

163

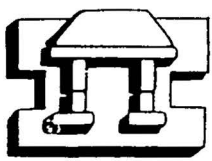


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS
SEXUALES RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA EN
ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR:
ESTUDIO PILOTO (REPORTE DE INVESTIGACION).

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARIA PATRICIA PEREZ PEREZ
ROSA VELIA ARRIOLA ORTIZ



IZTACALA

ASESORA: MTRA. MA. DE LOURDES DIANA MORENO RODRIGUEZ
DICTAMINADORAS: MTRA. OLIVIA TENA GUERRERO
MTRA. SUSANA ROBLES MONTIJO

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A la memoria de mi mamá **Angelita** por el amor y la dedicación que siempre me brindó. Este trabajo era una deuda pendiente con ella.*

*En especial, este trabajo está dedicado a mi mamá **Gloria** por los años de esfuerzo y tolerancia. Con la conclusión de éste, quiero retribuir, aunque sea en una mínima parte, todos los años de espera para cerrar el círculo.*

Agradecimientos

*De manera muy especial hago patente mi profundo agradecimiento a la **Maestra Diana Moreno Rodríguez** que con su invaluable dedicación y apoyo ha orientado mi trabajo y ha abierto nuevos horizontes a mis proyectos profesionales dando cauce a mis logros personales.*

*A las Maestras **Susana Robles Montijo** y **Olivia Tena Guerrero** mi agradecimiento a las aportaciones que de manera tan acertada y valiosa dieron a la consecución y feliz término del presente trabajo.*

A mis hijas: Velia y Gisela

Por creer en mi y darme su apoyo.

A mi madre y hermanos:

Con todo mi amor.

Rosa Velia

Agradecimientos:

**A la Mtra. Diana Moreno Rodríguez por su apoyo y
dirección en la realización de esta meta tan importante
en mi vida.**

**A la Mtra. Olivia Tena Guerrero y a la Mtra. Susana
Robles Montijo por su asesoría en esta investigación.**

CONTENIDO

Resumen.....	I
I. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	
1.1 Antecedentes del SIDA:	1
1.2 Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH)	2
1.2.1 Cofactores o factores de riesgo	4
1.2.2 Periodo de incubación	5
1.2.3 Pruebas de detección	5
1.3 Evolución de la enfermedad del SIDA	6
1.4 Formas de transmisión y conductas de riesgo	7
1.5 El SIDA en México	10
1.6 Epidemiología del SIDA a nivel mundial	12
1.7 Epidemiología del SIDA en México	13
Resumen.....	17
II. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD	
2.1 Características biopsicosociales	20
2.2 Influencias Socioculturales	24
Resumen	30
III. ADOLESCENCIA Y SIDA	
3.1 Conocimientos del VIH-SIDA	32
3.2 Percepción de riesgo	36
3.3 Actividad sexual y prácticas de riesgo	39
3.4 Conductas preventivas: uso de condón	43
Resumen.....	49
IV. PROCESO SALUD - ENFERMEDAD	
4.1 Salud y psicología	51
4.2 Psicología y SIDA: modelos psicológicos	53
4.3 Modelo psicológico de salud biológica aplicado a la prevención del VIH/SIDA.....	61

V. REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación	65
Objetivos generales del estudio.....	67
Objetivos específicos.....	67

Método

Selección de la muestra	68
Conformación de la Muestra	68
Tipo de estudio.....	69
Recursos materiales.....	69
Situación o escenario.....	69
Variables	69
Descripción del instrumento	70
Medidas.....	74
Procedimiento.....	75

VI. RESULTADOS

1. Conocimientos acerca del VIH-SIDA	77
a) Análisis por reactivo.....	79
2. Prácticas sexuales en los estudiantes de la muestra.....	82
3. Categorías de riesgo por práctica sexual.....	86
4. Colocación o uso correcto del condón.....	90
Resumen	91

VII. DISCUSIÓN

95

1. Conocimientos acerca del VIH/SIDA.....	96
2. Actividad sexual.....	102

VIII. CONCLUSIONES

120

a) Propuesta alternativa.....	127
-------------------------------	-----

Figuras	141
Referencias	176

Anexo 1.....	186
Anexo 2.....	210

RESUMEN

El modelo psicológico de salud propuesto por Ribes (1990) da la pauta para investigar y detectar los procesos involucrados en la emisión de comportamientos concretos que directa o indirectamente incrementan o previenen los riesgos de patología biológica. En el caso del VIH/SIDA, la evaluación de factores involucrados en las prácticas sexuales de riesgo o prevención relacionadas con el contagio del VIH, debe considerar lo que la gente hace o deja de hacer, cómo y en qué circunstancias lo hace, considerando la disponibilidad de información como un elemento de apoyo para la práctica misma. Con base en este planteamiento, se evaluó en una muestra de estudiantes de nivel medio superior (CETyS) el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA, 15 prácticas sexuales, y el nivel de riesgo en cada práctica sexual. Participaron 599 estudiantes, de los cuales 347 (57.9%) fueron hombres y 222 (37.1%) mujeres, el promedio de edad fue de 16 años, con un rango mínimo de 14 años y máximo de 29 años. Los resultados indicaron que los estudiantes obtuvieron un promedio global de conocimientos de 64.19%, presentando mayor conocimiento en las áreas de transmisión, sintomatología y prevención, independientemente del género, rango de edad, debut sexual y uso de protección. El 76% no ha debutado sexualmente, del 24% que ha iniciado su actividad sexual, poco más del 50% se inició antes o hasta los 15 años. Respecto a las prácticas sexuales, se encontró que las relaciones coitales, orales pasivas y orales activas son las que más realizan los estudiantes sexualmente activos; los estudiantes más jóvenes (14 a 16 años, principalmente) y los hombres, se comprometen más en estas prácticas; las mujeres realizan principalmente las relaciones anales pasivas. Las prácticas en las que no usan protección la mayoría de los jóvenes son las relaciones orales pasivas, orales activas y anales pasivas. El análisis por categoría de riesgo en los 9 elementos complementarios (frecuencia de la práctica, uso de protección, frecuencia de su uso, etc.) mostró que considerando el uso de protección, la mayoría de los estudiantes en las relaciones orales activas, orales pasivas, sexo en grupo y relaciones homosexuales están en riesgo tanto por usarla inconsistentemente, como por las razones que tienen para usarla (porque su pareja le pide que use condón o para evitar embarazos); en las relaciones anales pasivas el riesgo está presente por el no uso de protección o por usarla con parejas riesgosas. Al evaluar el uso correcto del condón, se observó que el 67% de los estudiantes no saben cómo usarlo correctamente, lo que hace suponer que a pesar de su uso, en su mayoría no lo hacen correctamente, por lo tanto están en riesgo de contagio del VIH. Finalmente, se proponen estrategias educativas acerca de sexualidad y SIDA por ser una etapa en la que la mayoría de los jóvenes no se ha iniciado sexualmente o apenas lo están haciendo y requieren conocer la gravedad del problema y la forma en la que pueden prevenir el contagio, llevando a cabo comportamientos instrumentales preventivos.

considerando que la mayoría de los jóvenes en este nivel educativo no se han iniciado sexualmente y los que ya lo han hecho incurrir en prácticas sexuales de riesgo a edades tempranas

I. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

1.1 ANTECEDENTES DEL SIDA

Aun cuando se ha considerado que el SIDA comenzó antes de la década de 1980, los primeros casos reportados oficialmente fueron: 5 en la Ciudad de Los Angeles y 26 en la ciudad de Nueva York durante 1981. En ambas ciudades se detectó que enfermedades poco comunes en gente joven (como Neumocystis Carinni -infección pulmonar- y Sarcoma de Kaposi -cáncer de la piel), observaban problemas de inmunodeficiencia generalizada (Sepúlveda y Rico, 1989; Daniels.1988).

Inicialmente se pensó que el problema de deficiencia inmune era propia de los homosexuales, tanto por su estilo de vida sexual como por las enfermedades de transmisión sexual comunes en estos grupos, lo cual los convirtió en el centro de atención. Contrariamente a esto, entre 1982 y 1983, se encontró el mismo problema en drogadictos intravenosos, hemofílicos, receptores de transfusión sanguínea, bisexuales y las parejas sexuales de los pacientes con SIDA (Richardson,1990). Así, la afectación del sistema inmunológico se extendió a diferentes grupos de personas, tanto por la actividad sexual como por otros mecanismos de transmisión.

El incremento de personas que presentaban cánceres o infecciones poco comunes como consecuencia de inmunodeficiencias de causa desconocida, los llevó a pensar que se trataba de una enfermedad adquirida, y en 1982 se le llamó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Pratt, 1987; Sepúlveda y Rico,1989), conocida mundialmente como SIDA.

Las siglas de la palabra SIDA tienen un significado específico (Mondragón , 1999)

S	SÍNDROME	Grupo de signos y síntomas clínicos que ayudan a identificar una enfermedad particular producida por la presencia de un virus específico, el VIH.
I D	INMUNO DEFICIENCIA	Fallas o falta de respuesta en el sistema inmunológico para contrarrestar infecciones.
A	ADQUIRIDA	No heredada, contraída por el contacto del individuo con otra persona que tenga el virus del VIH.

Se ha conjeturado mucho acerca de cómo y dónde se originó la enfermedad del SIDA y cómo se propagó. La hipótesis más difundida fue que el virus se presentó inicialmente en el África (Pratt, 1987), sin embargo el origen exacto es todavía incierto.

En 1986, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus llamó oficialmente Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) al causal del SIDA (Richardson, 1990), el cual había sido estudiado anteriormente por el Dr. Luc Montaigner, en 1983, quien lo llamó VAL (virus asociado a la linfadenopatía); por el Dr. Robert Gallo, quien lo denominó HTLV-3 (virus de leucemia linfotrópico de células T humanas tipo III), en 1984; y, en este mismo año, el Dr. Levy lo identificó como ARV (retrovirus relacionado con SIDA).

En la actualidad se habla de dos tipos de virus considerados letales: VIH-1 y VIH-2 (Levy, 1994), ambos son retrovirus, sin embargo, genética e inmunológicamente son distintos (Mondragón, 1999). Al VIH-1 se le atribuyen el mayor número de enfermos con SIDA en el mundo y, según declara Montaigner (García, 1996a), este virus es el responsable de la epidemia, el cual es más transmisible y progresivo en los varones. Por su parte, se considera que el VIH-2 induce el SIDA en un período de incubación más amplio y es menos transmisible que el de los casos anteriores, presentándose principalmente en África Occidental, diseminándose a la India (entre mujeres que practican el comercio sexual), y posteriormente a Estados Unidos (Levy, 1994; Cohen, 1994). La alta capacidad de mutación de estos virus ha dificultado el desarrollo de una vacuna contra la infección.

1.2 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Los virus son microorganismos que sólo pueden vivir y reproducirse utilizando los químicos y nutrientes dentro de las células (hospedantes) u otros organismos vivos a los que infectan.

Por sus características, el VIH pertenece al grupo de los retrovirus, que contienen una enzima llamada transcriptasa reversa y ácido ribonucleico (ARN), a partir del cual es capaz de producir copias de sí mismo (Pratt, 1987). Esta condición le permite tener un alto grado de mutación y, por lo tanto, de evolución en la formación de nuevas variedades (cepas), adquiriendo la posibilidad de infectar nuevas células al incorporarle

su código genético y bloqueando la secuencia estructural de proteínas y células sanas (García, 1996a), sin que haya forma de eliminarlas o combatirlas.

El VIH infecta a grupos particulares de glóbulos blancos: los linfocitos o células T4 colaboradoras, los macrófagos y las células B. Estas tienen como función principal la prevención de infecciones haciendo funcionar su red de alarma. Normalmente existe el doble de células colaboradoras que de supresoras; en el SIDA esta relación se invierte debido a la pérdida de células colaboradoras infectadas.

Además de atacar al sistema inmunológico del organismo, el VIH también infecta algunas células cerebrales (células de la glía) causando trastornos de la personalidad; y al sistema nervioso central, ocasionándole pérdida masiva de tejido cerebral. Origina encefalopatía (Cohen, 1994; Jennings, 1995), y patología neurológica como la demencia (Richardson, 1990), afecta también a las células de la retina, del recto y el colon (Jennings, 1995).

El proceso de inoculación del VIH considera las siguientes etapas (Cohen, 1994; Daniels, 1988; Levy, 1994; Mondragón, 1999).

1) Infección. Se produce a partir del momento en el que el VIH se introduce a las células (T4) del organismo y comienza a incorporarle su código genético. Puede permanecer en estado latente durante años sin que el sistema inmunitario lo reconozca y elimine. Durante este período no hay evidencias clínicas; sin embargo, el individuo infectado se convierte en infeccioso.

2) Activación. La célula infectada entra en la fase de producción viral activa, en la cual el DNA proviral genera RNA y proteínas virales que diseminan el virus infectando a diversas células y activando, por factores antigénicos (es decir, por cualesquier sustancia u objeto que desencadene la creación de anticuerpos), a aquéllas que permanecían en estado latente.

3) Replicación. Es la etapa de reproducción vírica en gran escala, en la que las células infectadas mueren y el invasor entra al torrente sanguíneo provocando un daño progresivo al sistema inmunológico. Como resultado, existen menos células disponibles para combatir las infecciones, lo que permite la presencia de enfermedades oportunistas ocasionadas por hongos, parásitos y otros virus.

1.2.1 COFACTORES O FACTORES DE RIESGO

Una vez producida la infección por VIH, la posibilidad de que se desarrolle más lenta o rápidamente el SIDA puede depender de la presencia de uno o más factores adicionales o cofactores, los cuales pueden influir en la eficacia de transmisión del virus, desarrollo de manifestaciones clínicas específicas de SIDA, avance de la enfermedad y supervivencia final. Su presencia puede explicar el porqué algunos individuos infectados por VIH desarrollan más rápidamente SIDA, mientras otros permanecen asintomáticos por largo tiempo (Cohen, 1994).

Algunos de los factores investigados que aceleran el desarrollo de la infección son:

- Infecciones víricas latentes. Algunos individuos están infectados por diferentes tipos de herpes virus, que pueden ser los Citomegalovirus (CMV), el virus de Epstein-Barr (EBV), el virus de la hepatitis B, etc. y la infección con el VIH puede activarlos (Cohen, 1994; Mondragón, 1999).
- Inmunosupresión por semen. En el coito anal receptivo, el semen infectado puede ser absorbido y pasar al torrente sanguíneo por la mucosa rectal; la exposición repetida al esperma puede causar inmunosupresión, estimulando la activación del virus VIH (Daniels, 1988).
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Estas propician gran cantidad de células inflamatorias en líquidos genitales, muchas de las cuales pueden estar infectadas con el virus. Además, las infecciones producen lesiones que facilitan el contacto de las células infectadas por el virus con las del huésped (Levy, 1994). Se ha observado que las enfermedades con úlceras genitales ocasionadas por sífilis o virus herpes simples se relacionaron con el mayor riesgo de contraer infección por VIH (Cohen, 1994).

1.2.2 PERIODO DE INCUBACIÓN DEL VIH

El período de incubación se refiere al tiempo que transcurre a partir de que el virus del VIH entra en contacto con el organismo y la aparición de manifestaciones clínicas del SIDA. Todo este proceso es lento y oscila entre un lapso promedio de 10 a 12 años (Jennings, 1995; García, 1996a). Los anticuerpos no se desarrollan inmediatamente después de la infección, generalmente transcurren de 14 semanas a 6 meses para que éstos se desarrollen, el lapso entre la infección y el momento en que son detectables los anticuerpos en la sangre se le conoce como "ventana de tiempo" (Jennings, 1995).

Después de iniciada la seroconversión (desarrollo de anticuerpos), el proceso entra en un período de latencia, es decir, los virus permanecen inactivos en las células inmunitarias, y en tal estado, el individuo puede transmitir el virus a otra persona, aún cuando no presente síntomas de enfermedad, a estas personas se les denomina portadores asintomáticos (Cohen, 1994). Finalmente, se inicia el período de producción viral activa, disminuyendo la capacidad de respuesta inmunitaria, lo que permite la acción de diversos gérmenes, dando inicio a la fase clínica de la enfermedad del SIDA, con infecciones oportunistas y cánceres (Levy, 1994; Mondragón, 1999).

Sin embargo, el avance a la enfermedad ha mostrado variaciones en diferentes sujetos infectados con el VIH. Cohen (1994) menciona que esto puede deberse a diversas causas, por ejemplo, la forma en que fue adquirido el virus (vías de transmisión), factores inherentes al sujeto (edad, género, o estado inmunitario), o la presencia de diversos cofactores.

1.2.3 PRUEBAS DE DETECCIÓN

La detección del virus VIH se lleva a cabo a través de pruebas de sangre, para identificar la presencia de anticuerpos que el individuo infectado ha desarrollado contra ese virus. Estas pruebas se realizan para saber si la persona tiene o no anticuerpos al

virus que puede causar SIDA; no es una prueba de SIDA, los resultados no sugieren si la persona enfermará o no de SIDA.

Se conocen hasta el momento dos pruebas: a) una inicial, llamada ELISA , y b) una confirmatoria conocida como Western blot o de inmunofluorescencia. Se considera que ambas pruebas tienen una precisión del 99% (Jennings,1995, Mondragón,1999).

La prueba de ELISA debe realizarse al menos de 6 a 12 meses después del momento más reciente de exposición al VIH. Un resultado positivo, suele indicar que existen anticuerpos al VIH y que el virus ha estado en el organismo por algún tiempo, por lo que ha originado que reaccione contra él. Las personas con este resultado se dice que son positivas a anticuerpos, o más comúnmente Seropositivas y, por lo tanto, capaces de transmitir el virus a alguien más que pueda desarrollarlo. Para verificar los resultados de las muestras positivas detectadas en el examen ELISA, el individuo debe realizarse la prueba Western blot.

Se recomienda que la persona se realice la prueba dos veces, con un período de 3 a 6 meses entre ambas para comprobar si padece o no la infección; o con un intervalo de tres meses durante todo un año a partir de la fecha en que la persona se expuso al virus (Richardson, 1990; Jennings, 1995).

1.3 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL SIDA

El proceso de infección presenta cuatro etapas distintas, los estados o síntomas que se presentan en cada una de ellas pueden o no coincidir en determinado momento:

1) Asintomáticos o portador sano. Esta etapa puede durar de cinco a ocho años sin ninguna manifestación o síntoma, o en algunos casos aparecer éstos a los seis meses; en esta fase el individuo puede transmitir el virus a otras personas. Las primeras semanas de la infección son críticas para controlar el lapso de esta evolución por medio de medicamentos (García, 1996a).

2) Síndrome de linfadenopatía (SLA). La linfadenopatía es una enfermedad del sistema linfático (parte importante del sistema inmune). Esta etapa se caracteriza generalmente por inflamación persistente de los ganglios a nivel de cuello, axilas e

inglés. Además, otras manifestaciones que pueden persistir por varios meses son fiebres inexplicables, dificultad para tragar, pérdida gradual de peso, etc.

3) Complejo relacionado con el SIDA (CRS). Persisten los síntomas de la linfadenopatía (inflamación de los ganglios linfáticos), acompañados por fiebres y diarreas persistentes, pérdida rápida de peso, anemia, además de otros como: algodoncillo, disfunción renal, daño nervioso, sudoración nocturna, erupciones de piel (herpes zoster), etc.

4) Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Como resultado del deterioro del sistema inmune del organismo, éste se ve expuesto a diversas infecciones y/o cánceres, principalmente las de mayor regularidad son: neumonía por neumocistis carinii (NPC), sarcoma de kaposi (SK), toxoplasmosis (infección en sangre y tejidos). Estas infecciones en los pacientes con SIDA pueden ocasionarle la muerte en el transcurso de tres años (Jennings, 1995; Mondragón, 1999).

1.4 FORMAS DE TRANSMISIÓN Y CONDUCTAS DE RIESGO.

Para que una persona se infecte con el virus VIH, éste debe encontrar una herida abierta o un orificio del cuerpo (los cuales en su mayoría contienen membranas mucosas), el virus viaja a través de las membranas y penetra en los vasos sanguíneos. Las principales vías comprobadas de transmisión son:

1) Por contacto sexual. Se presenta cuando existe un intercambio de líquidos corporales tales como semen, secreciones vaginales y sangre (menstrual) entre una persona infectada y otra sana, ya sea en homosexuales, bisexuales o heterosexuales. La transmisión por contacto sexual de mujer a mujer no ha sido comprobada (Cohen, 1994).

a) El coito anal homosexual o heterosexual es el medio más eficaz para transmitir el virus del VIH, y el mayor riesgo lo tiene la persona receptora, es decir, la que es preñetrada (Cohen y Miller, 1998), ya que la presencia de semen infectado y la sangre que se provoca por la penetración rectal, permite que el virus entre con mayor facilidad en el torrente sanguíneo. Sin embargo, no es necesario que haya heridas para que se

produzca el contagio ya que, en la superficie del ano se encuentran los macrófagos errantes que ayudan a que el virus entre fácilmente al torrente sanguíneo (Jennings, 1995).

b) El coito heterosexual vaginal. La posibilidad de transmisión heterosexual de mujer a hombre vía vaginal es casi imposible, debido a las características anatómo-fisiológicas de la mucosa vaginal, hay más resistencia a la transmisión del virus (OPS, 1985, en Robles, 1999).

c) Relaciones sexuales oro-genitales (contacto de la boca de una persona con la vagina, pene o ano de otra). El contagio puede ocurrir de pene a boca y de vagina a boca y que el contagio de boca a pene o vagina es menos probable (Edward y Carne, 1998).

2) Vía sanguínea. La transmisión se realiza por la exposición de sangre o productos sanguíneos contaminados mediante:

a) Transfusiones de sangre de un donador infectado por el VIH a un individuo sano que requiere sangre, por enfermedad aguda, intervención quirúrgica o enfermedades crónicas como la hemofilia. Aun cuando desde 1985 se desarrolló una prueba para detectar VIH en la sangre, si el donador ha sido infectado recientemente, las probabilidades de que el virus sea detectado son menores, y se corre el riesgo de recoger sangre infectada .

b) Drogadicción intravenosa. La droga en sí misma no causa la infección, el virus se transmite a través de las agujas y jeringas compartidas que contienen sangre contaminada.

c) Objetos punzocortantes. La infección tiene lugar cuando se utilizan objetos como agujas, tijeras, etc, contaminadas con sangre infectada con el virus, como es el caso de los acupunturistas, manicuristas, hacedores de tatuajes, los trabajadores de los servicios de salud, etc.

