xico. 30 (4) : 544 - 554.

Preston, H., y Margolin, J. (1978). "Todo lo que el adolescente desea saber del sexo". 18ava. Ed. (1990). Edit. Diana. : 11 - 182.

Rico, B., y Uribe, P. (1990). "¿Por qu6 no hay una vacuna contra el SIDA?" CONASIDA Gaceta Informativa. Ańo 3. Nª. 1 : 3.

Rogers, (1950; citado en La Rosa, J. (1986). "Escalas de locus de control y autoconcepto: construcci6n y validaci6n". Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Aut6noma de M6xico.

Rubio, E. (1982), "Familia y sexualidad". CONAPO 2. Capítulo 1 : 105 - 115.

San Martín, H. (1957). "Adolescencia". 3ª Ed. (1977). Salud y enfermedad. Edit. La Prensa Medica: 422 - 424.

Sector Salud. (1991). Boletín mensual SIDA/ ETS. Año 5, Nº 4. : 1100 - 1117.

Sector Salud. (1992). Boletín mensual SIDA/ ETS. Año 6, Nº. 5 : 2171 - 2189.

Sepúlveda, J., y Bronfman, M. (1988). "El SIDA en México : características y perspectivas". Salud Pública de México. 30 (4) : 501- 503.

Sepúlveda, J., Valdespino, J., e Izazola, J. (1988). "Características epidemiológicas y cognoscitivos de la transmisión del VIH de México". Salud Pública de México. 30 (4) : 513 -527.

Soberón G., (1988). "SIDA: Características generales de un problema de salud pública". Salud Pública de México. 30 (4) : 504 -512.

Stone, J., y Church, J. (1972). "Niñez y adolescencia". 3ª. Ed. (1982). Edit. Paidós Buenos Aires : 277 - 290.

Stover, J., y Bravo, M. (1991). "El efecto del SIDA en conocimientos y actitudes acerca del preservativo como método de planificación familiar en ciudades mexicanas". Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar (Edición Especial) : 20 - 23.

Street, S. (1988). " Feedback and self - concept in high - school students". Adolescence. 23 (90) : 449 456.

Strockman, C-, Gilliland, R., Struckman D., y Noth, T. (1990). "The effects of fear of AIDS and gender on responses to fear arousing condom advertisement". Journal of Applied Social Psychology. 20 (17) : 1396- 1410.

Suárez, O. (1985). "Adolescencia y juventud : aspectos demográficos y epidemiológicos en la salud del adolescente y el joven en las américas".
Publicación Científica: 4 : 489.

Valdespino, J. (1989). "De jóvenes, mujeres e infectados por el VIH".
CONASIDA Gaceta Informativa. Año 2, Nº 1 : 13.

ANEXOS

ANEXOS

CUESTIONARIO DE DIFERENCIAL SEMANTICO DEL AUTOCONCEPTO

Edad _____

Masc. _____ Carrera y Ocupacion _____

Fem. _____ Semestre _____

A continuacion encontraras un conjunto de adjetivos que sirven para describirte. Por favor, marca tu respuesta pensando en como eres tú, y no en como te gustaria ser Ejemplo:

Flaco	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Obeso(a)
Muy	Bastan	Poco	Ni fla-	Poco	Bastante	Muy		
flaco	-	flaco	co ni	obeso	obeso	obeso		
	te flaco		obeso					

Deberás dar una única respuesta, en cada renglón y solamente una, poniendo una "X" en el espacio que corresponde a tu autopercepción. Si te crees muy obeso, podrás la "X" en el espacio más cercano de la palabra obeso, si te sientes bastante flaco podrás la "X" en el espacio correspondiente si no te percibes obeso pero tampoco flaco, podrás la "X" en el espacio de en medio que está igualmente distante de los adjetivos obeso y flaco. Los espacios cuánto más se aproximen a un adjetivo, indican un grado mayor en que se posee dicha característica.

Contesta en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, y tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión. Contesta a TODOS los renglones. GRACIAS.

YO SOY

Responsable	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Irresponsable	(a)
Estable	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Voluble	(a)
Inmoral	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Moral	(a)
Amable	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Grosero	(a)
Falso	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Sincero	(a)
Eficiente	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Ineficiente	(a)
Egoísta	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Bondadoso	(a)
Cariñoso	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Frio	(a)
Indecente	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Decente	(a)
Impuntual	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Puntual	(a)
Desenvuelto	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Tímido	(a)
Insociable	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Sociable	(a)
Alegre	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Triste	(a)
Lento	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Rápido	(a)
Optimista	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Pesimista	(a)
Pasivo	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Activo	(a)
Trabajador	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Flojo	(a)
Deprimido	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Contento	(a)
Simpático	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Antipático	(a)
Deshonrado	(a)	_____	_____	_____	_____	_____	Honrado	(a)

Por favor verifica si contestaste a todos los pares de adjetivos. Gracias.

CONOCIMIENTO DE USO DE CONDÓN PARA PREVENCIÓN DEL SIDA.

EDAD
SEXO
GRADO ESCOLAR

El objetivo de este cuestionario es evaluar el conocimiento del uso del condón para la prevención del SIDA. La información será manejada confidencialmente y utilizada para fines de investigación.

A continuación aparece una serie de preguntas, respóndelas de acuerdo a tu conocimiento tachando solamente una opción, sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

Ejemplo: ¿El SIDA se puede curar?

SI _____ NO NO SE _____

1.- ¿Existen 3 tamaños de condones, chico, mediano y grande?

SI _____ NO NO SE _____

2.- ¿El condón es un método adecuado para protegerse de enfermedades venéreas?

SI NO _____ NO SE _____

3.- ¿Los sujetos heterosexuales (relación sexual hombre-mujer) deben usar condón?

SI NO _____ NO SE _____

4.- ¿El condón se debe guardar en el bolsillo de la camisa?

SI NO _____ NO SE _____

5.- ¿El empaque del condón se abre con los dientes?

SI _____ NO X NO SE _____

6.- ¿Al condón usado se le hace un nudo y se tira a la basura?

SI X NO _____ NO SE _____

7.- ¿Se debe colocar el condón sobre el pene erecto deteniendo la punta del condon con 2 dedos?

SI X NO _____ NO SE _____

8.- ¿Después de venirse (eyacular), se debe sujetar el condón por la base y retirar el pene mientras aun esté erecto?

SI X NO _____ NO SE _____

9.- ¿Los condones se pueden conseguir en cualquier establecimiento comercial?

SI X NO _____ NO SE _____

10.-¿Se siente el mismo placer si se hace el amor con condón?

SI X NO _____ NO SE _____

11.-¿Se debe utilizar un condón para cada relación sexual?

SI X NO _____ NO SE _____

12.-¿Es responsabilidad unicamente del hombre el saber colocarse el condón?

SI _____ NO X NO SE _____

13.-¿El condón pierde su efectividad si se expone al calor?

SI X NO _____ NO SE _____

14.-¿El condón se debe guardar en la cartera?

SI NO NO SE

15.-¿Existe un único tamaño de condón?

SI NO NO SE

16.-¿Algunos condones contienen Nonoxynol 9?

SI NO NO SE

17.- Si queda burbujas de aire entre el condón y el pene, ¿ se rompe con el frotamiento de la relación sexual?

SI NO NO SE

18.-Si el empaque tiene alguna rotura, ¿ el condón pierde su efectividad?

SI NO NO SE

19.- Después de la relación sexual, ¿ hay que retirar el pene con condón cuando aún esté erecto?

SI NO NO SE

20.-¿El condón pierde su efectividad a tubos fluorescentes?

SI NO NO SE

21.-¿Los condones se pueden conseguir unicamente en farmacias autorizadas?

SI NO NO SE

22.-¿Es importante verificar la fecha de elaboración (MFG), que viene en el paquete del condón?

SI NO NO SE

23.-¿Las mujeres deben saber colocar el condón a sus compañeros?

SI _____ NO _____ NO SE _____

24.-Los aceites o grasas (vasenol), ¿dañan al látex del condón?

SI _____ NO _____ NO SE _____

25.-¿El condón fabricado con tejido animal es seguro contra el SIDA?

SI _____ NO _____ NO SE _____

26. Si se guarda el condón en el automóvil (en la guantera) ¿se afecta?

SI _____ NO _____ NO SE _____

27.-¿El condón pierde su efectividad si se expone al frío?

SI _____ NO _____ NO SE _____

28.-¿El condón de látex es seguro contra el SIDA?

SI _____ NO _____ NO SE _____

29.-¿El condón evita el intercambio de venidas (semen y fluidos vaginales) que pueden transmitir el virus que produce el SIDA?

SI _____ NO _____ NO SE _____

30.-¿Los condones se pueden conseguir exclusivamente en centros de planificación familiar?

SI _____ NO _____ NO SE _____

31.-¿Una forma de deshacerse del condón usado es, arrojándolo al WC?

SI _____ NO _____ NO SE _____

32.-¿ Los condones se consiguen unicamente en consultorios médicos?

SI NO NO SE

33.-¿La envoltura del condón se abre con las uñas, por las pestañas que sobresalen?

SI NO NO SE

34.-¿Es importante verificar la fecha de caducidad (antes que se eche a perder) del condón?

SI NO NO SE

35.-¿El condón pierde su efectividad si se expone al sol?

SI NO NO SE

36.-¿El condón se desenvuelve hasta llegar a la base del pene?

SI NO NO SE

37.-¿El condón retrasa el momento de venirse (eyaculación)?

SI NO NO SE

38.-¿El condón pierde su efectividad si se expone a la humedad?

SI NO NO SE

39.-¿Se siente mayor placer cuando se hace el amor si condón?

SI NO NO SE

40.-¿El condón pierde su efectividad si se expone a la humedad?

SI NO NO SE

CONOCIMIENTO DE USO DE CONDON PARA PREVENCIÓN DEL SIDA.