3) Transmisión transplacentaria y perinatal. La infección puede contraerse de tres formas: en el período intrauterino, durante el parto o en la lactancia. En el período intrauterino, al circular la sangre infectada de la madre al bebé a través del cordón umbilical; durante el parto, la infección ocurre al pasar el bebé por la vagina y entrar en

contacto con secreciones vaginales o sangre infectada, aunque aún no se ha establecido si el tipo de parto (vaginal o cesárea) es importante para la transmisión del virus (Cohen,1994). En la lactancia, el recién nacido adquiere el VIH al ser alimentado con leche materna.

Aun cuando las diferentes vías mencionadas son fuente importante de diseminación del virus, se ha demostrado que la principal es la transmisión por contacto sexual (homosexual, bisexual y heterosexual), mientras que la transmisión por vía sanguínea, --principalmente transfusiones--, ha disminuido tanto en hombres como mujeres gracias al uso de pruebas para detectar anticuerpos al VIH (SIDAVETS, 1998a).

Se ha comprobado que el VIH no se adquiere por contacto casual (como el estar cerca de una persona enferma con SIDA, saludarla de mano, compartir utensilios o el mismo cuarto de baño, etc.), como tampoco se transmite por líquidos corporales como el sudor, las lagrimas o la saliva, ya que el virus se destruye fácilmente fuera del cuerpo.

Friedland (en Bayés,1992b) evaluó a personas sanas que tuvieron contacto casual con pacientes de SIDA, estos contactos tuvieron una duración variable y consistieron en caricias, besos, compartir el cepillo dental y beber del mismo vaso. Los resultados mostraron que ninguna persona desarrollo anticuerpos al virus VIH después de los diferentes contactos. Por otro lado, Piazza (citado por Cohen,1994) sugiere que aun cuando el riesgo de infectarse con el virus durante el intercambio de saliva (principalmente a través de los besos) es bajo, no se excluye por completo, ya que las lesiones microscópicas en la mucosa oral pueden propiciar la infección. Sin embargo, la baja concentración del virus en la saliva, indca que este medio de transmisión es improbable; no hay casos confirmados de infección por esta vía.

En suma, el VIH puede ser transmitido a cualesquier ser humano, independientemente del sexo, edad, condición social o preferencia sexual, por lo que se considera que no existen grupos de riesgo, sino prácticas y circunstancias de alto riesgo de transmisión de tipo sexual (homosexual, bisexual o heterosexual); sanguíneo (transfusiones, inyecciones de drogas intravenosas), y perinatal. Hablar de grupos y no de conductas implica que muchas personas puedan no identificarse con los primeros, pero sus conductas los ponen en riesgo (Richardson,1990; Valdespino, García e Izazola, 1989)

Los factores considerados de mayor riesgo para adquirir la infección del VIH son:

- Multiplicidad de compañeros sexuales
- Prácticas sexuales de alto riesgo, sin protección
- Utilizar inapropiada o inconsistentemente el condón
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Uso de agujas sin esterilizar para mezclar o inyectarse drogas

1.5 EL SIDA EN MEXICO

- En 1983 se notificaron los primeros casos de SIDA en pacientes homosexuales, sin embargo, se considera que la epidemia se inició en 1981 (SIDA/ETS, 1993).
- En 1985 se establece una ley para practicar, bajo control, pruebas de sangre en todos los donadores (Valdespino, García, Del Río, Loo, Magis y Salcedo, 1995).
- En 1986 la Secretaría de Salud creó el Comité Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), con la finalidad de estudiar, registrar y evaluar todo lo referente a esta enfermedad. La Secretaría de Salud crea además una serie de folletos con preguntas y respuestas acerca del SIDA, dirigida a la población en general (Rico, Bronfman y Del Río, 1995). En este año se habían reportado 134 casos de SIDA y, para diciembre del mismo, eran ya 250 los casos, la mayoría infectada por vía sexual (García, 1996b; Valdespino, et al. 1989).
- En 1987, se inicia una vigilancia epidemiológica y se obliga a las diferentes instituciones médicas canalizar a los enfermos de SIDA o portadores asintomáticos del VIH a la Dirección General de Epidemiología. Se prohíbe la comercialización de la sangre (Sepúlveda y Rico, 1989).

Se abre el primer centro de información sobre SIDA y da inicio la campaña nacional de educación sobre el SIDA a través de diferentes medios de comunicación, cuyo objetivo era dar a conocer los mecanismos de transmisión y medidas preventivas, promoviendo entre éstas, la monogamia. Es usada la palabra "condón" en forma explícita a través de estos medios, lo que causó una gran controversia en diversos grupos sociales (Valdespino, et al. 1989).

Se evalúa el impacto de las campañas, a través de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), en las cuales se evidenció por un lado, el escaso conocimiento sobre los patrones de comportamiento sexual; y por otro, un contraste entre el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad (transmisión y prevención), y la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales de los individuos. (Rico, et al. 1995).

Desde entonces se concluyó que la información era necesaria pero no suficiente para concientizar a la población en la modificación de conductas, y que las personas no se percibían a sí mismas en riesgo de contraer la infección por VIH, a pesar de incurrir en prácticas que sabían, eran de riesgo (Sepúlveda y Rico, 1989; Rico, et al. 1995).

- En 1988 se descentraliza el CONASIDA de la Secretaría de Salud (Sepúlveda y Rico, 1989)
- En 1989 se inaugura TELSIDA cuyo objetivo era otorgar información y asesoría acerca el VIH-SIDA. CONASIDA organiza un foro para consultar a la sociedad y tratar diferentes aspectos en torno al SIDA, algunos de los cuales fueron: el papel del gobierno y de los medios de información en relación a la epidemia, la educación sexual en las escuelas, la discriminación y los derechos humanos, etc. (Rico, et al. 1995)
- En 1992 CONASIDA organiza un seminario multidisciplinario para obtener información acerca de las necesidades detectadas, de las poblaciones a las que se debía llegar, y de los canales y mensajes más adecuados para informar y concientizar a la población en relación a la epidemia (Rico, Bronfman y Del Río, 1995).
- En 1996, la Secretaría de Salud (SSA) conjuntamente con la Secretaría de Educación Pública (SEP), plantean la incorporación del tema de prevención del VIH/SIDA en los libros de texto de primaria y secundaria. Además plantean como estrategias de acción para una educación sobre la salud sexual, el entrenamiento a profesores, la elaboración y distribución de materiales y fortalecer la campaña de prevención del SIDA en medios masivos (SIDA/ETS. 1998b).
- Actualmente, la información estadística y los avances de investigación acerca del SIDA se publican en la revista trimestral SIDA/ETS., misma que fue iniciada desde 1987. Por otro lado, una de las estrategias a nivel masivo para seguir informando a la

gente sobre la enfermedad del SIDA , han sido las campañas diseñadas para tal fin y dadas a conocer a través de diferentes medios de comunicación (Chávez, 1990). A pesar de que, por sí solas las campañas no han sido suficientes para modificar conductas de riesgo e incrementar la percepción de riesgo de la población (como lo mostraron los resultados de las encuestas CAP), estas campañas son necesarias para mantener presente el problema (que la gente no olvide que existe).

1.6 EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA A NIVEL MUNDIAL

En 1988 el SIDA ocupaba el 18º lugar como causa de muerte, principalmente en hombres de 25 a 34 años de edad. En 1998, el SIDA ocupa la cuarta posición como causa de muerte a nivel mundial (ONUSIDA,1999a)

A finales de 1997, la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA) estimó que, de las personas infectadas con el virus (30.6 millones), un promedio de 16,000 se infectaban diariamente, de estas el 10% eran menores de 15 años, 7 mil eran jóvenes entre los 20 y 24 años de edad y 42% eran mujeres (SIDA/ETS,1998c).

En julio de 1998, la ONUSIDA consideró que más del 50% de las nuevas infecciones de VIH se produjeron en jóvenes de 15 a 24 años, y el mayor número de casos con SIDA, en sujetos entre los 20 y 44 años, por lo que muchas de las infecciones ocurrieron durante la etapa adolescente (SIDA/ETS, 1998b).

La principal vía de transmisión registrada a nivel mundial hasta 1998 fue el contacto sexual (60.6%); en segundo lugar, la transmisión sanguínea (9%); y por último, la transmisión perinatal (3%).

1.7 EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN MEXICO*

En 1983 se diagnosticó el primer caso de SIDA en México, para 1998 (15 años después), el país ocupaba el 13° lugar en cuanto al número de casos notificados mundialmente y el 3° lugar dentro del continente americano.

El total de casos de SIDA hasta diciembre de 1998 fue de 38,390 (32 mil en hombres y 5,500 en mujeres), la razón de infección hombre/mujer es de seis a uno, datos similares a los reportados desde 1988. Aún cuando se han reportado casos de SIDA en toda la República Mexicana, el 55% de éstos se concentraron en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco. Los estratos socioeconómicos urbanos medio y alto han sido los mayormente afectados, sin embargo, en el nivel socioeconómico bajo, en las áreas rurales y fronterizas del país se reporta un incremento en el número de casos con SIDA.

Casos de SIDA por edad y sexo.

Los casos reportados en 1995 se concentraron principalmente en adultos (83.7% en hombres y 13.5% en mujeres), en segundo lugar en menores de 15 años (2.8%).

En 1998, el grupo de edad más afectado fue de los 25 a 44 años (78% de los casos en hombres y 73% en mujeres). En el cuarto trimestre de 1999, de los casos de SIDA notificados, el mayor porcentaje se presentó en el grupo de 15 a 44 años (79% en hombres y 77% en mujeres).

Casos de SIDA por categoría de transmisión y género.

Hasta el cuarto trimestre de 1999, la principal vía de transmisión seguía siendo la sexual (87%), mientras el 13% por vía sanguínea, la transmisión por vía sanguínea ha

* Los datos mencionados en este apartado están tomados de las siguientes fuentes: CONASIDA, 1999a; CONASIDA, 1999b; Mondragón, 1999; SIDA/ETS, 1993; SIDA/ETS, 1996; SIDA/ETS, 1997a; SIDA/ETS, 1997b; SIDA/ETS, 1998a; SIDA/ETS, 1998b; SIDA/ETS, 1998c; Valdespino, García, Del Río, Loo, Magis y Salcedo, 1995.

disminuido a partir de 1992, año en que se prohibió la comercialización de sangre. De 1997 a 1998, los casos de SIDA reportados por esta vía, disminuyeron de 3.7% a 2.7%.

HOMBRES

Transmisión sexual. Es la principal vía de contagio en hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales. Los datos de 1988 (92.7%) a 1998 (91.7%), señalan a ésta como la principal fuente de infección.

Los casos reportados en 1988 en homosexuales y bisexuales (58.6% y 26.3% respectivamente), indican porcentajes superiores a los heterosexuales (7.8%). En febrero de 1998, del total de casos, 38.7% fueron en homosexuales, 26% en heterosexuales, y con un porcentaje similar a éste último, bisexuales. Aun cuando la transmisión en homosexuales sigue predominando, la transmisión heterosexual se está incrementando; así lo muestran los datos de 1988 (7.8%), 1996 (24.8%) y 1998 (26%).

Transmisión sanguínea. En general, se ha reportado un descenso de los casos infectados por esta vía: de 19.4% en 1991 y 8.4% en 1995, a 0.4% hasta el cuarto bimestre de 1999. De éste último porcentaje, la transmisión ha sido principalmente por uso de drogas intravenosas y donación de sangre (0.2% en cada caso).

Drogadicción intravenosa. Los casos reportados por uso de drogas intravenosas han sido relativamente bajos: 0.4% en 1988. De los 335 casos reportados en 1995, 195 eran además homosexuales; y sólo 146 tenían antecedentes de drogadicción intravenosa. En 1998 se registró el 1.0% en esta categoría y para el cuarto trimestre de 1999, el porcentaje de transmisión por esta vía fue de 0.2%.

MUJERES

Vía sanguínea. El primer caso de SIDA notificado en México fue diagnosticado en 1985 por transmisión postransfusional. Durante los primeros años, esta forma de transmisión representó el 100 % de los casos y descendió consistentemente: en 1988 representó dos terceras partes del total de casos reportados, en 1993 continuaba predominando (53.3%); sin embargo, ya se había visto reducida en relación a los primeros años. El total acumulado hasta julio de 1998 es de 42.5%, predominando los casos por transfusión (39.9%).

Transmisión sexual. En contraste con 1988, en donde sólo la tercera parte (33 casos) del total de los casos reportados correspondieron a la transmisión heterosexual, se ha observado un incremento de 40.3% en 1991 a 52.5% en 1996. En julio de 1998, el total de casos acumulados fue 56.3%. Se considera que la mayoría de las mujeres tenían parejas permanentes infectadas, que pertenecían a grupos de alto riesgo (bisexuales, usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos).

Transmisión por drogadicción intravenosa. Los datos acumulados hasta julio de 1998 no reportan casos de transmisión por esta vía.

Casos de SIDA por categoría de transmisión, sexo y edad

HOMBRES

Transmisión sexual. En 1988 el porcentaje por prácticas homosexuales (52.8%) fue superior a las bisexuales (20%); y ambas, superiores a las heterosexuales (7%). La mayor proporción de casos atribuibles a esta vía en los diferentes años (1988-1997), se concentra en el grupo de 20 a 44 años. En 1998, se indica que el grupo de edad mayormente afectado es de 20 a 39 años.

Transmisión sanguínea. En 1988 los grupos mayormente afectados eran menores de 15 años y mayores de 64 años, debido a recepción de sangre (43.8% en hemofílicos y 27.1% en transfundidos). En 1998, los casos acumulados por esta vía se encuentran en los grupos de 5 a 14 años (transfundidos) y de 5 a 19 años (hemofílicos).

Transmisión por drogadicción intravenosa. Esta categoría ha sido reportada con una relación de 19 casos en hombres por uno en mujeres de 15 a 19 años. En 1988 el mayor número de casos reportados en esta categoría fue dentro del grupo de 15 a 24 años (1.5%); y en julio de 1998, en el grupo de 15 a 29 años (1.1%).

MUJERES.

Transmisión sexual. En 1993 el grupo de 20 a 44 años fue el más afectado, dentro de éste, las mujeres de 15 a 19 años presentaron una proporción mayor de casos asociados a transmisión heterosexual (51.9%). Porcentajes similares en el mismo grupo de edad son reportados hasta julio de 1998.

Transmisión sanguínea. En 1988 fue la principal forma de transmisión. Los casos se asociaron a transfusiones en menores de 15 años (50%) y en mayores de 62 años (hasta el 100%). En febrero de 1998 el mayor número de casos reportados por transfusión fue en el grupo de 40 a 49 años y de 65 años en adelante (37.3%), y en el grupo de 10 a 14 años (44.7%).

Transmisión por drogadicción intravenosa. Hasta 1995 sólo 15 mujeres habían sido reportadas por este tipo de contagio. En julio de 1998 los casos reportados se concentran en el grupo de 15 a 19 años (3.5%). El uso de drogas intravenosas no representa el medio de transmisión más importante en el país, a diferencia de los Estados Unidos, cuya proporción de casos infectados por esta vía es superior.

Casos Pediátricos

En 1987 se diagnosticó el primer caso pediátrico de SIDA en un hemofílico menor de 15 años. Hasta 1988 la principal forma de transmisión era la sanguínea (hemofílicos, 35.0% y transfundidos 35.7%); la vía de transmisión perinatal y sexual representaba el 21.7% y el 5% respectivamente.

A partir de 1990 se reportó un descenso en la transmisión por vía sanguínea, de 43% en este año a 26.8% en 1994. Por el contrario, la transmisión perinatal ha incrementado como consecuencia del incremento de mujeres infectadas por vía heterosexual, del total de casos pediátricos reportados hasta octubre de 1998 (2.5%), el 50% adquirió el virus por vía perinatal.

Mortalidad.

En 1988 el SIDA era la décima octava causa de muerte y en 1992 ocupaba ya el quinto lugar. Mientras en los varones de 25 a 34 años, el SIDA era la décima primera causa de muerte en 1988, en las mujeres no aparecía dentro de las primeras 20 causas. Sin embargo, para 1991, el SIDA era la cuarta causa de muerte en los hombres y la doceava en mujeres. Para el primer trimestre de 1999 el SIDA era la tercera causa de muerte en hombres y la sexta en mujeres, ambos en el grupo de 25 a 34 años. Del número total de muertes de 1991 a 1998 (20,000), la mitad correspondió a este grupo

de edades (25 a 34 años), lo cual indica que fallecieron en el período productivo y reproductivo de mayor importancia.

En resumen, el SIDA es hasta el momento, una enfermedad que no tiene cura, tampoco hay explicación de por qué algunos individuos infectados con el VIH desarrollan SIDA y otros no, o por qué tienen períodos de sobrevivencia diferentes. Se considera que existen factores económicos, medioambientales y/o psicológicos que influyen en el desarrollo de la enfermedad (SIDA/ETS, 1998b).

El SIDA en la actualidad no necesariamente es sinónimo de muerte a corto plazo, gracias a los medicamentos desarrollados para prevenir o controlar las enfermedades oportunistas, se puede alargar la vida del paciente, mejorando su calidad de vida (García, 1996a). Paralelo a la investigación de nuevos medicamentos, se han emprendido campañas dirigidas a la población en general o a sectores específicos (homosexuales, prostitutas, drogadictos, etc) para informar lo que es el VIH/SIDA, cómo se transmite y previene; así como establecer o reforzar el uso del condón (Chávez, 1990).

Si bien la transmisión por contacto sexual no es la única forma de contagio del VIH, es la que más número de casos ha reportado. Asimismo, estadísticamente se ha demostrado que la población heterosexual se ha visto fuertemente afectada con esta enfermedad, contrariamente a lo que se pensó inicialmente, cuando los primeros infectados con el virus eran personas homosexuales.

Independientemente del género, edad, posición social, cualesquier persona puede adquirir el VIH si lleva a cabo conductas de riesgo, como las mencionadas en la sección correspondiente.

En relación a la diseminación de la epidemia del SIDA a nivel mundial y nacional, los adolescentes y adultos jóvenes constituyen el grupo de población que más ha preocupado a los investigadores, por las siguientes razones:

- Aproximadamente el 69% de la población a nivel mundial son adolescentes y jóvenes menores de 25 años; a nivel nacional esta situación no es diferente.
- El incremento en el número de casos registrados de jóvenes infectados con el VIH o enfermos de SIDA. En 1988, los datos indicaban que la infección por VIH era rara en

adolescentes de 15 a 19 años (menos del 1% de todos los casos reportados); en 1998 más del 50% de las nuevas infecciones por VIH en el mundo se reportaron en jóvenes de 15 a 24 años. Se estima que en nuestro país, el 30% de los casos reportados con SIDA se produjeron en personas de 20 a 29 años, lo cual indica que la infección ocurrió durante la etapa adolescente (SIDA/ETS, 1998c).

- A nivel mundial una de las principales vías de contagio ha sido el contacto sexual, en México el 86.6%% de los casos reportados hasta el cuarto trimestre de 1999 fueron atribuidos a ésta vía, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres, aunque el reporte de casos reportados en estas últimas está aumentando..
- El incremento en la población de jóvenes usuarios de drogas. En México, aún cuando la prevalencia de infección por uso de drogas inyectadas es bajo, existen casos, principalmente en las ciudades fronterizas. En 1997, de los 423 casos de infección por esta vía (33 casos se presentaron en el Distrito Federal), el 94.6% fueron hombres, y las edades oscilan entre los 15 y 29 años de edad (SIDA/ETS, 1998b).

Algunas variables consideradas importantes por la influencia directa o indirecta que sobre la adquisición o diseminación del VIH/SIDA tienen, son las siguientes:

- La actividad sexual. Mundialmente se ha reportado que la mayoría de los jóvenes inician sus encuentros sexuales entre los 13 y 19 años (SIDA/ETS, 1998b).
- Información sexual. La deficiente o nula información que tienen los jóvenes acerca de la sexualidad.
- Comportamientos de riesgo. Las reiteradas conductas sexuales de riesgo llevadas a cabo por adolescentes y jóvenes como son los cambios frecuentes de pareja sexual, tanto en relaciones consideradas monógamas como en encuentros casuales; ausencia o inconsistencia en el uso del condón (Bernal y Hernández, 1997).
- Embarazos. El incremento de mujeres jóvenes que presentan embarazos no deseados o prematuros como consecuencia del uso inadecuado, inconsistente o la ausencia de medidas preventivas. En México se estima que el 35% de las mujeres de 20 a 24 años tuvieron un hijo antes de cumplir 20 años de edad (SIDA/ETS, 1998c), como consecuencia, el riesgo de transmisión del virus por vía perinatal puede estar presente.

- Enfermedades de transmisión sexual. El incremento en el número de jóvenes con enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el desconocimiento que se tiene acerca de éstas y su prevención. La población mayormente expuesta a nuevas enfermedades de transmisión sexual (además del SIDA), en su mayor parte está compuesta por gente joven: 34% en el grupo de 15 a 24 años y 41% en el de 25 a 44 años (Bernal y Hernández, 1997).
- El consumo de drogas y alcohol: factores asociados a los encuentros sexuales de riesgo.

Señalado lo anterior, es importante conocer las características de la población adolescente, tomando en cuenta sus cambios biológicos y psicológicos a partir de la pubertad, así como las variables culturales, sociales y educativas que influyen en la formación y desarrollo de su comportamiento sexual, lo cual permitirá conjuntamente con las investigaciones realizadas con jóvenes, en torno a la epidemia del SIDA, analizar las variables que influyen para la ocurrencia de conductas sexuales de riesgo o prevención.

II. Adolescencia y Sexualidad

2.1. Características biopsicosociales

La adolescencia se ha considerado como una etapa de cambio de la vida infantil a la etapa adulta. Este período de transición en el joven está apoyado en recursos psicológicos, sociales y culturales obtenidos de su interacción con el medio para conformar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio (Secretaría de Educación Pública, 1992). Estos factores tendrán una influencia decisiva en las posibles actitudes, percepciones y conductas del adolescente en su vida adulta, las cuales estarán sujetas a modificaciones constantes como resultado de la experiencia y el aprendizaje.

Esta etapa de transición comprende básicamente la pubertad y la adolescencia. (Florenzano, 1991; Petersen, Leffert y Graham, 1995). Si bien, este proceso tiene un principio biológico que es la pubertad, el final de la adolescencia no se puede delimitar por ser eminentemente un concepto social, ya que como lo menciona Erickson (Citado por Ortiz, 1990), cada cultura moldea la evolución a la adultez de acuerdo a sus propias necesidades y expectativas, y por ello en continuo cambio.