EDAD
SEXO
GRADO ESCOLAR

El objetivo de este cuestionario es evaluar el conocimiento del uso del condón para la prevención del SIDA. La información será manejada confidencialmente y utilizada para fines de investigación.

A continuación aparece una serie de preguntas, respóndelas de acuerdo a tu conocimiento tachando solamente una opción, sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

Ejemplo: ¿El SIDA se puede curar?

SI _____ NO _____ NO SE _____

1.- ¿Existen 3 tamaños de condones, chico, mediano y grande?

SI _____ NO _____ NO SE _____

2.- ¿El condón es un método adecuado para protegerse de enfermedades venéreas?

SI _____ NO _____ NO SE _____

3.- ¿Los sujetos heterosexuales (relación sexual hombre-mujer) deben usar condón?

SI _____ NO _____ NO SE _____

4.- ¿El condón se debe guardar en el bolsillo de la camisa?

SI _____ NO _____ NO SE _____

5.- ¿El empaque del condón se abre con los dientes?

SI _____ NO _____ NO SE _____

6.- ¿Al condón usado se le hace un nudo y se tira a la basura?

SI _____ NO _____ NO SE _____

7.- ¿Se debe colocar el condón sobre el pene erecto deteniendo la punta del condon con 2 dedos?

SI _____ NO _____ NO SE _____

8.- ¿Después de venirse (eyacular), se debe sujetar el condón por la base y retirar el pene mientras aun esté erecto?

SI _____ NO _____ NO SE _____

9.- ¿Los condones se pueden conseguir en cualquier establecimiento comercial?

SI _____ NO _____ NO SE _____

10.-¿Se siente el mismo placer si se hace el amor con condón?

SI _____ NO _____ NO SE _____

11.-¿Se debe utilizar un condón para cada relación sexual?

SI _____ NO _____ NO SE _____

12.-¿Es responsabilidad unicamente del hombre el saber colocarse el condón?

SI _____ NO _____ NO SE _____

13.-¿El condón pierde su efectividad si se expone al calor?

SI _____ NO _____ NO SE _____

14.-¿El condón se debe guardar en la cartera?

SI _____ NO _____ NO SE _____

15.-¿Existe un único tamaño de condón?

SI _____ NO _____ NO SE _____

16.-¿Algunos condones contienen Nonoxynol 9?

SI _____ NO _____ NO SE _____

17.- Si queda burbujas de aire entre el condón y el pene, ¿ se rompe con el frotamiento de la relación sexual?

SI _____ NO _____ NO SE _____

18.-Si el empaque tiene alguna rotura, ¿ el condón pierde su efectividad?

SI _____ NO _____ NO SE _____

19.-Después de la relación sexual, ¿ hay que retirar el pene con condón cuando aún esté erecto?

SI _____ NO _____ NO SE _____

20.-¿El condón pierde su efectividad a tubos fluorescentes?

SI _____ NO _____ NO SE _____

21.-¿Los condones se pueden conseguir unicamente en farmacias autorizadas?

SI _____ NO _____ NO SE _____

22.-¿Es importante verificar la fecha de elaboración (MFG), que viene en el paquete del condón?

SI _____ NO _____ NO SE _____

23.-¿Las mujeres deben saber colocar el condón a sus compañeros?

SI NO NO SE

24.-Los aceites o grasas (vaseno), ¿dañan al látex del condón?

SI NO NO SE

25.-¿El condón fabricado con tejido animal es seguro contra el SIDA?

SI NO NO SE

26. Si se guarda el condón en el automóvil (en la guantera) ¿Se afecta?

SI NO NO SE

27.-¿El condón pierde su efectividad si se expone al frío?

SI NO NO SE

28.-¿El condón de látex es seguro contra el SIDA?

SI NO NO SE

29.-¿El condón evita el intercambio de venidas (semen y fluidos vaginales) que pueden transmitir el virus que produce el SIDA?

SI NO NO SE

30.-¿los condones se pueden conseguir exclusivamente en centros de planificación familiar?

SI NO NO SE

31.-¿Una forma de deshacerse del condón usado es, arrojándolo al WC?

SI NO NO SE

32.-¿Los condones se consiguen unicamente en consultorios médicos?

SI _____ NO _____ NO SE _____

33.-¿La envoltura del condón se abre con las uñas, por las pestañas que sobresalen?

SI _____ NO _____ NO SE _____

34.-¿Es importante verificar la fecha de caducidad (antes que se eche a perder) del condón?

SI _____ NO _____ NO SE _____

35.-¿El condón pierde su efectividad si se expone al sol?

SI _____ NO _____ NO SE _____

36.-¿El condón se desenvuelve hasta llegar a la base del pene?

SI _____ NO _____ NO SE _____

37.-¿El condón retrasa el momento de venirse (eyaculación)?

SI _____ NO _____ NO SE _____

38.-¿El condón pierde su efectividad si se expone a la humedad?

SI _____ NO _____ NO SE _____

39.-¿Se siente mayor placer cuando se hace el amor si condón?

SI _____ NO _____ NO SE _____

40.-¿El condón pierde su efectividad si se expone a la humedad?

SI _____ NO _____ NO SE _____