El desarrollo se inicia con la llamada pubertad, la cual consiste en el proceso de maduración sexual que se caracteriza por presentar un conjunto de cambios fisiológicos y físicos (producción de hormonas y aparición de caracteres sexuales secundarios), cuya consecuencia relevante en la mujer es la capacidad para concebir, y en el hombre para procrear.

Tanto los cambios fisiológicos como físicos provocan en el joven (hombre y mujer) impulsos en la conducta sexual (Powel, 1992), que se manifiestan, por un lado, en la curiosidad e interés en el área sexual a través de la exploración y visualización de su cuerpo, así como del cuerpo de otros (principalmente de las características sexuales secundarias); y, por otro, en emociones y deseos que deben ser canalizados por el adolescente en función del ambiente social en que se desenvuelve (CONASIDA, 1991).

Así también, la maduración sexual va acompañada por una actitud frente a estas transformaciones en las que se contemplan patrones de conducta y de status social que

correspondan al nuevo funcionamiento del cuerpo y de ajustes con respecto a sí mismo y a su medio. Su actitud frente a estas transformaciones y al papel sexual (masculino o femenino) que deben asumir, están en función de las expectativas que una sociedad determinada contempla para el joven. Éste, en su proceso de desarrollo, debe cambiar y reorganizar un conjunto de comportamientos para ajustarse a los requerimientos propios de su grupo social y responder a las ideas e intereses que le son demandados en función del papel sexual asignado.

El papel sexual se refiere al aprendizaje y al desempeño de unas características y un comportamiento socialmente aceptado en función del género, ya que la sociedad asigna y/o autoriza comportamientos apropiados para ambos géneros en función de edad, status socioeconómico, profesión, etc. (Bustos,1994).

Diferentes autores concuerdan en afirmar que el adolescente en general, atraviesa por una serie de modificaciones en su comportamiento, los cuales se presentan interrelacionados en un proceso dinámico, y lo prepararan para desempeñar su rol sexual como adulto (Ortiz,1990; Knobel,1993; Rapport,1993; Florenzano, 1991; Muuss,1991).

Powell (1992) menciona que existe similitud en diferentes sociedades occidentales en cuanto a los patrones de comportamiento que manifiestan los jóvenes durante su proceso evolutivo. Así también, este mismo autor agrega, que la forma en que éstos se manifiesten, responderán al contexto específico en que se desenvuelve el joven (familia, comunidad, etc.).

Algunos de los comportamientos que manifiesta el adolescente y que posiblemente determinarán su proyección como adulto serán expuestos de manera breve a continuación:

- Búsqueda de identidad: el joven se enfrenta al dilema de quién es él y cuál ha de ser su papel en la sociedad, y uno de sus primeros conflictos, según Hernández (1995), es su posición social ambigua, ya que no tiene un estatus y rol definido. Esta búsqueda de sí mismo le permite evaluar diferentes instancias sociales (religión, política, cultura, etc) que le son impuestas. Reformula y evalúa los valores, expectativas y oportunidades que le brinda a sociedad a la que pertenece (SEP s/p; Azuela de la Cueva, 1989), así como el concepto que tiene de sí mismo (Knobel,

1993). En este proceso las figuras de identificación y la forma en que el adolescente se relacione con éstas, serán primordiales para su proceso de desarrollo.

- **Contradicciones en su conducta:** conjuntamente con la maduración sexual, generalmente se pueden presentar en el adolescente manifestaciones de inestabilidad emocional (fluctuaciones constantes de humor y estados de ánimo). La rebeldía puede surgir como una consecuencia del proceso de independencia de la familia y del rechazo a las ideas establecidas, así como de la inconformidad con la sociedad en que vive (Ortiz, 1990).
- **Constante evaluación:** el adolescente centra su atención al propio cuerpo, generalmente está preocupado por su apariencia y capacidades físicas (Rapport, 1993), tiende a estar en constante comparación con las diferencias individuales entre sus compañeros, en función de los modelos y patrones de conducta que marque su grupo social (SEP, s/p) influidos por los diferentes medios de información (TV, revistas, etc), el joven posiblemente se sentirá más adecuado mientras más se asemeje a estos estereotipos, e intentará cambiar en tanto más se aleje de ellos (Hernández, 1995).
- **Adaptación y ajuste de normas, creencias y valores:** generalmente tiende a cuestionar las normas y valores impuestos, porque no son acordes con las propias experiencias y ensaya cómo quisiera que fueran. La moral sexual implica para él un fuerte conflicto, ya que su deseo sexual e interés en estas actividades aumenta, por lo que tiene que reajustar o adaptar esa ética sexual existente a su forma de vida, lo cual implica que ensaye varios comportamientos. Esto posiblemente lleva al joven a buscar soluciones equivocadas como por ejemplo: matrimonios tempranos, promiscuidad sexual o por el contrario, reprimir su sexualidad (Stephen, 1988),
- **Necesidad de independencia:** el adolescente comienza a desprenderse paulatinamente de los padres y a cuestionar las pautas culturales de ellos, poniendo a prueba las capacidades que va adquiriendo, para lograr una imagen más clara de sí mismo (Rapport, 1993). En su proceso de independencia, busca otras figuras de identificación (amigos, maestros u otros) que le parezcan más competentes o prestigiosos. Esto es importante para su maduración psicosexual, ya que éstas influirán (positiva o negativamente) en la forma que adopte los valores que se le

presenten (SEP, 1992).

Aberastury (1993) menciona que el desprendimiento del hijo con respecto a los padres es decisivo en el desarrollo ya que, si existe dificultad en la emancipación, la dependencia generalmente se transfiere a los amigos y/o al noviazgo; se canaliza a través del uso de sustancias tóxicas y/o la ejecución de actividades sexuales tempranas, cuya consecuencia será, entre otras cosas, adicciones, embarazos prematuros, enfermedades de transmisión sexual.

- Búsqueda de aprobación social y aceptación de su grupo. El adolescente se integra en grupos y a las demandas de éste (modas, costumbres, lenguaje, etc.), con ellos ensaya diferentes roles, desarrolla habilidades, comparte ideas, intereses y sentimientos. La búsqueda de aprobación y aceptación social posiblemente lo llevará a imitar conductas del grupo, y junto con sus amigos o con el apoyo de éstos, buscará trasgredir las normas establecidas y experimentar con conductas de riesgo como el uso de alcohol, drogas, cigarro, actividades sexuales, etc. Rapport (1993) menciona que las experiencias adquiridas por la interrelación del joven con sus amigos, influirán positiva o negativamente sobre el concepto que tiene de sí mismo y le servirán como prototipo de las relaciones que establezca como adulto y con el género opuesto.
- Evolución Sexual. A medida que se agudiza el impulso sexual, el adolescente entra en tensión ya que, por su inexperiencia, no sabe manejar este impulso y busca la gratificación inmediata y las oportunidades para expresarla, desde el autoerotismo hasta el contacto sexual, es lo que Powell (1992) considera como el proceso de identidad sexual y de género.

Inicialmente, las conductas de masturbación son llevadas a cabo como fuente de gratificación inmediata y como un intento por reducir la tensión producida por los cambios internos experimentados (Hernández, 1995). Aun cuando se considera que la mujer es la que inicia la actividad masturbatoria durante la pubertad (Smith, Rosenthal y Reichler, 1996), los hombres son los que principalmente mantienen esta conducta, incrementando su frecuencia, en comparación con un porcentaje menor de mujeres que la ejecutan (Florenzano, 1991).

El joven muestra un especial interés por todo lo relacionado con el sexo (Tiefer,

citado por Odriozola e Ibañez, 1992) e invierte mucho de su tiempo en fantasías provocadas por la observación de cuerpos desnudos, principalmente del género opuesto; por lecturas de libros o revistas con temáticas sexuales o con películas de corte erótico; así como en pláticas o bromas con sus compañeros alrededor de la conducta sexual. Las relaciones heterosexuales en el inicio de la adolescencia son más de grupo (en fiestas, excursiones, etc.) y sirven de nexo social con el género opuesto, ya que el joven se siente apoyado por la presencia de sus amigos.

En sus primeras relaciones de pareja, el adolescente busca popularidad, y probar que es maduro y atrae al género opuesto (SEP, 1992). De acuerdo con Erickson (citado por Muuss, 1991) el joven en estas primeras relaciones de pareja, no busca la satisfacción sexual en sí misma, sino un intento de afirmar su identidad.

- Ajuste con respecto a su maduración sexual: La maduración genital y el impulso sexual enfrenta al adolescente a la tarea de buscar nuevas figuras en quienes depositar sus deseos; esto es, lo estimula para relacionarse con el género opuesto. Las relaciones heterosexuales, se transforman en relaciones de pareja, e inician sus primeras exploraciones físicas de acercamiento, como besos y caricias eróticas (Knobel, 1993). En estas nuevas relaciones, su conducta sexual se verá influida por los tabúes y expectativas culturales.

2.2 INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES.

La sociedad transmite y perpetúa una serie de valores y concepciones a través de costumbres, reglas y comportamientos aceptados socialmente. Estos funcionan como eje de acción (normatividad) en los individuos que conforman la sociedad. Esta serie de acciones compartidas por un grupo social (colectividad) y transmitidas de generación en generación como forma de herencia social, es lo que Linton (citado por Ortiz, 1990), llamó Cultura.

Las diferentes instancias culturales (económicas, educativas, familiares, etc.), proyectan una serie de valores y creencias las cuales permiten conformar estilos de vida y formas de relación social. La forma en que participan los individuos de manera particular, tomando conciencia de su práctica y dinámica en las relaciones sociales

frente a esta serie de proyecciones, es lo que permitirá la aceptación o modificación de esos patrones culturales.

La sexualidad forma parte de la cultura y cada individuo desde que nace recibe la influencia de ésta y aprende que el hombre y la mujer están regidos por una serie de normas, creencias, valores, sentimientos, costumbres y comportamientos diferentes que marcan estereotipos y condicionan una serie de pautas de comportamiento a través de lo que está permitido y/o prohibido (Benería, en Bustos, 1994).

De esta manera el individuo aprende a concebir el cuerpo y el placer corporal, así como a expresar su sexualidad en función del género correspondiente, lo cual limita sus potencialidades de desarrollo. Por ejemplo, algunas de las ideas tradicionales acerca de los roles sexuales son: los hombres deben mantener bajo control sus emociones (socialmente no es bien visto que el hombre exprese ternura o llore), se le instiga el inicio temprano de su actividad sexual y la experiencia con diversas parejas como una forma de expresar su masculinidad; mientras que a la mujer se le ha transmitido la idea de someterse a las preferencias y demandas del otro (en el terreno privado y profesional); se les limita de tomar decisiones sobre su propio cuerpo (cuándo usar anticonceptivos, cuándo embarazarse, etc.); se les delega la responsabilidad y cuidado de los hijos; por un lado, se les permite que sean tiernas y románticas y por otro lado, se les limita para expresar y demandar sus necesidades en las relaciones eróticas de pareja.

A pesar de la transmisión de estos estereotipos, no se puede hablar de una cultura sexual homogénea para todos los miembros de una sociedad, ésta dependerá de la posición que ocupan los individuos en los diversos sistemas sociales (Auvelius, 1991), por ello, cada miembro o grupo social se verá afectado de diferentes maneras por los patrones culturales, y asimilará los valores y normas de distinta forma para ser llevados a la práctica y conformar un estilo de vida.

Los cambios culturales, sociales económicos y científicos ocurridos a lo largo de la historia, han ido modificando la conceptualización y percepción acerca de la sexualidad, así como la forma de vivirla (SEP, 1992; Corona, 1991; Hernández, 1995).

Algunos de los factores que han propiciado cambios en la forma de entender y vivir la sexualidad serían:

- Aun cuando no se puede generalizar, la masturbación es considerada en la actualidad como parte de la exploración de la imagen corporal y como una alternativa saludable de canalizar el impulso sexual (Smith et al, 1996; Corona,1991), ya no como una conducta anómala.
- Estudios de diferentes disciplinas (medicina, psicología, sexología, etc.), han enfatizado la importancia de que el aprendizaje del comportamiento sexual no quede confinado a los especialistas, ya que la gente debe conocer su propio comportamiento sexual como parte esencial de su vida.
- El desarrollo de anticonceptivos y preservativos han contribuido para ejercer una sexualidad más recreativa (placentera), no considerando la reproducción como única consecuencia de las relaciones sexuales.
- La participación cada vez mayor de la mujer al sector productivo ha traído como consecuencia un cambio en el estilo de vida y ha transformado los tradicionales roles familiares. La mujer ya no se encuentra confinada exclusivamente al hogar y a la maternidad; sus posibilidades de relaciones sociales se han ampliado tanto como sus responsabilidades dentro y fuera del hogar.
- La mujer también se enfrenta con mayor frecuencia a retos de superación personal, a través del estudio y el trabajo, busca su independencia económica y social (Hernández, 1995), por lo que el matrimonio y la maternidad son postergadas a edades más tardías.
- La estructura y dinámica familiar se han ido modificando por las condiciones económicas y sociales presentadas: familias encabezadas sólo por el padre o madre, o la inclusión de ambos padres al sector productivo han propiciado en los hijos una permisibilidad social ya que la supervisión y comunicación se ven reducidas, lo que contribuye para que los jóvenes a edades tempranas, participen en conductas de riesgo como el uso de alcohol, drogas, o comportamientos sexuales (Kibrik,1988).
- Las exigencias de mayor nivel de escolaridad, las oportunidades laborales

reducidas y la estructura familiar hacen difícil mantener una familia, por lo que el matrimonio ya no es visto como una de las principales metas. Ésto probabiliza que las relaciones sexuales premaritales se incrementen (García, Figueroa, Reyes, Brindis y Pérez, 1993).

- La presencia de la menarquía y la espermarquía a edades más tempranas por un lado, y la postergación del matrimonio a edades más tardías, por el otro, implica un período más largo entre la edad fértil y la unión marital, y aumenta la probabilidad de ocurrencia de conductas sexuales premaritales a edades más tempranas (Hernández, 1995).
- El incremento de adolescentes que inician su actividad sexual a edades más tempranas se refleja en una problemática demográfica, económica, educativa, de salud, etc. provocado por el aumento de embarazos no planeados o deseados que implican riesgos y complicaciones de salud para la madre adolescente, por las enfermedades de transmisión sexual que adquieren o por abortos mal realizados. Los problemas educativos y económicos se ven reflejados en la medida que las madres o padres adolescentes truncan sus estudios y esto los lleva a acceder al mercado laboral con menores oportunidades de ingresos.
- Los cambios experimentados han permitido una mayor apertura de los diferentes medios de información (radio, TV, revistas, etc.) para abordar el tema de la sexualidad, el cual sigue despertando interés y curiosidad en la gente. Este hecho presenta efectos positivos y negativos ya que, si bien es cierto que algunos medios tratan con seriedad y conocimiento el tema en sus diferentes aspectos (psicológico, fisiológico, social, etc.), contribuyendo con campañas en el uso del condón; también lo es que el tema de la sexualidad ha sido aprovechado y explotado por estos medios convirtiéndolo en un producto rentable. En la actualidad, las revistas, películas, programas recreativos y publicitarios contienen una gran cantidad de mensajes eróticos, a través de imágenes y símbolos relacionados con la sexualidad. Como consecuencia proyectan mensajes confusos y reproducen actitudes estereotipadas y tabúes, que distorsionan el significado de la sexualidad y de cómo debe ser vivida (CONASIDA, 1991).

Si bien la modernización de las sociedades ha traído como consecuencia una

mayor apertura hacia el ejercicio de la sexualidad, ésta no ha sido acompañada por una información y formación adecuada por parte de las principales instancias sociales que forman parte del desarrollo del adolescente, como son la familia y la escuela.

La familia es la primera y primordial instancia de formación a través de la transmisión de actitudes, normas y valores, que conjuntamente con la información brindada por los padres respecto a la sexualidad ejercerán una influencia importante en el desarrollo psicosexual del adolescente, quien va conformando su percepción y pautas de comportamiento en relación a su sexualidad y cómo vivirla. Sin embargo, el hecho concreto es que en general, los padres siguen eludiendo hablar del tema, esperando que la vida misma les enseñe estos hechos, o bien, proyectando mensajes estereotipados de acuerdo al género.

Londoño (1993) y Corona (1991) opinan que el promedio de los padres de la sociedad media no dan la suficiente información sexual porque no conocen del tema, lo que hace más difícil para ellos hablar con sus hijos sobre el asunto. Por consiguiente, tanto la formación como la información que transmiten, en algunos casos es de manera irreflexiva, comunicando prejuicios, mitos y miedos personales acerca de su propia sexualidad, por lo que los mensajes que llegan al joven son confusos e incongruentes con su realidad.

Otra instancia importante en el desarrollo psicosexual del adolescente es la escuela, en ésta el joven confronta los estereotipos, actitudes y comportamientos inculcados dentro del ámbito familiar con los que esta instancia le transmite, lo cual le permite reformular su propia escala de valores, ya sea fortaleciéndolos, cuestionándolos y /o modificándolos. En este sentido, la escuela juega un papel relevante en la formulación de estrategias educativas acerca de la sexualidad que permitan al adolescente la reflexión, el cambio de actitudes y la adquisición de comportamiento saludables y responsables (SIDA/VETS,1998b); el educador, por consiguiente, juega un papel muy importante en la implementación de estas estrategias.

El educador, como miembro de la sociedad y responsable de esta formación, debe responder a una serie de valores propios, los cuales se reflejan en la manera de proyectar la información (en la selección u omisión de contenidos), y en su actitud como resultado de su propia historia personal y expectativas sobre el tema (Azuela de la

Cueva, 1989; Bustos,1994). Estos elementos, aunados a la preparación del docente, influirán en la conformación de valores, actitudes y pautas de comportamiento que se transmiten en los adolescentes (Corona, 1991).

Estudios realizados por Figueroa (1994) y Cáceres, et al. (1992), en México y en la Ciudad de Lima respectivamente, han evidenciado la ausencia de conocimientos integrales en los docentes para transmitir adecuadamente la información, por lo que éstos evitan tratar los temas relacionados con la sexualidad y asumen actitudes negativas o de evasión respecto al tema. Como resultado, el adolescente, sin una adecuada formación e información, va enfrentándose de manera irreflexiva y poco responsable al ejercicio de su sexualidad, lo que se demuestra entre otras cosas, con el ejercicio de relaciones sexuales sin protección, y por consiguiente, embarazos no deseados, casamientos prematuros, abortos, enfermedades de transmisión sexual y, sumándose a éstas, la infección por VIH.

Se ha comprobado por un lado que, a nivel mundial, la mayoría de los jóvenes se inician sexualmente entre los 13 y 19 años, período en el cual los adolescentes establecen con frecuencia contactos sexuales ocasionales (SIDA/ETS,1998c), o también lo que se considera monogamia serial. Por otro lado, que el VIH/SIDA está afectando considerablemente a la población joven (aunque no exclusivamente), hasta 1998, el 60% de las infecciones por VIH en el mundo se concentraron en jóvenes de 10 a 24 años de edad (SIDA/ETS,1998c), esto ha propiciado una constante reestructuración en la conceptualización de la sexualidad y cómo vivirla.

Ahora, más que en otro tiempo, es necesario que las diferentes instancias involucradas en la educación del adolescente se despojen de mitos y tabúes alrededor del tema y asuman su propia sexualidad sin prejuicios. Que enfrenten el tema con un nuevo enfoque que permita transformar las actitudes y conductas, permitiendo al joven que determine el momento de iniciar sus relaciones sexuales de manera conciente, responsable y con un cambio positivo de actitud ante la sexualidad

En resumen, en la actualidad los elementos que han contribuido al incremento de problemas sociales y de salud en el adolescente como los embarazos prematuros, abortos inducidos, embarazos no deseados, disfunciones sexuales, embarazos frecuentes, curiosidad sexual reprimida, enfermedades de transmisión sexual (ETS), adicciones, etc., son:

- La apertura y mayor libertad para la expresión de la sexualidad, la cual no ha sido acompañada por una educación sexual adecuada.
- Las fuentes más importantes de formación e información (familia y escuela), siguen transmitiendo una serie de prejuicios y tabúes acerca de la sexualidad debido al deficiente conocimiento que tienen sobre el tema.
- La información se restringe a la anatomía y fisiología del desarrollo sexual, en consecuencia, no se puede hablar de un cambio de actitud del joven frente a la sexualidad.
- Los jóvenes se enfrentan al ejercicio de su sexualidad sin estar preparados: ensayando comportamientos sexuales de riesgo, sin percibir o estar concientes de la dimensión de las consecuencias, ya que como lo mencionan KibriK (1988) y Cáceres et al. (1992), los adolescentes consideran que no son vulnerables a eventos de riesgo, que estos suceden a otros.
- La principal fuente de información en los jóvenes son los mensajes que perciben de los diferentes medios (televisión, radio, revistas, etc.), los cuales presentan modelos ajenos a la realidad del adolescente y contribuyen al incremento de las conductas de riesgo.
- Los amigos también son considerados como fuerte influencia, ya que la búsqueda de aceptación y aprobación social, lleva al adolescente a imitar conductas realizadas por el grupo y a experimentar o ensayar conductas de riesgo, como fumar, beber alcohol, usar drogas, o tener actividad sexual.

Uno de los mayores problemas que ha enfrentado la sociedad mundial moderna ha sido la aparición del SIDA, relacionada desde sus inicios con la sexualidad, por ser el contacto sexual la principal forma de transmisión del VIH y uno de los grupos mayormente afectados por sus comportamientos sexuales de riesgo, ha sido la gente

joven.

Como consecuencia del alto índice de infecciones con VIH por contacto sexual en adolescentes y jóvenes, se han realizado diferentes estudios a nivel mundial y nacional con el propósito, entre otros, de analizar la información que esta población tiene respecto al VIH/SIDA, los comportamientos sexuales de riesgo que realizan, la percepción de riesgo a la enfermedad, uso de medidas preventivas. En el siguiente capítulo se describirán algunas de estas investigaciones.

III . ADOLESCENCIA Y SIDA

Hasta octubre de 1998 se habían registrado en México, de manera acumulada, 37,381 casos de SIDA, de los cuales el 87% correspondió a la vía de transmisión sexual. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años, que representó el 66% de los casos acumulados desde 1983 (SIDA/ETS, 1998a, 1998b). Tomando en cuenta el período de incubación -de 5 a 10 años-, se ha considerado que la infección fue adquirida durante la adolescencia, como consecuencia de las prácticas sexuales durante esta etapa. Por esta razón, los jóvenes se han convertido en el objetivo de diversos estudios ya que, como se mencionó anteriormente, son varios los factores que contribuyen a ponerlos en riesgo de infección del VIH.

Actualmente existe una diversidad de investigaciones vinculados al VIH/SIDA con jóvenes y adolescentes. Éstos evalúan simultáneamente más de una variable, por ejemplo: conocimientos acerca del SIDA (etiología, formas de transmisión, grupos de riesgo) y prácticas sexuales; conocimientos acerca del SIDA y uso del condón; conocimientos sobre el SIDA, actitudes acerca de los enfermos con SIDA y prácticas sexuales; prácticas sexuales y uso de condón; percepción de riesgo y medidas preventivas; actitudes y uso del condón; conocimientos, actitudes y comportamientos de prevención. Algunos de éstos, se presentan en la siguiente descripción.

3.1 CONOCIMIENTO DEL VIH/SIDA.

Los estudios realizados acerca del conocimiento del VIH/ SIDA han evaluado aspectos relacionados con etiología del VIH, formas de transmisión del virus, grupos de riesgo, epidemiología y conductas preventivas. Algunas de estas investigaciones demostraron que había un bajo conocimiento de los jóvenes respecto a esta enfermedad hacia mediados de los años ochenta.

Las investigaciones realizadas por Price, Desmond & Kukulka en 1985 (citados por Becker y Joseph, 1988) en estudiantes de preparatoria; y Kain en 1987 (en Wislow, Rumbaut y Hwang, 1989) con universitarios, demostraron que solamente una minoría de

jóvenes de preparatoria sabía que el VIH/SIDA era una enfermedad nueva e incurable; no identificaron a los grupos de riesgo, ni entendían las formas de transmisión. Por su parte, los universitarios mostraron un gran desconocimiento en cuanto a las formas de transmisión y consideraron principalmente dentro de ellas: el intercambio de saliva, el usar baños y compartir objetos como platos o vasos con personas infectadas. Es importante señalar que no se describe de manera precisa qué tipo de conocimientos fueron evaluados.

En años posteriores y principios de los noventa, algunas de las encuestas aplicadas a jóvenes estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad, demostraron que la mayoría había leído, oído hablar, o hablado con alguien acerca del SIDA. La información se adquirió principalmente a través de las campañas proyectadas en los diferentes medios, como la televisión, revistas, periódicos y radio (Bond, 1989; Cáceres et al. 1992; Secretaría de Salud de México, 1989), los amigos (Sabogal, et al. 1992), o por pláticas con algún familiar (Hingson, Strunnin Berlin y Heeren, 1990).

Un estudio realizado por la Secretaría de Salud en 1989, señaló que sólo 20% de los universitarios encuestados había recibido información en sus escuelas, a diferencia del 45% y 55% de estudiantes de secundaria y preparatoria respectivamente, que en 1994, si habían recibido información en sus planteles (Figueroa, 1994a).

En Yugoslavia, país de baja prevalencia de SIDA hasta el momento del estudio, se llevó a cabo una encuesta con universitarios (Ajdukovic y Ajdukovic, 1991) y se encontró, que la mayoría de los participantes poseían conocimientos satisfactorios, principalmente de las formas de transmisión y prácticas de reducción de riesgos (63% de respuestas correctas en promedio); sin embargo, conocían menos de la epidemiología y sintomatología de la enfermedad.

Resultados semejantes fueron encontrados en México, por Alfaro, Rivera y Díaz (1992), al evaluar a estudiantes de preparatoria. Éstos también conocían más acerca de la transmisión y prevención (entre 60 y 65% de respuestas correctas), y menos de etiología, desarrollo de la infección y epidemiología. Otro estudio realizado en Lima, Perú (Cáceres, et al. 1992) con jóvenes de nivel secundaria de 13 a 18 años, encontraron que 55% del grupo encuestado, tenían conocimientos de SIDA (etiología, transmisión, severidad de la enfermedad y grupos de riesgo) y sólo 35% en cuanto a

prevención, en general, sus conocimientos fueron considerados deficientes.

Se ha demostrado que los adolescentes consideran que el SIDA es una de las principales enfermedades de transmisión, e identifican la vía sexual, el contacto con la sangre, el compartir agujas contaminadas de drogadictos intravenosos, como las principales formas de transmisión del VIH (Bond, 1989; DiClemente, Zorn y Temoshok, 1988; Figueroa, 1994a; Robertson y Plant, citados por Becker y Joseph, 1988, Secretaría de Salud, 1989), y la vía perinatal (Villagrán y Díaz, 1992). Sin embargo, Sabogal, et al. (1992) encontraron en una población de jóvenes homosexuales, que el 51% desconocía que el virus podía ser transmitido por practicar sexo oral.

Los aspectos evaluados en relación a la prevención del SIDA en muestras estudiantiles, señalan que éstos identifican como medidas preventivas contra el VIH: el uso del condón; evitar relaciones sexuales con personas recién conocidas o con personas infectadas y no tener relaciones sexuales con prostitutas (Figueroa, 1994a; Villagrán y Díaz, 1992); sin embargo, la abstinencia y la monogamia no fueron consideradas.

La Secretaría de Salud en 1989, evaluó el impacto de una campaña educativa acerca de la prevención del SIDA, con una población universitaria. Se obtuvieron datos antes de iniciada la campaña y una vez concluida.

Los resultados señalan que los estudiantes opinaron, que para prevenir el SIDA, era importante evitar tener relaciones sexuales con personas infectadas (97% y 99%), evitar tener relaciones sexuales con personas recién conocidas (89% y 93%) y en último lugar, usar condón (74% y 87%). Paradójicamente, mencionaron que para evitar enfermedades de transmisión sexual, era necesario, en primer lugar, el uso del condón (45% y 57%), en segundo término, evitar prácticas de riesgo (14% y 20%); y por último, la abstinencia sexual (11% y 12%).

A pesar de que los conocimientos acerca del VIH-SIDA se han incrementado, algunos autores mencionan que todavía persisten creencias erróneas y estereotipadas.

Si bien, a finales de los años ochenta, estudios con adolescentes en relación a las creencias acerca del contagio del VIH/SIDA, reportaron que los jóvenes creían que la transmisión del virus se daba por contacto casual como el saludar de mano, compartir utensilios, sentarse en un baño usado por una persona con SIDA, etc. (Bond, 1989;

DiClemente, et al. 1988; Secretaría de Salud, 1989), y como únicos grupos de riesgo a los homosexuales, drogadictos intravenosos y prostitutas (Robertson y Plant, citados por Becker y Joseph, 1988; Izazola, en Villagrán y Díaz, 1992). Estudios realizados en años posteriores han evidenciado que aún persisten creencias erróneas con respecto a la transmisión del VIH. Por ejemplo, Ramos, Díaz, Saldívar y Martínez (1992), evaluaron las creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios y encontraron que éstos relacionaron al SIDA con aspectos morales (irresponsabilidad y pérdida de valores), y con factores sociales ("el SIDA se presenta solamente en grupos de bajos recursos económicos", "falta de educación y orientación sexual"). Sin embargo, la multiplicidad de parejas y la ausencia en el uso del condón no fueron consideradas como conductas de riesgo para adquirir el SIDA.

Por su parte, Torres, Alfaro, Díaz y Villagrán (1994) evaluaron a estudiantes de preparatoria en relación a este tópico. Estos jóvenes relacionaron al SIDA con homosexualidad y prostitución, debido a las conductas sexuales de estos grupos, además consideraron la falta de higiene, como causa de la enfermedad.

Al vincular variables demográficas (género, edad, nivel de escolaridad) y actividad sexual, con conocimientos, se ha establecido que la presencia o ausencia de actividad sexual del adolescente no es condicionante del conocimiento que se tenga sobre el SIDA. En cambio, el grado de educación escolar, sí. Los jóvenes con niveles bajos de estudio presentan menores conocimientos acerca del síndrome y más conducta sexual de riesgo y uso de drogas (Hingson, et al. 1990).

En relación a la edad y género, Alfaro et al. (1992) realizaron un estudio con dos grupos de adolescentes (de 15 a 17 años y de 18 a 20 años) y encontraron que éstas variables se correlacionaron con el conocimiento acerca del SIDA: las mujeres de mayor edad y los hombres de menor edad tenían un mayor conocimiento acerca de la enfermedad. Cáceres, et al. (1992) reportó que las mujeres, en contraste con los hombres, tenían conocimientos deficientes acerca del VIH-SIDA, una menor apertura a conocer acerca de la enfermedad y una actitud negativa respecto a la misma.

Otro estudio realizado por Ramos, et al. (1992) indicó que las mujeres tuvieron mayor grado de creencias tradicionales acerca del origen del SIDA (pérdida de valores e irresponsabilidad), principalmente las que no habían tenido relaciones sexuales y, por su

parte, Figueroa (1994a) encontró, que la mayoría de los adolescentes de secundaria tuvieron menos conocimientos en cuanto al agente causal, vías de contagio y conductas preventivas que los estudiantes de preparatoria.

Con respecto al conocimiento de los adolescentes de su propia sexualidad y la relación de ésta con el VIH-SIDA, se ha encontrado que gran parte de la población adolescente carece de conocimientos suficientes o adecuados acerca de la sexualidad (Kibrik, 1988; Huerta, Díaz de León y Malacara, 1996), principalmente en jóvenes de menor edad (Alfaro, et al. 1992), y en mujeres, las cuales muestran una actitud negativa hacia la sexualidad humana y menor apertura a su ejercicio (Cáceres, et al. 1992; Lunnin, Hall, Mandel, Kay y Hearst. 1995).

Así también, Alfaro, et al. 1992 y Cáceres, et al. 1992 observaron en sus respectivos estudios con adolescentes que, a mayor conocimiento sobre sexualidad humana, hay más información sobre SIDA y una actitud más favorable a las relaciones sexuales, a los diversos tipos de prácticas sexuales, al aborto, a la anticoncepción y a las conductas preventivas contra el SIDA; así como, una menor discriminación hacia los enfermos con SIDA. Sin embargo, estos factores no se correlacionaron con el uso del condón. Por otro lado, Traeen y Lewin (1992) reportaron que los jóvenes de su estudio, con menos conocimientos acerca de la sexualidad y SIDA muestran mayor ansiedad al contagio, pero menor tolerancia a cambiar sus conductas sexuales de riesgo.

3.2 PERCEPCIÓN DE RIESGO

Se podría considerar que el nivel de información acerca del SIDA (formas de transmisión, prevención, severidad de la enfermedad, etc.) contribuiría a formar en los sujetos una adecuada percepción de riesgo a la infección del VIH, y fomentaría la adquisición de prácticas sexuales seguras. Sin embargo, a pesar de que los conocimientos acerca de la enfermedad se han incrementado, aún no se hace un uso adecuado de la información para estimar el riesgo en forma correcta.

Simkins y Kushner (en Becker y Joseph, 1988) encontraron que sólo 25% de los jóvenes entrevistados (212), manifestaron preocupación acerca del contagio, lo cual influyó para que éstos cambiaran su conducta sexual; el 75% no se consideró en riesgo,

incluyendo a los que tenían más de una pareja sexual. Otro estudio (Traeen y Lewin, 1992), hecho con jóvenes de 17 a 19 años, reportó que éstos no se mostraron asustados de adquirir la infección por su comportamiento sexual, y manifestaron poca tolerancia a cambiar estas conductas. Alfaro, et al. (1992), en una muestra con jóvenes de bachillerato de 15 a 20 años, encontraron, que a pesar de tener una percepción adecuada de la magnitud del problema, no se percibieron en riesgo de adquirir la infección; por tanto, no realizaban prácticas de prevención, utilizando el condón de manera inconsistente.

Sin embargo, en un estudio realizado en Rusia por Lunin, et al. (1995) con adolescentes, se encontró que el 91% de mujeres y 81% de varones, consideraron al SIDA como un grave problema (a pesar de que el país era considerado de baja prevalencia hasta el momento del estudio); de éstos, solamente el 11% de mujeres y 19% de hombres dijeron no estar en riesgo de infección. No obstante, aunque la mayoría consideró el SIDA con un problema grave, no llevan a cabo prácticas preventivas adecuadas.

La autopercepción al riesgo difiere de la percepción que los jóvenes tienen acerca de otros grupos con los cuales ellos no se identifican. Aún cuando perciben la magnitud de la enfermedad y su diseminación, y un alto grado de preocupación o temor al contagio del VIH, en general, los sujetos participantes en estas investigaciones se sienten ajenos a la posibilidad de riesgo de infección, como lo señala Reyes en 1990 en un estudio con universitarios, donde el SIDA era considerado como algo ajeno y poco familiar, que sucede a otros y no a ellos.

DiClemente, et al. (1988), en un estudio realizado con estudiantes de 14 a 18 años indicaron que aun cuando el 79% mostraban preocupación por adquirir el SIDA, el 41% de ellos se sentían más amenazados por vivir en una ciudad de alta prevalencia como San Francisco, sin embargo, el 61% consideró que no pertenecían al "grupo de gente" con probabilidades de adquirir la infección y, por consiguiente, no pensaban cambiar sus conductas de riesgo.

Otros resultados muestran que los sujetos consideraron como grupos de riesgo, a las personas inicialmente estigmatizadas, como los homosexuales, prostitutas, drogadictos intravenosos (Ajdukovic y Ajdukovic, 1991; Secretaria de Salud, 1989),

bisexuales (López, Villagrán y Díaz, 1994) y mujeres homosexuales con una pareja (Ramos, et al.1992); además, hombres y mujeres con múltiples parejas sexuales, personas que no se cuidan, sujetos desnutridos y que no tienen defensas (Torres, et al. 1994). Al margen de éstos, la encuesta realizada por la Secretaría de Salud en 1989 señaló que los universitarios percibieron un mayor temor a que un familiar enfermara de SIDA (75%) al hecho de que el contagio ocurriera en ellos mismos (68%).

En relación con la autopercepción de riesgo, los sujetos no se ven a sí mismos con las posibilidades de adquirir la infección, a pesar de haber tenido múltiples parejas sexuales; prevalece la idea de invulnerabilidad común entre los jóvenes (Ajdukovic y Ajdukovic,1991; Lewis, citado por Díaz y Rivera, 1992; Villagrán, Cubas, Díaz y Camacho, 1990).

De acuerdo con Castañeda, Allen y Castañeda (1996), a pesar de que los adolescentes están concientes del SIDA, no se perciben en un riesgo personal inmediato, es una idea externa la cual no ha sido internalizada. Esto concuerda con Simkins y Kushner (en Becker y Joseph, 1988) quienes señalaron que el 71% de los jóvenes de la muestra evaluada no estaban preocupados de adquirir el SIDA de su pareja sexual actual y que el 41% no se sentía preocupado de infectarse con alguna pareja sexual futura. Igualmente, Hingson y Strunin (1994), mencionaron que el 54% de los adolescentes de 16 a 19 años con los que trabajaron, no estaban preocupados de adquirir SIDA, y 61% no pensaba en las probabilidades de contraer el virus a lo largo de su vida.

Relacionando la autopercepción de riesgo, con variables demográficas (género y edad), actividad sexual y uso de condón, Díaz y Rivera (1992), como resultado de su estudio con universitarios, concluyeron que el tener o no relaciones sexuales, el uso o no del condón, o el género, no modifica su autopercepción de riesgo. En general, la autopercepcion de riesgo fue baja; sin embargo, los hombres homosexuales y las mujeres heterosexuales se percibieron en mayor riesgo.

Otro trabajo realizado por Alfaro, Rivera y Díaz (1992), con estudiantes de 15 a 20 años, resaltó que los hombres tuvieron mayor temor al contagio (a mayor edad, más temor), especialmente los que tenían relaciones sexuales. Contrariamente, los jóvenes de menor edad (15 a 17 años), con menores conocimientos de sexualidad y SIDA, y los

que no tenían experiencia sexual, se consideran con menor riesgo de infección; las mujeres en este mismo grupo de edad tuvieron mayor temor al contagio.

La baja autopercepción de riesgo de los jóvenes, es explicada por Lewis (citado por Díaz y Rivera, 1992) con base a la toma de decisiones, en la cual se consideran las consecuencias inmediatas que pueden producirse a sí mismos. Tienen dificultad para entender las consecuencias negativas personales a largo plazo. Es así que el adolescente niega la posibilidad de daño personal, y se considera invulnerable a cualesquier riesgo.

3.3. ACTIVIDAD SEXUAL Y PRÁCTICAS DE RIESGO.

La baja autopercepción al riesgo de contraer SIDA en los jóvenes y adolescentes es preocupante. La negación de los riesgos que conlleva, entre otras, la conducta sexual, los coloca en una posición vulnerable de adquirir la infección del VIH. Esto es consecuencia de las características propias del adolescente, como su capacidad y necesidad de relacionarse sexualmente con mayor frecuencia, su variada actividad sexual y su tendencia a experimentar con nuevos comportamientos.

En relación con lo anterior, diversos estudios realizados han reportado que la mayoría de la población joven ha tenido experiencias sexuales coitales, mostrando diferencias porcentuales en función del género. Un estudio con universitarios, emprendido por Kibrik (1988), encontró que el 57% de los sujetos, a los 17 años son sexualmente activos (61% hombres y 53% mujeres). Hingson, et al. (1990) reportaron que la ocurrencia de jóvenes sexualmente activos incrementó en un 11% (55% a 66%), de 1986 a 1990.

En México, investigaciones con universitarios han reportado los siguientes datos: la Secretaría de Salud (1989) señaló que el 88% de la población muestra (1707 estudiantes), inició su actividad sexual a los 15 años, y 12% entre los 10 y 14 años.

Otro estudio (Villagrán, et al.1990) mostró que 54% de 989 estudiantes ya había tenido relaciones sexuales, de los cuales, el 43% se iniciaron entre los 17 y 19 años, en general, los hombres a más temprana edad (10 a 16 años) que las mujeres (20 años). Villagrán y Díaz (1992), indicaron que el 53.1% de los 1628 estudiantes entrevistados ya

habían tenido relaciones sexuales, la edad promedio de inicio en los hombres fue de 16 años y en la mujer de 19 años. Por su parte, Alfaro, et al. (1992) reportaron de su estudio con jóvenes de preparatoria de 15 a 20 años, que de 480 estudiantes encuestados, el 43.3% de ellos ya habían tenido relaciones sexuales.

En general, los estudios revisados señalan que los hombres se inician sexualmente a más temprana edad que las mujeres. En contraste, un trabajo realizado en Noruega por Traeen y Lewing en 1992, con adolescentes de 17 a 19 años, reportaron que las mujeres habían tenido relaciones sexuales a más temprana edad que los varones.

Es común en los jóvenes la práctica de la monogamia serial, esto es, el mantener relaciones sexuales con sólo un(a) compañero(a) a la vez, pero cambian de pareja a menudo. Posiblemente, el hecho de tener relaciones sólo con su pareja actual, y no relacionarse con diversas parejas a la vez, favorece el que muchos jóvenes se perciban ajenos a las probabilidades de infección del VIH, al considerar que realizan un comportamiento que los aleja de esta infección (Ramos, et al. 1992).

Por lo que otra variable igualmente importante en los estudios evaluativos con jóvenes, ha sido el número de parejas sexuales, en general, se ha reportado que las mujeres tienen menos parejas sexuales que los hombres. En 1990, Villagrán y cols. evaluaron a universitarios con edades comprendidas entre los 17 años y los 22 años o más, encontraron que de los jóvenes activos sexualmente, aproximadamente el 50% reportó una frecuencia de dos a cuatro parejas, mientras que poco más del 50% de mujeres dijeron tener en promedio una pareja sexual.

Es común considerar que los varones tienen más frecuencia de relaciones sexuales, ya que culturalmente se les ha permitido mayor libertad sexual. Sin embargo, Odriozola e Ibáñez (1992), en un estudio con jóvenes de 17 a 26 años, reportaron que a pesar de que los hombres inician sus relaciones sexuales a menor edad que las mujeres, éstas últimas reportan una mayor frecuencia de relaciones sexuales; el 44% de las jóvenes tuvieron semanalmente más frecuencia de actividad sexual, que la mensual reportada por los hombres (40%). Los autores concluyeron que el número de mujeres sexualmente activas era menor, en cambio la frecuencia de coito en ellas es mayor en comparación a los hombres.

En 1996 Ibáñez reportó resultados similares con universitarios, en donde las mujeres tuvieron mayor frecuencia de relaciones sexuales (43% una o varias veces por semana, y 36% una o varias veces al mes), en contraste con los hombres, quienes presentaron una menor frecuencia de relaciones coitales (25% una o varias veces por semana, y 37% una o varias veces al mes). Esta autora argumenta que la posibilidad de una mayor frecuencia de relaciones sexuales en las mujeres se debe a: que la mujer se involucra afectivamente con hombres de mayor edad y con más experiencia sexual; que es más fácil que la mujer encuentre a un hombre dispuesto al coito, que a la inversa; y, por último, que los hombres pagan los gastos cuando la mujer es invitada.

Las relaciones sexuales ocasionales (tener contacto sexual con persona recién conocidas) en los adolescentes son frecuentes como parte de su proceso de maduración. Diferentes estudios han revelado que este tipo de relaciones se da con mayor frecuencia en los varones, en comparación con las mujeres. Alfaro, et al. (1992), reportaron que, del 43.3% de los estudiantes de bachillerato activos sexualmente, el 56.3% de ellos tuvieron relaciones sexuales ocasionales.

Traeen y Lewing (1992) encontraron que más adolescentes hombres (45.1%), que mujeres (25.3%), habían tenido sexo casual, aunque las mujeres fueron coitalmente más activas. Estos autores mencionan que, mientras más tiempo tenga el joven de haberse iniciado sexualmente, más experiencia de sexo casual ha experimentado, asimismo señalan que el sexo casual se presenta mayormente en hombres con pocas aspiraciones educativas, y en consumidores de alcohol.

El consumo de alcohol se considera como un factor que facilita los encuentros sexuales. Cáceres, et al. (1992), reportaron que el 33% de estudiantes de secundaria entre los 13 y 18 años, consumían bebidas alcohólicas y que la rotación de parejas era común en los jóvenes con actividad sexual. Así también, Lunin, et al. en 1995, señalaron que el 44% de las mujeres consideraron que era más fácil tener relaciones sexuales después de beber alcohol.

En cuanto a la relación entre el factor educativo (escasa preparación o ausencia de aspiraciones educativas) y la actividad sexual, Huerta, et al. (1996) llevaron a cabo un estudio en Guanajuato, con adolescentes (estudiantes y trabajadores) entre 15 y 20 años. Esta población presentó en general una baja frecuencia de actividad sexual, sin

embargo, los jóvenes trabajadores tuvieron una frecuencia más alta (30.9% hombres y 12.9% mujeres) que los estudiantes (21.8% hombres y 6% mujeres), y en relación a las mujeres, las trabajadoras tuvieron una frecuencia más alta que las estudiantes (12.9% y 6% respectivamente). En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad humana, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, los trabajadores (ambos sexos) sabían menos en comparación con los estudiantes (ambos sexos).

Los autores concluyeron, que la baja frecuencia de relaciones sexuales son atribuidas al tipo de sociedad conservadora que prevalece en áreas no metropolitanas, y que el bajo nivel educativo, así como el escaso conocimiento acerca de la sexualidad que presentan las adolescentes trabajadoras favorece que tengan más relaciones sexuales premaritales.

Otras variables que se han relacionado con la actividad sexual o la ausencia de ella, son: el factor socioeconómico, la comunicación con los padres, la influencia de las amigas, actitudes hacia el sexo, etc. Petersen, et al. (1995) en su análisis acerca del desarrollo del adolescente y el surgimiento de su sexualidad, mencionaron que el bajo nivel socioeconómico está relacionado con la iniciación temprana de relaciones sexuales y su alta frecuencia, en comparación con jóvenes de nivel socioeconómico alto, quienes reportaron iniciar sus relaciones sexuales más tardíamente y con menor frecuencia. Pick, Díaz y Andrade (1988) investigaron la relación que guarda la comunicación familiar y la influencia de los amigos en su conducta sexual, en una muestra de mujeres (en dos grupos: de 12 a 15 años y de 18 y 19 años), de un barrio marginado de la Ciudad de México. En ambos grupos de edad, las mujeres sin experiencia sexual mostraron una actitud menos favorable a tener relaciones sexuales premaritales, mayor obediencia a sus padres, mayor comunicación con la madre sobre sexualidad y una menor toma de riesgo. En las mujeres de mayor edad (18 y 19 años) la influencia de las amigas fue más directa, no sólo en cuanto a información sobre aspectos sexuales, sino también al comparar lo que ellas creen que hacen sus amigas, con sus propias actitudes y conducta sexual llevadas a cabo.

3.4 CONDUCTAS PREVENTIVAS: USO DE CONDÓN

La monogamia y abstinencia sexual no son conductas elegidas por los jóvenes para prevenir la infección del VIH, por lo que el uso del condón es la única opción, considerando que la actividad sexual de los jóvenes está incrementando día con día, así como el número de parejas que tienen durante su vida. Sin embargo, el uso del condón aún en fechas recientes no ha sido suficientemente generalizado por esta población, a pesar de saber que su uso reduce significativamente tanto el contagio de enfermedades de transmisión sexual y el VIH, como los embarazos no deseados.

En 1989 la Secretaría de Salud reportaba que el 88% de los jóvenes estaban familiarizados con la palabra condón e identificaban visualmente el preservativo, aunque su uso estaba más relacionado con la prevención de embarazos (69%), que con la prevención del SIDA (20%). Estudios posteriores mostraron que una de las principales causas para usar el condón es la prevención de embarazos (Villagrán, et al.1990), independientemente de la información y opinión acerca del SIDA (Hingson et al. 1990). No obstante, la información también ha contribuido para resaltar la importancia del condón en la prevención de enfermedades y para promover el incremento o establecimiento de su uso, aunque esto se ha conseguido en un porcentaje relativamente bajo y de manera inconsistente.

En 1988, Kegeles, Adler e Irwing, investigaron a lo largo de un año, mediante dos encuestas en jóvenes con un promedio de edad de 16 años, el uso del condón, los cambios de actitud e intención de su uso. Reportaron que principalmente los hombres (41% en la primera encuesta y 49% en la segunda), en comparación con las mujeres (27% y 23%, respectivamente), dijeron haber usado condón. Sin embargo, sólo el 2.1% de mujeres y 8.2% de varones, mencionaron utilizar condón siempre en sus relaciones sexuales.

Hingson, et al. (1990) reportaron que del 61% de adolescentes (entre 16 y 19 años) que dijeron haber tenido relaciones sexuales, 37% nunca usaron condón; 32% lo usó algunas veces y el 31% siempre lo usó. Esto, principalmente en hombres (34%), en comparación con las mujeres (26%); en especial los de 19 años (39%), que los de 16 años (29%).

Flores y Díaz (1992a y b) realizaron dos estudios con universitarios de diferentes carreras (Trabajo social y medicina; y arquitectura y química). En ambos, el promedio de edad fue de 21 años, de los cuales el 50% y 47.4% respectivamente, mencionaron tener experiencia sexual. De estos, el 61.3% y el 75.7% nunca usaron condón; el 28% y 13.3% lo usaron algunas veces y, sólo el 10.6% en ambos estudios, dijeron usarlo siempre. En contraste, Villagrán, et al. (1990), informaron que el 57% de la muestra de estudiantes universitarios, reportaron usar condón; el 57.6% dijeron usarlo siempre con su pareja regular; y de los sujetos que mencionaron tener parejas sexuales irregulares, el 38.7% lo usaron siempre.

Una investigación realizada por Caballero y Villaseñor (1996) en una muestra pequeña de adolescentes de un barrio marginado en la ciudad de Guadalajara (20 hombres y 20 mujeres entre 15 y 19 años), indicó que, de 18 hombres con vida sexual, 14 de ellos habían tenido más de una pareja sexual; y sólo 4 de ellos reportaron usar condón siempre. En cuanto a las mujeres, de cinco que mencionaron tener vida sexual, en ninguno de los casos su pareja utilizó condón.

Investigaciones realizadas por Ibáñez (1996) y Villagrán, et al. (1990) con relación al uso del condón señalan, en el primer estudio, que aún cuando los adolescentes de ambos géneros resaltan la utilidad del condón, un porcentaje bajo de mujeres (35.7%), en comparación con el varón (79.9%), eligieron usar este método; y en el segundo estudio, que el condón es considerado de utilidad por las mujeres que han tenido más de cinco parejas (aunque no lo utilicen con frecuencia), que aquellas que sólo han tenido una pareja.

Valdiserri, Arena, Proctor y Bonati. (1989) realizaron un estudio con mujeres de 19 a 25 años, y reportaron que la mayoría (86%) había tenido sólo una pareja sexual, y aún cuando aprobaban el uso del condón, únicamente el 21% afirmó que lo usaba actualmente, y sólo el 14% usaba condón y otro anticonceptivo para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

Es interesante resaltar que en este estudio a pesar de que la mayoría de las mujeres tenía conocimientos sobre el condón y su relación con la transmisión del VIH, el 26% opinó que el condón podía ser usado lubricado con vaselina, un 21% que retirar el pene antes de eyacular era tan seguro como el uso del condón, 12% creía que el

virus no podía entrar en las secreciones del hombre o la mujer y el 9% consideró que sólo podían adquirir el virus teniendo relaciones sexuales anales.

Si bien es cierto que es importante conocer la proporción de personas que usan o no protección, para efectos de programas preventivos, es igualmente importante conocer los argumentos señalados por la población adolescente y joven que probabilizan el uso del condón o las barreras que lo impiden; así como los factores emocionales, culturales, sociales o psicológicos que se encuentran estrechamente relacionados con estas prácticas.

Aunque en la actualidad parece que el joven goza de mayor libertad sexual (así lo demuestran los porcentajes de jóvenes sexualmente activos), y de mayor información acerca de la sexualidad y de las diferentes acciones que deben llevar a cabo para prevenir conductas de riesgo (infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y la infección del VIH), el ejercicio de su sexualidad está fuertemente relacionado con valores, actitudes, creencias, conductas estereotipadas, roles de género asumidos desde la infancia, tabúes, etc. Dichas variables parecen influir en la práctica de sexo seguro; caso concreto sería el uso del condón.

Un estudio con jóvenes de preparatoria entre 15 y 23 años, indicó que los jóvenes que habían tenido relaciones sexuales tuvieron creencias y actitudes más favorables en cuanto al uso del condón que aquéllos que no las habían tenido. Los de menor edad (15 y 16 años), consideraron que los condones son difíciles de obtener, hacen las relaciones sexuales menos placenteras, e impiden el romance (Díaz y Alfaro, 1995).

Sin embargo, en otros estudios (Hingson, et al. 1990), los Jóvenes entre los 16 y 19 años que creían que el condón no reducía el placer sexual y no sentirse apenados al usarlos, reportaron tener más probabilidades de usar siempre el condón en sus relaciones sexuales.

Villagrán y Díaz (1992) y Villagrán y Díaz (1993), realizaron trabajos con universitarios con el objetivo, en el primer estudio, de evaluar las creencias y actitudes con respecto al condón y, en el segundo, de conocer las variables predictivas para el uso del condón en sujetos con vida sexual.

Los resultados de la primera investigación mostraron que las actitudes y creencias hacia el uso del condón fueron positivas, declarando que, no son ofensivos

para usar con las parejas habituales, los consideran útiles para prevenir embarazos, son fáciles de usar, y no hacen que el hombre pierda erección. Sin embargo, un alto porcentaje consideró que su uso no era placentero. Por su parte, los estudiantes que no se habían iniciado sexualmente consideran que el uso del condón va en contra de su religión y que no es apropiado usarlos con parejas ocasionales. Esto se constituye en posibles barreras para la intención de usarlo a futuro, de acuerdo con la consideración de los autores.

Con respecto a los resultados del segundo estudio, los datos generales indicaron que la frecuencia del uso del condón se incrementaría cuando la pareja pidiera usarlo, cuando consideraran que su uso haría más placenteras las relaciones sexuales (con la pareja sexual regular u ocasional), y cuando el costo del condón no sea alto. Los autores mencionan que la decisión de los estudiantes para usar el condón es más difícil con la pareja regular (por factores morales), que con la pareja ocasional.

Con respecto a la declaración: "usarían más el condón, si éste hiciera las relaciones sexuales más placenteras", Del Rio y Uribe (1993) mencionan que es necesario hacer conciencia acerca del uso del preservativo en usuarios potenciales, ya que el condón es un método de prevención y no un método para aumentar la sensibilidad sexual, es necesario aprender a sentir con el condón.

En relación a lo expuesto por el grupo de universitarios, "aceptarían usar condón si su pareja se lo pidiera", el estudio de Valdiserri, et al. (1989) con mujeres de 19 a 25 años, muestra los siguientes argumentos: en su mayoría las mujeres con actividad sexual que no habían usado el preservativo, mencionaron que al hombre no le gustaba usarlo, que su uso podría no ser agradable, que no sabían si su pareja aceptaría usarlo; o sentirse insultadas si su pareja quisiera usarlo. Otra investigación hecha por Kegeles, Adler e Irwing (1988), reportó que las mujeres mostraron poca intención de que sus parejas usaran condón y no sabían si ellos querían hacerlo, en contraste con los hombres, quienes creyeron que sus parejas querían que ellos lo utilizaran y no mostraron objeción en querer usarlo.

Comparando los argumentos de hombres y mujeres, derivados en los estudios anteriores, se puede inferir que existe una falta de habilidad en la comunicación para negociar el uso del condón, el cual sigue asociado con la infidelidad y desconfianza por

parte de la pareja.

La negociación en el uso del condón, por parte de la mujer, resulta aún más difícil ya que, como éste es de uso exclusivamente masculino (a diferencia de otros anticonceptivos usados por la mujer), la posibilidad de tomar la decisión o actuar autónomamente está reducida debido a obstáculos de orden psicosocial y cultural (Del Río y Uribe, 1993).

La disponibilidad para adquirir y usar un condón, no necesariamente implica el uso correcto del mismo. Así lo demuestran los resultados de Figueroa (1994a), en un estudio realizado con estudiantes de secundaria y preparatoria, quienes consideraron que siempre usarían el condón (39% de estudiantes de secundaria y 49.5% de preparatoria). Sin embargo, el 61% y el 40%, respectivamente, no sabían su uso correcto, tenían escaso conocimiento en cuanto a prácticas de higiene posterior al coito, así como de la adecuada revisión de genitales (45.5% y 24.5%, respectivamente).

De las variadas razones mencionadas por la población joven para no usar el preservativo, a pesar de conocer la importancia de su uso y practicar conductas de riesgo, se encuentran: estar enamorados, excitados, no tener un condón a la mano u olvidar llevarlos; pensar que la pareja puede no estar infectada; vergüenza para hablar sobre el uso del condón, ofender a la pareja al solicitar su uso, interferir la relación sexual al romper la espontaneidad, disminuir la sensación con su uso, negación del compañero(a), dificultad para obtenerlos, hacer las relaciones sexuales menos placenteras (Del Río y Uribe, 1993; ONUSIDA, 2000; Sabogal, et al. 1992). Las mujeres reportaron incertidumbre para iniciar el uso del condón, o apenarse al comprarlo (Valdisierrri, et al. 1989). El argumento más generalizado fue, que éste obstruía o dificultaba la sensación de placer.

En una encuesta realizada por García, et al. (1993), en el área metropolitana de la Ciudad de México a una población de jóvenes con un promedio de edad de 17 años mencionaron, entre otros resultados, que de las principales razones de estos sujetos para no usar condón en su primera relación sexual fueron la ignorancia acerca de los diferentes métodos, su forma de uso y lugar de adquisición (39.7%); principalmente en los hombres (44%), más que en las mujeres (32.2%); no haber planeado tener relaciones sexuales (28.9%, proporción similar en ambos sexos).

También, como ya se mencionó, el uso de alcohol, favorece los encuentros sexuales y disminuye las probabilidades de usar condón (Cáceres, et al. 1992; Lunin, et al. 1995). Hingson, et al. (1990), en su estudio con adolescentes de 16 a 19 años, encontró que de los sujetos sexualmente activos aquéllos que usaban drogas o alcohol antes de una relación sexual, el 64% reportó haber tenido sexo después de ingerir alcohol y 16% dijo usar menos frecuentemente el condón; además de que consideraban que su uso reducía el placer.

Sabogal, et al. (1992), en su estudio con homosexuales y bisexuales de 18 a 30 años, reportaron que el 30% de esta población consideró que las probabilidades de usar condón disminuían después de consumir alcohol o drogas, y el 60% reportó encuentros sexuales bajo los efectos de estas sustancias.

Otro trabajo realizado con hombres, en una provincia de Tailandia, reportó que existía una relación entre alcohol y actividad sexual. El 80% de la población entrevistada refirió que el alcohol formó parte de los encuentros sexuales. Los autores concluyeron que el beber alcohol impedía reducir las conductas de riesgo (uso del condón), ya que al tomar centran su atención en tener sexo, independientemente de usar o no el condón (Maticka, Elkins, Haswell, Rujkarakorn y Stam, 1997).

Conductas como beber alcohol, fumar y drogarse, suelen ocurrir con más frecuencia en fiestas, bares, reuniones sociales, etc., en donde la probabilidad de relaciones sexuales es más propicia. Los bebedores o usuarios de drogas se comprometen más en conductas sexuales (McEwan, McCallum, Bhopal y Madhok, 1992), ya que los efectos de estas sustancias propician que se disminuyen las inhibiciones, así como la capacidad de usar la información que se ha aprendido acerca de la prevención del VIH, para tomar decisiones en materia de protección (ONUSIDA, 1999a, ONUSIDA, 2000).

De los estudios revisados, se puede concluir lo siguiente:

- Los conocimientos que tiene el adolescente y el joven en relación con los aspectos básicos sobre sexualidad humana, en general son deficientes; aun cuando los conocimientos acerca del VIH-SIDA se han incrementado, éstos no son aceptables, principalmente en las áreas de Etiología y Epidemiología.
- El aumento de conocimientos acerca de la infección les ha permitido a los jóvenes identificar a la vía por contacto sexual como la principal forma de transmisión del VIH. Sin embargo, continúan considerando como principales grupos de riesgo a los homosexuales, prostitutas y adultos heterosexuales con múltiples parejas sexuales, por su conducta sexual.
- Los adolescentes y jóvenes se consideran invulnerables y ajenos a la posibilidad de infección por no pertenecer a los grupos arriba señalados. La escasa autopercepción de riesgo de contraer el VIH provoca que los jóvenes sigan presentando comportamientos sexuales de riesgo, sin considerar cambios en su conducta sexual.
- El inicio a edades tempranas de la actividad sexual en los adolescentes favorece que, principalmente los varones, tengan múltiples parejas sexuales, lo cual los pone en alto riesgo de infección al no realizar conductas preventivas (uso de condón).
- Aun cuando el inicio de la actividad sexual en las mujeres es más tardío, la frecuencia de ésta, llega a ser más alta en comparación con los varones.
- A pesar de que ambos géneros mencionan estar de acuerdo con el uso del condón, como medida preventiva de embarazos, en primera instancia; y en seguida, como medio para evitar enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, en su práctica, no lo usan o lo hacen inconsistentemente, principalmente los hombres.
- De las razones expuestas para no usar condón, primeramente en los varones, fueron: no obtener placer al usar condón, ofender a la pareja al querer usarlo, no conocer el uso correcto del condón, no planear las relaciones sexuales, no tener condón a la mano u olvidar llevarlo; y en la mujer: incertidumbre y pena para pedirlo a su pareja y, estar enamorada.
- Las probabilidades en el uso del condón dependen de las creencias de qué tan

susceptibles de adquirir la infección se sienten; si lo consideran efectivo y si perciben pocas barreras para su uso.

De acuerdo con Lewis (citado por Díaz y Rivera, 1992), una de las razones por las que los jóvenes y adolescentes no toman precauciones para evitar contraer el VIH, la constituyen las consecuencias del placer inmediato o a corto plazo que implica la actividad sexual en sí misma; y, la dificultad que tienen para entender las consecuencias negativas personales al realizar conductas de riesgo, ya que éstas son a largo plazo, inciertas o improbables, lo que le hace difícil la toma de decisiones.

Sumado a esto, un factor no menos importante en este grupo de población, es que no planean sus encuentros sexuales lo que, aunado a la falta de información y habilidades para llevar a la práctica conductas preventivas, el riesgo de infección se incrementa.

Si bien es cierto, que la infección por VIH afecta a todas las personas que incurren en comportamientos de riesgo -especialmente en la conducta sexual sin protección-, son el grupo de adolescentes y jóvenes en los que se ha puesto mayor atención ya que, por un lado, más del 50% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial se producen en jóvenes de 10 a 24 años (SIDA/ETS,1998b) y, por otro, que siendo éste un grupo que está en pleno desarrollo y formación, puede adoptar medidas preventivas con mayor facilidad, siempre y cuando los programas dirigidos a ellos consideren el establecimiento y mantenimiento de conductas prosaludables, a través de un análisis que no sólo identifique las conductas sexuales de riesgo que llevan a cabo, sino también como lo menciona Piña, Márquez y Vera (1993), saber por qué y bajo qué circunstancias se llevan a cabo esas conductas.

Así, la prevención en el caso del VIH-SIDA se torna importante y prioritaria, tanto como la incursión de la psicología, ya que al no existir hasta el momento cura contra el SIDA, la opción más viable es la modificación de comportamientos.

En el siguiente capítulo se abordará, de manera general, la incursión de la psicología en el problema salud-enfermedad y, más específicamente en la propuesta de Ribes (1990) del Modelo Psicológico de Salud y de éste aplicado a la prevención del VIH-SIDA.

IV. PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

4.1 SALUD Y PSICOLOGÍA

Desde épocas remotas ha existido un gran interés por explicar y curar cualquier enfermedad. Esta tarea fue abordada inicial y principalmente por la medicina, estudiando los problemas de enfermedad centrándose en los aspectos físicos y explicándolos en términos biológicos; los factores sociales y psicológicos no eran considerados para explicar la presencia de enfermedad o como factores coadyuvantes para su curación (Dúran, Becerra y Torrejón, 1991).

Si bien, la medicina ha generado investigaciones, práctica médica y desarrollo tecnológico, y ha contribuido con esto al cambio en la disminución o erradicación de enfermedades infecciosas, también lo es, que la transformación de las sociedades modernas, por ejemplo, en los factores ambientales (contaminación del aire, agua, tc.), sociales (sobrepoblación, uso de drogas, alcohol), psicológicos (estrés), económicos (altos costos de vivienda, alimentación y atención para la salud) y sus consecuentes cambios en el estilo de vida y hábitos dentro de los grupos poblacionales han tenido importantes repercusiones en el ámbito de la salud.

Todos estos factores han provocado una transformación e incremento en los patrones de las enfermedades y su mortalidad, de ser principalmente infecciosas (cólera, tifoidea, escarlatina, poliomeilitis, etc.) a enfermedades crónicas degenerativas (cáncer, enfermedades coronarias, enfermedades neurovasculares), todas ellas relacionadas con el estilo de vida (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995; Matarazzo, 1994).

El incremento de estas enfermedades y su relación con los estilos de vida, hizo por un lado, que rebasaran el ámbito médico para la atención y explicación de estos padecimientos, y por el otro, que se redefiniera el concepto de salud, el cual debía ser entendido, no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso dinámico e interrelacionado de elementos físicos, sociales y psicológicos (Higashida, 1995).

Esto generó una perspectiva diferente de abordar el proceso de salud-enfermedad, no sólo limitándose al tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, sino dando principal importancia a la promoción de la salud.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) da a conocer el proyecto "Salud para Todos en el año 2000" cuyo principal objetivo era que las personas pudieran gozar de un nivel satisfactorio de salud para llevar a cabo una vida económica y social productiva, mejorando con ello, su calidad de vida (OMS, 1978; Dúran, et al.1991).

Este proyecto dió especial énfasis a: a) La Prevención, creando estrategias de atención e información sobre la conservación de la salud y estimulando el cambio en las conductas no saludables y b) La participación del individuo y su comunidad en los procesos de salud.

La información como un factor indispensable para educar en salud debe considerar, de acuerdo con la OMS, los elementos que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto de ésta, así como los procesos para propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuados para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva (Higashida, 1995).

Promover una cultura de la salud, permitirá a los individuos no sólo identificar, sino llevar a cabo conductas favorables para la prevención de la enfermedad (p.e. adquirir prácticas de higiene y alimentación adecuadas, evitar el uso de sustancias tóxicas, etc.), generando una participación consciente, responsable y activa de éstos con respecto a su propio bienestar, considerando los recursos de que dispone, de sus necesidades y las de su entorno (OMS, 1978; Matarazzo, 1994). Esta participación activa, en palabras de Roth (en Piña, 1988), implicaría la decisión del cuándo, cómo, porqué cambiar y que dirección tomará dicho cambio.

Hablar de la participación de los individuos en términos de los comportamientos que éstos llevan a cabo para favorecer o no su estado de salud, le ha permitido a la psicología una participación cada vez más intensa y una vinculación con los problemas biomédicos, en tanto la psicología puede incidir a través de la identificación de comportamientos que llevan o predisponen a la enfermedad, a la incorporación de hábitos que repercutan en la modificación de comportamientos no saludables.

Si bien la psicología nunca ha estado totalmente desligada del campo de la salud, su incursión había sido principalmente reconocida en el tratamiento de problemas denominados "mentales", o a través del psicodiagnóstico realizado con pruebas estandarizadas. Sin embargo, la cercana vinculación de los factores derivados del comportamiento individual con los problemas biomédicos o de salud ha propiciado el surgimiento, como lo menciona Ribes (1990), de subcampos de conocimiento, como la medicina conductual o la psicología de la salud, entre otras, las cuales responden a la demanda social, y haciendo uso del eclecticismo, implementan estrategias de intervención.

En la actualidad, uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, es el VIH/SIDA, que por ser una enfermedad incurable que está afectando a un sinnúmero de individuos, principalmente por sus prácticas sexuales de riesgo, la principal estrategia de intervención por parte de la psicología ha sido, la identificación de los patrones de comportamiento que predisponen a la enfermedad, y la implementación de estrategias preventivas.

4.2 PSICOLOGIA Y SIDA: MODELOS PSICOLÓGICOS.

La principal -pero no la única- práctica que ha favorecido la transmisión del VIH es la conducta sexual sin protección de los individuos, ya no sólo en la población de homosexuales, sino su continuo y sistemático crecimiento ha venido afectando a poblaciones heterosexuales, principalmente mujeres y adolescentes.

Los datos epidemiológicos reportados acerca del VIH/SIDA y las limitaciones para su curación y/o atención (elevados costos del tratamiento) dejan como única alternativa las estrategias de prevención.

Una de las principales estrategias han sido las campañas contra el SIDA, cuyo principal objetivo es informar acerca de las conductas que facilitan la propagación del virus (conductas de riesgo) y promover las conductas protectoras (uso del condón, practicar la monogamia, etc.). Sin embargo, se ha comprobado que la información por sí sola no es suficiente para alterar comportamientos de riesgo (Magaña, Batista, Pinto, Blair y Mata, 1992; Preciado y Montesinos, 1992), por ello la participación del psicólogo

se torna valiosa en su trabajo de prevención en relación a este problema ya que los cambios y mantenimiento en la conducta del individuo son esenciales.

La prevención definida por Piña (1988) es "la adquisición y ejercicio de comportamientos saludables para que bajo cualquier circunstancia (definida de bajo o alto riesgo) las personas desarrollen comportamientos destinados al cuidado y promoción de la salud e incompatibles a las potencialmente relacionadas con el contagio y transmisión del VIH" (pag. 292).

Diseñar programas preventivos de conducta sexual para prevenir la infección del VIH es difícil; ya que la conducta sexual lleva implícitas una serie de valores culturales, actitudes, creencias y hábitos, por ejemplo, las connotaciones negativas que tiene el uso del condón (limita la espontaneidad, disminuye el placer, etc.), sumado a esto, las características propias de evolución de la enfermedad del SIDA (latencia prolongada), se reflejan en una baja autopercepción de riesgo y sentimiento de invulnerabilidad respecto al contagio, lo que torna difícil la modificación de comportamientos sexuales.

Bayés (1992b) analizó los comportamientos sexuales de riesgo respecto al VIH mediante un análisis funcional de la conducta y señaló la dificultad que existe al intentar cambiar éstos, debido a que la gratificación inmediata (orgasmo, excitación sexual) de la práctica sexual es superior a una consecuencia negativa probable y a largo plazo (infección del VIH). Los comportamientos preventivos (uso de condón, sexo sin penetración) suponen una disminución del placer inmediato o una demora en su obtención, por lo que es probable que el individuo elija practicar una conducta de riesgo (sin condón) placentera e inmediata a pesar del riesgo que implica.

Estudios realizados con el propósito de obtener cambios de comportamiento sexual, para prevenir la infección del VIH sugieren: a) plantear comportamientos alternativos igualmente reforzantes, para que el sujeto pueda elegir el más apropiado a su realidad, b) plantear cambios de comportamiento consistentes con los valores y creencias individuales o de grupo, para que sean adoptados con mayor facilidad, c) considerar cambios progresivos en los estilos de vida, y d) entrenamiento de destrezas y habilidades de las conductas a implementar (Coates, 1992; Preciado y Montesinos, 1992; Magaña, et al, 1992).

En este sentido, se han utilizado diferentes estrategias derivadas de aproximaciones psicológicas para prevenir la infección del VIH/SIDA e incidir en los comportamientos no saludables para prevenir la enfermedad. Algunas de las estrategias de prevención implementadas serán mencionadas a continuación.

Educación crítica para la salud. Basada en la metodología educativa de Paulo Freire (1970) de los círculos de cultura, fue adaptado un programa preventivo del VIH/SIDA. La metodología de los círculos de salud involucra procesos de reflexión-acción-transformación de la realidad. Esto es, permite que el individuo, a través principalmente del diálogo, internalice la información pertinente a la enfermedad (transmisión del VIH y medidas preventivas), analice y evalúe críticamente las repercusiones de ésta, reflexione acerca de su propio comportamiento, induciendo esto a la modificación de sus actitudes y percepciones en cuanto al riesgo para, finalmente decidir conscientemente llevar a cabo o no, cambios de comportamientos preventivos.

La participación activa de los individuos por medio de la discusión y resolución de problemas permite que sean ellos los que planteen comportamientos sexuales preventivos, situación que favorece la recuperación de la autoestima, misma que facilita el cambio de comportamientos (Carpio, Bracho y Anderson, 1992; Magaña, et al. 1992).

Modelo de influencia social y de comunidad; y Técnicas de enfoque de redes sociales y apoyo social. Ambas estrategias de intervención resaltan la importancia que tienen los factores sociales e individuales en los comportamientos de prevención del VIH-SIDA. La implementación de los programas con estos enfoques, consideran elementos afines de la comunidad, como el compartir intereses, valores y culturas similares, para hacer más probable que los mensajes recibidos sean comprendidos, aceptados e interiorizados, contribuyendo a la sensibilización y motivación para el cambio de los comportamientos de riesgo. Por otro lado, el uso de líderes de la misma edad que influyen en su medio social, permiten promover en los miembros del grupo, el aprendizaje por observación con el objetivo de inducir cambios de comportamiento y su mantenimiento.

Es a través de las relaciones interpersonales que los individuos con características similares, mantienen su identidad social, además de establecer nuevos contactos, reciben información, entrenamiento de habilidades y apoyo social. El apoyo

social juega un papel determinante en estos enfoques, ya que miembros del mismo grupo social presentan estrategias que han encontrado efectivas y a su vez, sirven de modelos de las conductas que se desean modificar, aprobando o reforzando las conductas apropiadas (Carpio, et al. 1992; Preciado y Montesinos, 1992; Coates, 1992).

En resumen, las estrategias de intervención mencionadas resaltan la importancia de los factores sociales, además de la homogeneidad de los participantes en cuanto a niveles sociales, educativos, económicos, de creencias y/o actitudes para motivar la implementación de comportamientos saludables. Si bien, estos factores son importantes apoyos en el cambio conductual, ninguna de las intervenciones mencionadas analiza, identifica ni delimita comportamientos específicos de riesgo en los que se quiere incidir.

Otros modelos abordan el problema del VIH/SIDA incidiendo en variables cognitivas para lograr cambios de comportamiento, algunos de los cuales serán citados a continuación

Modelo PRECEDE. Modelo de prevención del VIH/SIDA, que de acuerdo a Bimbela y Gómez (1994), permite identificar los factores antecedentes que influyen para que se realicen o no determinados comportamientos de riesgo, y una vez identificados tener la posibilidad de intervenir eficazmente sobre ellos y probabilizar la práctica de comportamientos saludables.

Los elementos antecedentes de análisis son los factores: predisponentes (información, actitudes, valores y creencias); facilitadores (entrenamiento de habilidades, recursos y accesibilidad de los mismos) y reforzantes (la actitud y conducta de los elementos que conforman su entorno). La identificación y análisis de estos factores permiten la planeación de estrategias para modificar hábitos no saludables o de riesgo relacionados con la transmisión del VIH.

Teoría del aprendizaje social y autoeficacia de Bandura. Este modelo plantea que el comportamiento preventivo está en función, principalmente, de la auto-eficacia del individuo para llevar a cabo ese comportamiento, lo cual dependerá de la información, desarrollo y mejoramiento de habilidades sociales y autoregulatoras, y del apoyo social.

Para que se realicen cambios conductuales, es necesario, además de la información pertinente de la enfermedad (formas de transmisión, prevención, etc.), concientizar al individuo acerca del significado y magnitud de sus comportamiento de

riesgo, que reconozca las razones para alterar sus hábitos de riesgo, considerar los recursos con los que cuenta y el apoyo social para hacerlo, todo ello le permitirá autodirigir esos cambios.

El desarrollo de las habilidades sociales implica el entrenamiento de comportamientos preventivos --apoyados por técnicas de modelamiento, juego de roles y retroalimentación-- para ser aplicados en diferentes contextos similares a su realidad y con diversos grados de complejidad, permitiendo esto transferir la información en acciones preventivas, por medio del establecimiento y mejoramiento de esas habilidades que estimularán en el individuo un mayor sentido de la eficacia.

La auto-regulación opera a través de reacciones afectivas sobre su propia conducta, a través de la motivación y autoreforzamiento. El uso eficaz y consistente de sus habilidades para regular sus comportamientos bajo circunstancias de riesgo, requerirá del individuo una fuerte creencia en la eficacia de ejercer un control personal sobre su motivación, procesos de pensamiento, estados emocionales y patrones de conducta.

Dado que las conductas son llevadas a cabo en un contexto social y normativo determinado, el apoyo de redes de influencia social son considerados importantes para reforzar habilidades que promuevan el cambio de comportamientos.

En suma, lo que finalmente llevará al individuo a ejercer un control sobre su propia conducta y su medio ambiente social es la creencia en su propia capacidad para llevar a cabo comportamientos preventivos eficaces (Bandura, 1994).

Modelo de Creencias de Salud. Las teorías del aprendizaje que apoyan este modelo son: la teoría estímulo-respuesta, que dice que la temporalidad entre una conducta y sus consecuencias (reforzamiento) es suficiente para incrementar la probabilidad de que la conducta se repita, y la teoría cognitiva, la cual enfatiza el papel de las expectativas para que una acción logre ciertos resultados (consecuencias). Es a través de las expectativas que se intenta explicar por qué algunas personas actúan de una manera u otra con respecto a la salud o la enfermedad.

De acuerdo con este modelo, el comportamiento preventivo está en función de la expectativa respecto a las consecuencias (sociales, laborales, familiares, etc.) de una

enfermedad (Severidad percibida) y al riesgo percibido de adquirir una enfermedad (susceptibilidad personal percibida).

La amenaza percibida de una enfermedad en general, y de enfermarse, en particular, así como de las creencias respecto a las barreras o beneficios percibidos, darán pauta al individuo para realizar o no comportamientos preventivos eficaces. Un elemento incorporado a este modelo es la autoeficacia (Bandura, 1977), la cual se refiere a la convicción del individuo de su capacidad para realizar eficazmente la conducta requerida y reducir la amenaza de enfermar.

Resumiendo, para que se produzcan cambios en el comportamiento, la gente necesita sentirse amenazada por sus patrones de conductas actuales, y creer que los cambios de una clase específica tendrán resultados positivos, así como también sentirse competentes para implementar el cambio (Rosenstock, Strecher y Becker, 1994; Carpio, et al. 1992).

Modelo de la Acción Razonada. Señala la relación entre las intenciones, creencias y actitudes, con el comportamiento. Considera que para modificar un comportamiento es necesario, en primera instancia delimitar la conducta en que se quiere incidir, con base en cuatro elementos: acción, contexto, meta y tiempo, ya que toda acción ocurre respecto a una meta, en un contexto dado, y en un tiempo determinado; y posteriormente, conocer los factores que influyen en la decisión del individuo para realizar o no esa conducta.

Se plantea que el comportamiento está en función de las intenciones para realizar o no una conducta preventiva, las intenciones a su vez, están determinadas por las actitudes (sentimientos positivos o negativos) hacia la conducta, y las normas subjetivas (influencia social) que lo llevan a realizar o no la conducta.

Las actitudes están determinadas por las creencias conductuales de las personas de que determinadas conductas producen ciertos resultados y la evaluación de esos resultados. Las normas subjetivas (influencia social y motivación) están determinadas por creencias acerca de lo que su grupo de referencia piensa respecto de esa conducta y la motivación del individuo para estar de acuerdo con ellos.

Una vez identificadas las creencias normativas y/o actitudinales que corresponden a la intención, la modificación de estos elementos posibilitará el cambio en

el comportamiento. Esto es, el individuo decidirá realizar una conducta cuando tenga una actitud positiva hacia realizarla y cuando crea que otras personas importantes para él piensan que la debería realizar (Fishbein, 1990).

Modelo de Reducción de Riesgo de SIDA. Este modelo considera diferentes factores que pueden influir en la habilidad del individuo en su intento de cambiar las conductas sexuales de alto riesgo:

- a) La percepción de riesgo que tiene el individuo de contraer la infección del VIH, estaría en función del conocimiento acerca de las conductas de riesgo, susceptibilidad percibida en relación a las conductas de alto riesgo, y los estados emocionales negativos en relación a la conducta problemática.
- b) La toma de decisiones para operar cambios en su conducta, relacionada ésta con la percepción del costo-beneficio de la conducta (qué tan reforzantes resultan las conductas para cambiarlas), la información recibida a través de fuentes formales (materiales educativos, conferencias, etc.) o informales (amigos, familiares o ayuda profesional) y la percepción de las normas de cambio; y
- c) la ejecución de la acción, la cual está influenciada por la percepción de las normas sociales, la habilidad que considere tener para llevar a cabo los cambios de comportamiento (Coates, 1992; Catania, Kegeles y Coates, 1990).

Un programa de prevención del VIH/SIDA realizado por Carpio, Bracho y Anderson en 1992, retomó algunos de los modelos arriba señalados, como el de la metodología educativa de Freire, la teoría del aprendizaje social de Bandura, el enfoque de redes sociales y de apoyo, y el modelo de creencias de salud.

El estudio se llevó a cabo con sujetos usuarios de drogas, la mayoría de origen latino entre los 25 y 44 años de edad. Al inicio del programa se aplicó un cuestionario en el que se evaluó el conocimiento acerca del VIH, las actitudes, creencias y comportamientos relacionados con el SIDA. Los autores mencionan que uno de los principales logros de este programa fue la estructura dinámica de las sesiones educativas, ya que permitieron un importante impacto en los participantes sobre sus actitudes y comportamientos con relación al VIH/SIDA, favoreciendo la disposición a usar condón durante sus relaciones sexuales o estar usándolo regularmente.

Este tipo de intervenciones, a decir de los autores, permite la adaptación de programas de acuerdo a las necesidades de los sujetos, estimulando y promoviendo su participación con base en un análisis crítico, reforzando con ello su autoconfianza y afectando positivamente el sistema de valores y creencias, mejorando con todo ello el cumplimiento de medidas preventivas.

En conclusión, los modelos descritos intentan identificar y explicar los factores que influyen o subyacen en los comportamientos de riesgo relacionados con la salud, así como desarrollar estrategias que puedan favorecer el cambio conductual. Sin embargo, aún cuando se señala la pertinencia de estas intervenciones en el problema del VIH/SIDA, las variables cognitivas de estudio, como eventos mediadores del comportamiento de riesgo, contribuyen principalmente a explicar y predecir la posible ocurrencia de comportamientos preventivos, más no, la seguridad de que dichos comportamientos ocurran y/o se mantengan en un corto o largo plazo.

Un análisis de los comportamientos sexuales relacionados con la infección del VIH, debe considerar lo que hacen los individuos de manera concreta en situaciones definidas de riesgo o prevención, cómo interactúan con estas situaciones y en qué condiciones lo hacen.

Una de las alternativas para abordar los problemas de salud lo representa el modelo psicológico de salud biológica desarrollado por Ribes (1990) que plantea como característica fundamental, la explicación de la naturaleza funcional de los procesos de comportamientos vinculados con la salud-enfermedad, para que en el caso específico del VIH-SIDA, entender por qué se presentan comportamientos de riesgo, y de esta manera incidir en los distintos niveles de prevención de manera eficaz.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3 MODELO PSICOLÓGICO DE SALUD BIOLÓGICA APLICADO A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA.

El modelo psicológico de salud desarrollado por Ribes (1990) surge como una alternativa para abordar el proceso de salud-enfermedad, delimitando el campo de acción profesional de la psicología en el ámbito de la salud, identificando los factores psicológicos relacionados con los diversos problemas de salud y guiando la acción e intervención prácticas del profesional a través de la prevención, detección e investigación.

El modelo psicológico de salud biológica permite tener una visión conjunta de los factores involucrados en el proceso salud-enfermedad, explicando cómo los factores psicológicos se vinculan con este proceso en la aparición o prevención de la enfermedad biológica. Ribes (1990) fundamenta la pertinencia de este modelo al considerar como elemento integrador de lo biológico (ausencia de enfermedad) y lo sociocultural (bienestar), al comportamiento --dimensión psicológica de análisis--, el cual es comprendido como la práctica individual del organismo biológico regulado por relaciones socioculturales.

De esta forma, la salud como concepto que relaciona las condiciones ambientales propiciadoras de bienestar y las acciones de agentes fisicoquímicos y biológicos sobre el estado del organismo, sólo puede entenderse mediante aspectos relacionados con la actividad individual humana, lo cual permite señalar las modalidades y momentos en que es posible afectar el continuo bienestar-enfermedad, a través de acciones prácticas de los individuos.

La dimensión psicológica de la salud contempla tres principales elementos: 1) La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente, 2) Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud; y 3) Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Cada uno de estos elementos involucra una gama diversa de funciones psicológicas, las cuales se presentan en un proceso interrelacionadas. "El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, son elementos que determinan el estado biológico del organismo, en términos de salud o enfermedad" (Ribes, 1990, pág.20)

El modelo analiza los procesos psicológicos relacionados con las condiciones del organismo y las acciones del individuo en un medio sociocultural; y las consecuencias de dichos procesos en relación con las características funcionales del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y conductas asociadas a la alteración biológica.

A continuación se describirán brevemente las dos categorías y elementos considerados en el modelo:

1. Proceso psicológico. Comprende el análisis de: a) la historia de interacción del individuo, b) sus competencias conductuales y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

a) La historia de interacción del individuo se analiza a través de los estilos interactivos, entendidos como las formas consistentes en que el sujeto se enfrenta a una situación al interactuar por primera vez con ella y en donde no existen criterios de logro; y la historia de competencias funcionales, entendida como la capacidad conductual adquirida por el individuo en interacciones pasadas por ciertas formas de comportamiento ante determinadas situaciones.

De esta forma, la historia de interacción constituye la disposición del individuo a interactuar en una situación definida, con base en las formas y modos de interacción previos funcionalmente pertinentes a dicha situación.

b) Competencias funcionales presentes están relacionadas también con la capacidad conductual, entendida como el conjunto de destrezas y habilidades del individuo para interactuar con una situación determinada con base en los requerimientos de la situación como campo de contingencias; los factores que definen el contexto de interacción y que son identificados como características de la situación (tipo de escenario, condiciones físicas y sociales que lo configuran, personas que auspician la interacción sin participar en ella, etc.), o bien como las condiciones biológicas

momentáneas del individuo (alimentación, sueño, enfermedad, etc.); y la historia de competencias pertinentes, es decir, la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación dada su experiencia particular.

II.Resultante o consecuencias. Comprende el análisis de las características funcionales del comportamiento con base en: a) el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad, y 2) la emisión de conductas instrumentales. Ambas influyen directamente en la aparición de diversas patologías biológicas, así como los comportamientos asociados a ellas.

1) La vulnerabilidad biológica está conformada por la presencia de condiciones en el organismo que al entrar en contacto con factores desencadenantes de contagio directo, aumenta el riesgo de que se desarrolle una enfermedad. Algunos de los factores que afectan la vulnerabilidad pueden ser producto indirecto de carencias o prácticas inadecuadas de comportamientos específicos, manifestados como interacciones biológicas (desnutrición, infecciones por prácticas de higiene inadecuadas, etc.); de naturaleza orgánica, como las alteraciones genéticas y congénitas; o bien, las directamente mediadas por el comportamiento, esto es, las formas particulares en que un individuo interactúa con ciertas contingencias del ambiente, propiciando cambios orgánicos, como las secreciones gástricas o aumento de la presión arterial (Rodríguez , Moreno, Robles, DíazGonzález y Frías; en prensa).

2) Las conductas instrumentales, son acciones específicas concretas de los individuos que directa o indirectamente, previenen o incrementan los riesgos de contacto con los agentes productores de patología biológica. Estas conductas hacen referencia a la capacidad del individuo en términos de la disponibilidad, tanto de morfologías efectivas de comportamiento, información respecto a los motivos y ocasiones en que deben realizarse ciertos comportamientos, así como formas de interacción alternativas.

De acuerdo con el modelo de Ribes (1990), las conductas instrumentales de prevención pueden ser analizadas a partir del "saber hacer", en el caso concreto del VIH-SIDA, este saber hacer, se relaciona con la información que debe poseer un individuo para prevenir el riesgo de infección por VIH. Esta disponibilidad de información debe estar vinculada con la práctica efectiva de reconocimiento de las condiciones, de la ejercitación de las conductas implicadas y de contacto con sus efectos.

Este "saber hacer" puede desglosarse en los siguientes aspectos: 1) saber qué tiene que hacer, en qué circunstancias hacerlo, y cómo reconocerlo (qué es el SIDA, como se manifiesta, transmite o previene), 2) saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o haberlo practicado (relacionado con los conocimientos prácticos efectivos de las diversas formas de prevenir el contagio con VIH), 3) saber por qué se tiene que hacer y reconocer si se tiende o no a hacerlo (las razones para evitar el contagio), 4) saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo o no (identificar las situaciones al alto riesgo de contagio), y 5) saber hacer otras cosas en dichas circunstancias, o saber hacer lo mismo de otra manera (disponibilidad de formas alternativas de comportamiento en situaciones que implican riesgo de contagio).

Finalmente, el modelo propuesto por Ribes (1990), da la pauta para generar acciones tendientes a investigar y detectar, a través de la evaluación de los diversos componentes de este modelo, los procesos psicológicos involucrados en la emisión de comportamientos de riesgo o prevención y el papel funcional que juegan dichos factores.

Es así que la evaluación de los factores involucrados en las prácticas sexuales de riesgo o prevención relacionadas con el contagio del virus del SIDA debe considerar, de acuerdo con la tesis central del modelo, lo que la gente hace o deja de hacer, cómo y en que circunstancias lo hace, considerando la disponibilidad de información como un elemento de apoyo para la práctica misma. Bajo este contexto, el presente trabajo evaluará, en estudiantes de nivel medio superior, distintas prácticas sexuales, considerando de manera específica la situación, forma y condiciones en que ocurren; así como la información disponible respecto a la enfermedad del SIDA.

V. REPORTE DE INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN

A casi dos décadas de iniciada la pandemia del SIDA, uno de los grupos principalmente afectados por esta enfermedad han sido los jóvenes; estimaciones del ONUSIDA reportan que hasta 1998, de los 33 millones de personas con VIH o SIDA, más de 2.5 millones son jóvenes entre los 15 a 24 años de edad están infectados con el virus (ONUSIDA.1999a). En México específicamente, hasta 1998 el 30% de casos de SIDA se produjeron en personas de 20 a 29 años de edad (SIDA/ETS, 1998b), lo cual sugiere que considerando que el periodo de incubación del virus es de 8 a 10 años en países en desarrollo (ONUSIDA, 1999b), el virus es adquirido principalmente durante la etapa adolescente.

Por ello se han realizado un gran número de estudios con jóvenes en relación a este problema de salud, ya que durante esta etapa tienen mayor frecuencia de contactos sexuales. Se han investigado principalmente los conocimientos acerca de la sexualidad y VIH/SIDA, percepción y actitud hacia la enfermedad, prácticas sexuales coitales, o anales en jóvenes homosexuales, número de parejas sexuales, etc.

Así también, la importancia del uso del condón para prevenir la infección del VIH, ha propiciado estudios que evalúan el uso o no de preservativo durante sus prácticas sexuales, intención y actitudes para usarlo. También se han implementado diversos modelos con el propósito de modificar comportamientos sexuales de riesgo, algunos apoyados en modelos educativos, otros más en el uso de redes de apoyo social, y otros con aproximaciones psicológicas cognitivo-conductuales. Estos últimos evalúan principalmente las percepciones, intenciones, creencias de los jóvenes en relación al uso de condón, apoyándose en la hipótesis de que al incidir en esos factores, se modificará el comportamiento de riesgo.

Las prácticas sexuales comúnmente evaluadas han sido las relaciones coitales, y anales (en jóvenes homosexuales), considerando en estas prácticas principalmente, el número de parejas sexuales, tipo de parejas, frecuencia de las prácticas sexuales y uso

o no de protección durante estas prácticas. Sin embargo, no existe un estudio que evalúe de manera conjunta diversas prácticas sexuales (relaciones coitales, anales, orales, ocasionales, etc.), así como las variables relacionadas con el riesgo de infección del VIHt en estas prácticas (frecuencia de la práctica, tipo de pareja, uso o no de protección, frecuencia del uso de protección, iniciativa para el uso de protección, etc.).

A diferencia de los modelos cognitivo-conductuales, el modelo de Ribes permite investigar la relación funcional de los factores involucrados en los comportamientos sexuales de riesgo o prevención que los individuos realizan en situaciones contingenciales concretas, para finalmente implementar estrategias de prevención acordes con esos comportamientos.

En este sentido, Ribes (1990) plantea la importancia de analizar, entre otros aspectos, la información específica previa que posea el individuo respecto del problema de salud, en el caso concreto del VIH-SIDA, saber qué es el SIDA, cómo se adquiere, manifiesta y contagia, cómo se previene. Con base en esta información, identificar las formas particulares en las que el individuo interactúa con ciertas contingencias del ambiente, determinando esto, el estado biológico del organismo, en términos de salud o enfermedad.

De acuerdo con Bayés (1992a) un mejor conocimiento y evaluación de los factores a los que se dá relevancia en el modelo puede proporcionar orientaciones útiles para suscitar cambios en los comportamientos de riesgo. Es por ello, que la estrecha vinculación entre la información y el comportamiento concreto del individuo dan pauta al presente trabajo de investigación para evaluar en estudiantes de nivel medio superior: a) la información que poseen respecto del VIH-SIDA (etiología, epidemiología, sintomatología, transmisión y prevención) y, b) lo que hacen o dejan de hacer bajo ciertas circunstancias en relación a prácticas sexuales de riesgo o prevención, esto es, qué prácticas realizan, con qué frecuencia, con quién lo hacen, si usan o no protección, con qué frecuencia y en qué circunstancias.

Objetivos generales del estudio:

1. Determinar el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA que tienen los estudiantes de una escuela de nivel medio superior (CETyS).
2. Identificar las prácticas sexuales de riesgo y prevención relacionadas con el contagio del VIH, en las que se involucran los estudiantes de esta muestra
3. Identificar en cada práctica sexual, el nivel de riesgo de los estudiantes que se comprometen en ellas.

Objetivos específicos:

1. Evaluar los conocimientos acerca del VIH/SIDA (etiología, epidemiología, sintomatología, transmisión y prevención).
2. Comparar las diferencias entre el nivel de conocimientos generales y por área (epidemiología, etiología, sintomatología, transmisión y prevención), en función del género, edad, debut sexual, uso o no uso del condón.
3. Evaluar las prácticas sexuales, relacionadas con la transmisión del VIH, que realizan los estudiantes de la muestra.
4. Determinar las prácticas de riesgo y /o prevención que realizan los estudiantes en relación con la edad y género.
5. Identificar el nivel de riesgo en las prácticas sexuales realizadas con base en los siguientes elementos: frecuencia de la práctica, pareja con la que se realiza, uso o no de protección, tipo de pareja con la que se usa o no protección, frecuencia de uso de protección, razones por las que se usa o no protección e iniciativa para el uso de protección.
6. Evaluar el conocimiento que tienen los estudiantes de la muestra en relación al uso de protección (colocación del condón).

MÉTODO

Selección de la muestra: Se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conglomerados en donde se identificaron a todos los grupos de la escuela. De esta forma la muestra la conformaron los estudiantes presentes y voluntarios para participar en el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Muestra: participaron 599 estudiantes del Nivel Medio Superior del Centro de Estudios Tecnológico Industrial y de Servicios (CETyS) No.4, que cursaban el primero, tercero y quinto semestre de diferentes carreras técnicas pertenecientes al área físico-matemáticas. Del total de la muestra, 347 estudiantes (57.9%) fueron hombres y 222 (37.1%) mujeres, 30 estudiantes (5%), no contestaron. La edad promedio fue de 16 años, con un rango mínimo de 14 años y máximo de 29 años, 47 estudiantes (7.8%) no anotaron su edad. La tabla 1 indica el porcentaje de estudiantes por género, en cada rango de edad, y la tabla 2 muestra el porcentaje de estudiantes por rango de edad y género.

TABLE 1
Total de estudiantes en cada rango de edad

RANGOS DE EDAD	TOTAL	
	DE ESTUDIANTES	%
14-16 años	385	69.7
17-19 años	151	27.4
20-22 años	11	2
23 años en adelante	5	.9
Total	552	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2

Número y porcentaje de estudiantes por género y rango de edad

RANGOS DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
14-16 años	157	74.4	215	66.3
17-19 años	53	25.1	94	29
20-22 años	0	0	11	3.3
23 años en adelante	1	.4	4	1.2
Total	211	100	324	100

Tipo de estudio: el presente estudio lo podemos ubicar dentro de la investigación no experimental (Kerlinger, 1999), así pues, podemos señalarlo como un estudio descriptivo, ya que se pretende evaluar y describir las características de una serie de variables (Briones, 1995), en este caso concreto, aquellas relacionadas con el comportamiento sexual y sus conocimientos acerca del VIH/SIDA en una muestra de estudiantes de nivel medio superior.

Recursos materiales: Se utilizaron 90 cuestionarios y 600 hojas de respuestas. Los datos arrojados en la hojas de respuestas fueron capturados en una base de datos SPSS.

Situación o Escenario. Los cuestionarios fueron aplicados en cada uno de los salones de clases con los estudiantes presentes el día de la aplicación.

Variables. Las variables dependientes evaluadas fueron agrupadas en tres categorías: 1) Nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA, considerando cinco áreas: epidemiología, etiología, sintomatología, transmisión y prevención, 2) Prácticas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sexuales, 3) Nivel de riesgo en las prácticas sexuales realizadas por los estudiantes. Como variables independientes atributivas se consideraron el género (hombres y mujeres), y la edad (distribuidos en cuatro rangos de edad).

Descripción del Instrumento. El instrumento utilizado para evaluar las variables dependientes, estuvo conformado por dos partes: La primera evaluó el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes acerca del VIH/SIDA; en la segunda, el tipo de prácticas sexuales que llevan a cabo. Adicionalmente, de la última parte del cuestionario que contiene 12 preguntas, se evaluó únicamente, la secuencia relacionada con el uso del condón (pregunta 12). A continuación se describirá de manera general el instrumento utilizado, para mayor detalle, en el Anexo 1 se presenta el instrumento completo y la hoja de respuestas.

PARTE I. Conocimientos sobre VIH/SIDA

Los conocimientos relacionados con el VIH/SIDA fueron evaluados a partir del instrumento diseñado inicialmente por Alfaro y Cols. en 1991, el cual fue modificado, concretamente en relación a los datos epidemiológicos, dado que las cifras nacionales y a nivel mundial de 1991 a la fecha de aplicación habían cambiado, así como los grupos considerados de riesgo.

Fueron evaluadas cinco áreas de conocimiento, el número de preguntas en cada una de ellas fue variado: epidemiología (6 ítems), etiología (11 ítems), sintomatología (7 ítems), transmisión (11 ítems), y prevención (11 ítems). El número total de ítems incluidos en esta sección fue de 46, de los cuales 13 fueron de opción múltiple y 33 de cierto-falso. La instrucción precisa hizo alusión a señalar con una X aquella respuesta que consideraban era la correcta.

PARTE II. Prácticas sexuales

Esta sección fue una versión modificada del cuestionario diseñado por Torres (1998), y quedó compuesta por 130 preguntas de opción múltiple relacionadas con 15 prácticas sexuales (9 de riesgo y 6 de prevención).

PRÁCTICAS EVALUADAS

- 1.Relaciones Sexuales coitales
- 2.Relaciones sexuales con parejas ocasionales
- 3.Relaciones Sexuales Anales Pasivas
- 4.Relaciones Sexuales Anales Activas
- 5.Relaciones Sexuales Orales Activas
- 6.Relaciones Sexuales Orales Pasivas
- 7.Relaciones homosexuales
- 8.Relaciones sexuales en grupo
- 9.Uso de Instrumentos de estimulación
- 10.Masturbación Solitaria
- 11.Masturbación en Compañía
- 12.Masturbación Pasiva
- 13.Masturbación Activa
- 14.Caricias Activas
- 15.Caricias Pasivas

Las prácticas sexuales señaladas del 1 al 9, son consideradas de riesgo, debido a que existe la posibilidad de que un organismo sano entre en contacto con fluidos corporales contaminados con VIH. Las señaladas de la 10 a la 15, son consideradas prácticas preventivas, porque la posibilidad de contacto con fluidos corporales contaminados con el VIH, es baja o nula.

En cada una de las 15 prácticas se evaluaron una serie de variables o parámetros relacionados con su ocurrencia, para lo cual se incluyeron preguntas que hicieron alusión concretamente a la forma particular en que cada práctica es llevada a cabo, a estas variables en adelante denominaremos elementos complementarios. Los elementos complementarios evaluados fueron los siguientes:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS

- Frecuencia por mes con que se lleva a cabo dicha práctica
- Tipo de pareja con que se lleva a cabo.
- Si usa o no protección
- Frecuencia con que se usa protección
- Tipo de pareja con la que se usa protección
- Situación en la que se usa protección.
- Quién toma la iniciativa para usar protección.
- Tipo de pareja con la que no se usa protección.
- Situación en la que no se usa protección.

Las opciones correspondientes para cada elemento complementario se ejemplifican a continuación:

ELEMENTO	OPCIONES
Se lleva a cabo dicha práctica	SI NO
Frecuencia por mes de dicha práctica	A) Esporádicamente. B) De 1 a 5 veces al mes. C) De 6 a 10 veces al mes. D) De 11 a 20 veces al mes. E) Más de 20 veces por mes.
Si usa o no protección	SI NO
Frecuencia con que se usa o no protección	A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales. B) La mayoría de las veces.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	<p>C) La mitad de las veces.</p> <p>D) Casi nunca.</p>
Parejas con las que usa o no protección	<p>A) Sólo con mi pareja estable.</p> <p>B) Con parejas ocasionales</p> <p>C) Con trabajadores (as) del sexo</p> <p>D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad</p> <p>E) Con personas desconocidas</p> <p>F) Otras, Cuáles?</p>
En que situaciones se usa protección	<p>A) Cuando hay probabilidad de embarazo</p> <p>B) Sólo cuando me piden que lo utilice.</p> <p>C) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.</p> <p>D) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.</p> <p>E) Otras. Cuáles:</p>
<p>Quién toma la iniciativa para usar o no protección</p> <p>En que situaciones no usas protección</p>	<p>() TU</p> <p>() TU PAREJA</p> <p>() AMBOS</p> <p>A) Cuando no hay probabilidad de embarazo</p> <p>B) Sólo cuando me piden que no lo utilice.</p> <p>C) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual</p> <p>D) Cuando conozco la historia</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sexual de mi pareja
E) Otras. Cuáles

Es importante señalar que las opciones relativas a las situaciones bajo las cuales se usa o no protección varía en relación a cada práctica particular. Las instrucciones jugaron un papel importante para completar esta parte del cuestionario, dado que se requería conocer lo que los estudiantes hacían comunmente y no lo que harían o creían estaba bien.

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

En la pregunta número 12 (al final del cuestionario) de la Parte III, aparecen 9 figuras en las cuales se muestra de manera desordenada la colocación del condón. El estudiante tenía que ordenar las figuras de acuerdo a la colocación correcta del condón, para ello debía enumerar en orden ascendente cada figura.

MEDIDAS

a) Conocimientos del VIH/SIDA. Se obtuvo el porcentaje promedio global de respuestas correctas, y el porcentaje de respuestas correctas en cada área de conocimiento evaluada (etiología, sintomatología, etc.). Se consideró también el porcentaje promedio de respuestas correctas por género, edad, debut sexual, edad de inicio del debut sexual, y uso o no uso de protección. Finalmente, se realizó un análisis por reactivo de cada una de las áreas de conocimiento evaluadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b) Prácticas sexuales: se obtuvo el porcentaje de estudiantes que realizan cada práctica, el porcentaje de los que realizan cada práctica de riesgo y prevención por género, rangos de edad, uso y no de protección, así como el porcentaje de estudiantes que respondieron a las preguntas que evalúan los elementos complementarios de cada práctica sexual.

c) Categorías de riesgo: en cada una de las prácticas sexuales evaluadas (9 de riesgo y 6 de prevención), los elementos complementarios (frecuencia de la actividad, tipo de pareja, uso o no de protección, frecuencia de su uso, tipo de pareja con la que se usa o no protección, situaciones en las que se usa o no protección, iniciativa del uso de protección), fueron categorizados en prácticas de riesgo o no riesgo. Por ejemplo, frecuencia de la actividad sexual, se considero categoría de no riesgo, si ésta se realizaba esporádicamente, y como práctica de riesgo, cuando era realizada más de una vez al mes. En todos los casos se consideró el porcentaje de respuestas de los estudiantes a cada elemento complementario de acuerdo a la categorización definida como de riesgo o no riesgo. En el Anexo 2 se indicará como fueron definidas las diferentes categorías de riesgo.

d) Colocación correcta del condón: se obtuvo el porcentaje de estudiantes que contestaron correctamente la secuencia.

PROCEDIMIENTO

Se contactó inicialmente al responsable del departamento de psicopedagogía del plantel, al cual se le explicó de manera sintética el objetivo del trabajo de investigación. Una vez aceptado y aprobado el proyecto se procedió a establecer horarios y lugares de aplicación.

Se acudió a los salones de clase de los alumnos contactando al profesor en turno, al cual se le solicitó su cooperación para ceder su hora de clase y poder aplicar el cuestionario. Los cuestionarios fueron aplicados a los alumnos que estaban presentes y aquéllos que voluntariamente accedieron a responderlo.

Inicialmente el responsable de la aplicación explicó a los jóvenes el objetivo de la investigación y señaló que su participación no era obligatoria, si se sentían incómodos

con las preguntas tenían la opción de no contestarlo. Se enfatizó que el cuestionario era anónimo y la información proporcionada confidencial. Posteriormente indicó cómo proceder al llenado del cuestionario; con relación a los términos empleados en éste, se indicó el uso de un glosario que se encontraba en la parte final del mismo. Es importante señalar que el investigador permaneció a la vista de los estudiantes por si estos requerían alguna aclaración.

A cada uno de los estudiantes se le entregó un cuestionario y una hoja de respuestas, no se dió tiempo límite para contestarlo, conforme terminaban, entregaban el cuestionario al responsable de la aplicación y este daba las gracias por la cooperación.

VI.RESULTADOS

1. Conocimientos acerca del VIH/SIDA.

Los datos de esta sección serán descritos en porcentaje de aciertos obtenidos por los estudiantes en cada área de conocimientos y el porcentaje global, considerando para éste, el total de reactivos que constituyen las cinco áreas evaluadas. Inicialmente se indicará el porcentaje en cada una de ellas, y posteriormente se relacionarán las variables de edad, género, debut sexual y uso de condón con los conocimientos en cada área.

La Figura 1 muestra el porcentaje promedio de aciertos de cada una de las áreas evaluadas y el global de todas ellas, observándose un mayor porcentaje de respuestas correctas en las áreas de transmisión (79%) y sintomatología (72%), seguidas por el área de prevención (67%). El menor porcentaje se muestra en epidemiología y etiología, con 40% y 45% respectivamente; el porcentaje global de aciertos fue de 64.19%.

Antes de señalar los resultados obtenidos en las siguientes figuras, es pertinente indicar que el mayor porcentaje de estudiantes de la muestra se concentró en el grupo de 14 a 19 años de edad (536 jóvenes, que representan el 97%), en segundo lugar, los estudiantes en el rango de 20 a 22 años de edad (11, que representan el 2%) y finalmente, en el grupo de edad de 23 años y más, sólo se concentró el .9% (5 estudiantes).

Los conocimientos por área, en relación con la edad de los estudiantes se muestran en la Figura 2, en la cual se indica los rangos en que fueron divididas las edades para su análisis. La figura señala que el grupo de 23 años en adelante obtuvo en la mayoría de las áreas un promedio de respuestas correctas relativamente mayor (46% en epidemiología, 58% en etiología, 96% en transmisión y 76% en prevención) que los otros tres rangos. El área de sintomatología fue la excepción, ya que los cuatro grupos de edad mostraron un porcentaje promedio de respuestas correctas, alrededor del 72%.

Las áreas de conocimiento con el menor promedio de respuestas correctas fueron epidemiología y etiología, en todos los grupos de edad.

Al analizar los conocimientos por género se observa que no hay grandes diferencias entre hombres y mujeres en las cinco áreas evaluadas (ver Figura 3). El mayor porcentaje de aciertos se presentó en las áreas de transmisión (79% en hombres y 78% en mujeres), sintomatología (71% hombres y 73% mujeres), y prevención (68% y 66% respectivamente). Los menores porcentajes siguen presentándose en las áreas de epidemiología y etiología, los cuales son menores al 64% obtenido en el porcentaje global de ambos géneros.

El porcentaje de estudiantes que han debutado sexualmente se muestra en la Figura 4, ésta señala que el 76% de estudiantes no han tenido relaciones sexuales, sólo el 24% se han iniciado sexualmente, de éstos, 76% son hombres y 24% son mujeres.

Al comparar el nivel de conocimientos con los estudiantes que han debutado o no sexualmente (Figura 5), no se observan diferencias relevantes. Por ejemplo en el área de transmisión los estudiantes que han debutado sexualmente obtuvieron 81% y los que no han debutado 78%; en el área de sintomatología 72% en ambos grupos y en prevención, 69% y 67% respectivamente. En relación al porcentaje global de conocimientos (64%), las áreas antes señaladas, están por arriba de este porcentaje, y las que se encuentran por debajo de éste son epidemiología y etiología con porcentajes relativamente similares entre los que han y no han debutado sexualmente.

La Figura 6 muestra el nivel de conocimientos en relación al rango de edad en los estudiantes que han iniciado sus encuentros sexuales, se observa que los jóvenes que se iniciaron de los 23 años en adelante (2 jóvenes que representan el 1.4%) obtuvieron en el área de transmisión y etiología el mayor porcentaje de respuestas correctas (100% y 68% respectivamente). Contrariamente en el área de sintomatología, este mismo grupo, obtuvo el porcentaje más bajo de conocimientos (50%), en relación a los otros grupos de edad.

En el área de prevención, los estudiantes que se iniciaron antes o hasta los 15 años; y entre los 16 y 18 años, tuvieron porcentajes relativamente mayores de 69% y 70%, que el de 23 y más años (63.3%).

La relación entre conocimientos y el uso o no de protección durante sus relaciones sexuales se muestra en la Figura 7, la cual señala que los porcentajes promedio obtenidos en cada área de conocimientos son relativamente similares. Por

ejemplo, en el área de transmisión, los estudiantes que usan condón tuvieron 81% y los que no lo usan 80%; en el área de epidemiología, en el primer caso obtuvieron el 39% y en el segundo, 38%. Solamente en el área de sintomatología, el grupo que no usa protección tuvo un porcentaje relativamente superior de conocimientos(76%) en relación a los que lo usan (70%).

a) Análisis por reactivos.

En la Figura 8 se muestra el índice de dificultad por ítem en las cinco áreas de conocimiento. Dicho índice se obtiene sacando la proporción de sujetos que no acertaron entre el número total de sujetos que conforman la muestra, de tal forma que el número obtenido o índice está entre 1 y 0, si se acerca al 1 (eje superior vertical), los reactivos son más fáciles para los estudiantes, y mientras más se acerquen al 0 (eje inferior vertical), más difíciles les resultan, el 0 indicaría que desconocen la respuesta. Es así que el análisis se llevó a cabo en términos, principal pero no únicamente, de lo que la muestra estudiada desconoce o las creencias que aún persisten en ellos acerca del VIH/SIDA.

De manera general, esta figura muestra que los estudiantes tuvieron mayor dificultad (esto es, desconocían la respuesta) en la mayoría de los ítems relacionados con las áreas de etiología y epidemiología (en ese orden); asimismo se observa que en el área de transmisión, sintomatología y prevención, los jóvenes tuvieron menor dificultad, ya que respondieron acertadamente a la mayoría de los ítems que conforman estas áreas. Del análisis por ítem en cada una de las áreas de conocimiento, se puede resaltar lo siguiente:

Epidemiología (conformada por 6 ítems): El 96% de los estudiantes en el ítem 31, sabe que el SIDA afecta a todos los individuos, independientemente del género o edad; contrariamente en el ítem 27, cuyo planteamiento del reactivo era similar al anterior, el 43% desconoce que tanto homosexuales, heterosexuales, drogadictos, prostitutas o adolescentes pueden contraer la infección por VIH. Por otra parte, el 77% de los estudiantes desconocían en qué año fueron reportados los primeros casos de SIDA (ítem 1), el 87% que la mayor incidencia de casos estaba comprendida entre las edades de 30 a 39 años (ítem 26); asimismo, el 73.5% no sabía el origen de la enfermedad (ítem

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

28), y el 57% el número de casos de SIDA reportados hasta 1995 (ítem 29).

Etiología (11 ítems): como puede observarse en la figura, ésta área, al igual que la anterior, mostró un alto índice de dificultad en la mayoría de los reactivos.

Por un lado, los estudiantes saben: que el VIH es el agente causal del SIDA (85%, ítem 2), el 89% que la mayor concentración de VIH puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo (ítem 13), así como, el 61% que es falso que el VIH al introducirse en las células de los linfocitos T4 ayuda a cumplir su función alertadora e inductora de todo el sistema de defensa (ítem 4).

Por otro lado, desconocen: que el VIH invade preferentemente a los glóbulos blancos (77%, ítem 3), el 58%, que un método de reproducción del VIH, es la replicación (ítem 5), el 82% que es falso que a medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los linfocitos T4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva (ítem 7). Más de la mitad (65.8%) no conocen el período de incubación del VIH (ítem 24), asimismo el 45% desconoce que el VIH no es resistente a las condiciones externas del medio ambiente (ítem 32), y que el SIDA es sólo la etapa final de la infección con el VIH (60%, ítem 9).

Sintomatología (7 ítems): en ésta área, en relación a las de epidemiología y etiología, el índice de dificultad fue menor, ya que la mayoría de los estudiantes contestaron correctamente los reactivos. Sin embargo, como ya se mencionó, se resaltarán lo que estos estudiantes desconocen.

El 88.5% (ítem 10) sabía que el SIDA se caracteriza por el ataque general al individuo, presentando diversas infecciones oportunistas que ponen en peligro su vida; el 91.2% que el aumento de peso no es un síntoma en las personas con SIDA (ítem 33), y que el VIH deteriora el sistema de defensas en la persona que contrae la infección (ítem 36).

Pero, el 56% de los estudiantes cree que la causa directa de muerte en los enfermos con SIDA es el mismo padecimiento (ítem 11), el 46% no saben que la diarrea continua es un signo asociado al SIDA (ítem 35), y el 33% consideran que la persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (ítem 14).

Transmisión (11 ítems): es importante resaltar que aún cuando la mayoría de los

items no mostraron un alto grado de dificultad, aún persisten concepciones equivocadas en algunos estudiantes con respecto a la forma de transmisión del virus. Por ejemplo, el 19% de ellos, consideró que el virus puede ser transmitido por contacto casual (ítem 15), el 22% creía que por picaduras de insectos (ítem 16), el 22% y 13% creían que por usar baños públicos o albercas (ítems 20 y 18).

Asimismo, el 57.8% de estudiantes cree que las personas que donan sangre, aún con medidas preventivas, corren el riesgo de contraer el VIH (ítem 37), y el 35% desconocen que los seropositivos, son los portadores sanos del VIH permanentemente infectantes (ítem 12).

Sin embargo, de acuerdo con los resultados se puede aseverar que existe conocimiento de las diferentes formas de transmisión en más de la mitad de los estudiantes. El 95.7% saben que la exposición a sangre contaminada mediante las transfusiones o por el uso de agujas contaminadas es un mecanismo de transmisión (ítem 19), el 95.8% reconoce que una mujer embarazada e infectada con el VIH puede transmitir el virus a su hijo (ítem 21), y el 92% que a través de la sangre y el semen se puede transmitir el virus (ítem 22) y el 82.6% conoce que la principal vía de contagio es a través del contacto sexual con personas infectadas (ítem 23), sin embargo, en este mismo ítem, el 16% de los estudiantes no lo saben.

Prevención (11 ítems): En todos los reactivos (11) se obtuvieron porcentajes arriba del 59%, esto es, más de la mitad de la muestra total evaluada (599 sujetos) reconocieron las medidas preventivas de contagio por VIH.

El 89% conoce que la detección del VIH se hace mediante una prueba de sangre (ítem 25); el 83.6% que una persona seropositiva puede continuar con sus actividades habituales, siempre y cuando tome las precauciones necesarias (ítem 38): Aun cuando el 82.3% sabe que tener relaciones sexuales con la misma pareja sana, evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH (ítem 41), el 17% lo desconoce.

Considerando la relevancia del conocimiento en el área de prevención, y aún cuando no se mostró un índice de dificultad elevado, algunos estudiantes desconocen: que evitar el coito con prostitutas o desconocidos (as) disminuye el riesgo de infección por VIH (13.7% en el ítem 45); que limitar el número de compañeros sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH (30.2% en el ítem 43); qué grupos deben

someterse a la prueba de detección del VIH para evitar la diseminación del virus (38.6% en el ítem 30). El 36.2% cree que el uso de jeringas desechables y esterilizadas incrementa la probabilidad de contagio del VIH (ítem 40), el 35.7% considera que es falso que los condones son efectivos para prevenir el SIDA (ítem 39), y el 21.5% que los preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH durante las relaciones sexuales (ítem 42).

II. Prácticas sexuales en los estudiantes de la muestra.

Los resultados del siguiente apartado serán descritos de acuerdo al siguiente orden:

a) Debut sexual de los estudiantes de la muestra evaluada: estos datos se describirán en términos de porcentajes de los estudiantes que han debutado sexualmente, la edad de inicio de su debut sexual, la edad de inicio en relación al género, así como el porcentaje de jóvenes sexualmente activos al momento de la aplicación el cuestionario.

b) Porcentaje de estudiantes que han tenido relaciones sexuales (coitales), considerando cada uno de los nueve elementos complementarios, los cuales serán descritos en el apartado correspondiente. Este análisis se realizó a partir de la primera pregunta del cuestionario que indicaba saber si el estudiante había tenido relaciones sexuales.

c) Prácticas sexuales preventivas realizadas por los estudiantes que no han debutado sexualmente: estos datos serán descritos también en términos de porcentajes

d) Porcentaje de estudiantes que han realizado cada una de las prácticas sexuales (de riesgo y prevención) evaluadas.

e) Porcentaje de estudiantes que realizan comportamientos sexuales de riesgo y prevención, en relación a las variables de género, rangos de edad y uso de protección.

a) *Debut sexual de los estudiantes:* del total de estudiantes que han tenido relaciones sexuales (140 jóvenes que representan el 24%), poco más de la mitad (52.5%) se

iniciaron antes o hasta los 15 años, el 43.5% entre los 16 y 18 años; y el 2.9% entre los 19 y 22 años, sólo el 1.4% se inicio de los 23 años en adelante (Figura 9). Comparando la edad del debut sexual en relación al género de los estudiantes, la Figura 10 señala que los hombres se iniciaron a más temprana edad que las mujeres, el 56.7% de varones se iniciaron antes o hasta los 15 años, y el 61.3% de mujeres entre los 16 y 18 años. Sólo un porcentaje mínimo de hombres (2.1%) se iniciaron entre los 23 o más años.

Del 24% de estudiantes que han debutado sexualmente, el 95% (131) mencionaron ser sexualmente activos hasta el momento de contestar el cuestionario, sólo el 5% (8 jóvenes) dijeron que no (Figura 11).

b) Estudiantes que han tenido relaciones sexuales coitales. Los resultados serán descritos considerando cada uno de los 9 elementos complementarios (frecuencia de la práctica, tipo de pareja, uso de protección, frecuencia de uso de protección, iniciativa para su uso, situaciones en las que se usa y no se usa protección, parejas con las que se usa y no se usa protección). En este apartado se contempla a los 140 estudiantes que han tenido relaciones sexuales.

De los sujetos que dijeron haberse iniciado sexualmente (24%), el 95% (131 estudiantes) mencionaron ser sexualmente activos al momento de la aplicación del cuestionario. De éstos, la frecuencia de actividad sexual es esporádica en el 52.4% de estudiantes, 30% tienen una frecuencia de 1 a 5 veces al mes. La frecuencia mensual de relaciones sexuales de 6 a 10 veces; de 11 a 20 veces; y más de 20 veces en este período, tuvo un porcentaje similar de 5.8% (ver Figura 12).

La Figura 13 señala que es la pareja estable con quien la mayoría de los jóvenes tiene relaciones sexuales (76%). Del 24% que se relaciona sexualmente con otras personas, el 44.8% lo hace con amistades, el 34.4% con parejas eventuales, y el 7% ha tenido como pareja sexual, a prostitutas.

De los estudiantes activos sexualmente, el 41% dijo no utilizar el condón y el 59% usarlo. Como se observa en la Figura 14, son principalmente los hombres (64%) los que lo usan, contrariamente al 60% de mujeres que no usan protección al tener relaciones sexuales. De los estudiantes que si usan protección, se observa en la Figura 15 que la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mayoría de ellos dicen usar condón, principalmente los jóvenes entre los 17 y 19 años (70%), a diferencia del 80% de estudiantes de mayor edad (23 años en adelante) que no lo usan.

De los que usan protección, más de la mitad (73%), dijeron usarlo siempre que tienen relaciones sexuales, el 17% la mayoría de las veces, el 4% la mitad de las veces, y el 5% casi nunca (véase Figura 16). La pareja estable es con quien la mayoría usa protección (73.6%), y el 26.4% con diferentes personas. De éstas, el 52.5% lo usan con parejas eventuales, el 21% con amistades, el 5.3% con prostitutas (Figura 17).

Por otra parte, las razones por las que se usa protección se muestran en la Figura 18, en donde la probabilidad de embarazo (51.4%), es una de las principales causas por la que los estudiantes usan protección, el 7% dijo usarlo sólo cuando su pareja se lo pedía. Por no conocer la historia sexual de la pareja y por riesgo de una infección, sólo el 18.1% y 12.5% respectivamente usaron condón.

En relación a la iniciativa del uso del condón, la mayoría de los estudiantes menciona que son ambos miembros de la pareja los que toman la iniciativa (76%), y el 19.7% dicen ser ellos mismos los que tienen la iniciativa para usarlo (Figura 19).

Los datos de la Figura 20 indican el tipo de pareja sexual con quienes no usan condón, el 70% de los estudiantes es principalmente con la pareja estable, y el 30% con todas las demás. De este último porcentaje, el 21.3% dijo no usar condón con amistades, el 18.3% con parejas eventuales, el 17.5% con prostitutas y el 5% con desconocidos. De las principales razones para no usarlo fueron: cuando no había probabilidad de embarazo (35.7%), por conocer la historia sexual de la pareja (25%), por no existir riesgo de contraer alguna enfermedad (18%), y porque su pareja le pedía no utilizarlo (8%). El 13.4% mencionó no usarlo por otras razones, por ejemplo: "olvidarlo", "le disgusta usarlo" y "conocer a la pareja" (Figura 21).

c) Prácticas preventivas realizadas por los estudiantes que no han tenido su debut sexual. Son consideradas prácticas preventivas, aquellos comportamientos sexuales en donde la posibilidad de intercambio de fluidos infectados, como semen o sangre (principales vías que favorecen la transmisión), es mínima o nula. Los comportamientos considerados como preventivos son: caricias pasivas y activas, masturbación solitaria,

masturbación pasiva, activa y en compañía.

De los jóvenes de la muestra que no se han iniciado sexualmente (445 estudiantes que representan el 76%), las prácticas sexuales consideradas preventivas que más llevan a cabo, como se observa en la Figura 22, son las caricias activas (82%), pasivas (66%) y la masturbación solitaria (55%), y la que menos se practica es la masturbación en compañía (20.6%).

d) Prácticas sexuales de riesgo y prevención realizadas por los estudiantes de la muestra que han tenido relaciones sexuales. Se entiende como prácticas sexuales de riesgo, aquellos comportamientos que facilitan el intercambio de fluidos del organismo entre una persona sana y otra infectada con el virus VIH. Los comportamientos sexuales en donde el intercambio de fluidos es más propicio son: las relaciones coitales, las relaciones anales activas y pasivas, relaciones orales activas y pasivas, relaciones homosexuales, relaciones sexuales en grupo y ocasionales. Reiterando, las prácticas sexuales preventivas son aquellas en donde las posibilidades de transmisión del virus del VIH son mínimas, y los comportamientos sexuales considerados preventivos son los mencionados anteriormente.

Las preguntas relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo fueron respondidas sólo por los estudiantes que habían debutado y eran sexualmente activos al momento de responder el cuestionario, con respecto a las prácticas preventivas, todos los estudiantes de la muestra tuvieron la oportunidad de responder a las preguntas relacionadas con estos aspectos.

El análisis relativo a cada una de estas prácticas sexuales, será descrito en términos de porcentajes de estudiantes que reportaron haberlas realizado. En la Figura 23 se puede observar que las prácticas de riesgo que más llevan a cabo los estudiantes de la muestra son: las relaciones coitales (95%), las relaciones orales activas (37.6%) y las orales pasivas (34.6%); y las que menos se practican son las relaciones homosexuales (7.8%) y el sexo en grupo (7.9%) y sólo 2 personas (1.6%) mencionaron el uso de instrumentos. En relación a las prácticas sexuales preventivas los sujetos reportaron haber practicado principalmente las caricias activas (42%), la masturbación solitaria (40%) y las caricias pasivas (32%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e) *Prácticas sexuales de prevención y riesgo en relación con la edad, género y uso de protección.* La Figura 24 muestra la comparación por género de las prácticas sexuales llevadas a cabo por los estudiantes. Se puede apreciar que entre el 75 y 100% de los hombres realizan casi todas las prácticas sexuales evaluadas y poco más del 50%, practican las relaciones anales pasivas y la masturbación activa. En cuanto a las mujeres, las principales prácticas llevadas a cabo por ellas fueron las relaciones anales pasivas (47.1%), y la masturbación activa (45.8%).

Los rangos de edad de los estudiantes en relación a cada una de las prácticas sexuales que han realizado se muestran en la Figura 25, en ella se observa que los jóvenes entre los 14 y 16 años practican más conductas de riesgo y prevención, del 50 al 61% llevan a cabo relaciones coitales; anales pasivas y activas; relaciones homosexuales; y en grupo; así como las caricias activas y masturbación solitaria. El porcentaje de estudiantes entre los 20 y 23 años o más que realizan cada una de las prácticas de riesgo es bajo, y en algunos casos reportaron no realizarlas, como: las relaciones anales activas, relaciones homosexuales, sexo en grupo y uso de instrumentos. Así también, este grupo reportó porcentajes bajos en las diferentes prácticas preventivas.

Las prácticas de riesgo y prevención en las que se usa o no protección están indicadas en la Figura 26. Se observa que las principales prácticas sexuales en las que no se usa protección fueron las relaciones orales activas y pasivas (86% y 87% respectivamente). Aun cuando la figura señala altos porcentajes de uso de condón en prácticas sexuales de grupo (90%) y uso de instrumentos (66.7%), estos representan sólo a 9 y 2 personas en cada una de ellas. Al efectuar prácticas de masturbación en compañía, pasiva y activa, la mayoría de los estudiantes no usan protección.

III. Categorías de riesgo por práctica sexual.

Para el análisis de este apartado, se definieron en categorías de riesgo y no riesgo cada uno de los nueve elementos complementarios (frecuencia de la práctica, uso de protección, frecuencia de protección, etc.) de todas las prácticas sexuales

evaluadas.

De esta manera, del total de estudiantes que lleva a cabo cada práctica sexual, se calculó el porcentaje de sujetos que lo hace de manera riesgosa, considerando cada elemento complementario de manera independiente. Por ejemplo, en el elemento complementario "frecuencia de la práctica sexual", fue categorizada una situación de riesgo, cuando ésta era realizada más de una vez al mes, o hasta más de 20 veces al mes; y se consideró situación de no riesgo, cuando era realizada esporádicamente.

Para una observación en conjunto de esto, el Anexo 2 define las categorías de riesgo para cada elemento complementario.

Es importante mencionar, para una mejor apreciación de los resultados, que el número de estudiantes que practican las relaciones homosexuales (10), relaciones de sexo en grupo (10) y uso de instrumentos de estimulación (2) es bajo en comparación con el número de jóvenes que realizan las prácticas restantes.

En cuanto a la *frecuencia de actividad sexual*, las diferentes opciones fueron divididas en dos categorías: de no riesgo las que hacían referencia a la frecuencia *esporádica* y de riesgo a las demás (*de 1 a 5 veces; de 6 a 10 veces; de 11 a 20 veces y más de 20 veces al mes*). La Figura 27 muestra que las prácticas consideradas de riesgo y que son llevadas a cabo con una frecuencia riesgosa son principalmente el uso de instrumentos y el sexo en grupo, ambas con un porcentaje de 66.7%. Con un porcentaje entre el 40% y 47% los estudiantes practican las relaciones coitales, anales activas, orales activas y pasivas y homosexuales con una frecuencia considerada de riesgo. De igual forma las prácticas de masturbación en compañía y pasiva son realizadas en el 40% de la población con una frecuencia de riesgo.

Un análisis semejante al anterior fue el relacionado con el *tipo de pareja* con la que se llevan a cabo cada una de las prácticas. En este caso la opción *sólo con mi pareja estable* fue ubicada como de no riesgo y todas las demás opciones como de riesgo (con *parejas eventuales, amistades, personas desconocidas, prostitutas*), estos datos se muestran en la Figura 28. Como se puede observar en las prácticas sexuales denominadas de riesgo, como las relaciones ocasionales y homosexuales, entre el 80% y 100% de los estudiantes están en riesgo por haberse relacionado sexualmente con personas riesgosas; con un porcentaje menor, entre el 50% y 56%, relaciones en grupo

y relaciones anales activas, también están en riesgo por relacionarse con personas diferentes a la pareja estable. Con respecto a las prácticas preventivas, alrededor del 24% y 40% de los estudiantes están en riesgo al practicar la masturbación con personas riesgosas, aunado a que estas prácticas las llevan a cabo sin el uso del condón en la mayoría de los casos.

Como se recordará uno de los items relacionados con el *uso del condón* hacia referencia a la *frecuencia de su uso*, de esta manera las opciones fueron agrupadas de la siguiente manera: la opción *siempre* fue recategorizada como de no riesgo, mientras que las opciones *la mayoría de las veces*, *la mitad de las veces*, y *casi nunca* fueron categorizadas como de riesgo. Estos datos para cada una de las prácticas se muestran en la Figura 29, como se puede apreciar en las prácticas denominadas de riesgo un porcentaje alto de sujetos que a partir de la frecuencia del uso del condón están en riesgo son principalmente, en las relaciones orales activas y el uso de instrumentos en donde el 100% de los sujetos reportaron frecuencias riesgosas, igualmente entre el 80% y 85% de los estudiantes reportaron frecuencias riesgosas en las prácticas de relaciones orales pasivas, relaciones homosexuales y en grupo. En las relaciones preventivas, más del 50% está en riesgo por la frecuencia en que se practica la masturbación.

Por otra parte también se llevó a cabo un análisis relacionando las prácticas y *tipo de pareja con la que se usaba protección*. El procedimiento seguido para agrupar las opciones fue: *sólo con mi pareja estable* fue considerada de no riesgo; y todas las demás opciones como de riesgo (*parejas eventuales, amistades, personas desconocidad, prostitutas*). En este caso se encontró que más del 65% de los estudiantes reportaron usar protección, sin embargo están en riesgo por el tipo de persona con la que se relacionan sexualmente en prácticas denominadas de riesgo como: relaciones ocasionales, relaciones anales pasivas, relaciones orales activas y relaciones sexuales en grupo. Así también en las prácticas preventivas (masturbación en compañía, pasiva y activa), del 57 al 87% de jóvenes que usan condón, están en riesgo por relacionarse sexualmente con personas consideradas de riesgo (ver Figura 30).

Las situaciones en las que se utiliza protección y su respectiva categorización de riesgo y no riesgo, fue la siguiente: las opciones: *cuando existía riesgo de contraer*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

alguna enfermedad sexual y cuando desconocía la historia sexual de mi pareja fueron ubicadas como de no riesgo, asimismo las opciones: *cuando me pedían que lo utilizará, cuando existía probabilidad de embarazo y otras*, fueron consideradas de riesgo, estos datos se muestran en la Figura 31. En este caso, cerca del 70% de los estudiantes en las relaciones coitales, relaciones anales activas, orales pasivas, relaciones homosexuales y sexo en grupo, están en riesgo por alguna de las razones ya mencionadas. De igual manera, en la masturbación en compañía el 62% de los jóvenes están en riesgo de acuerdo a la categoría definida.

En cuanto a la *iniciativa para el uso de protección* en cada una de las prácticas, la Figura 32 muestra que la mayoría de los estudiantes encuestados mencionaron que son ellos o ellas los que toman la iniciativa para su uso. La excepción fue en las relaciones coitales (76.1%) y las homosexuales (75%) en las cuales mencionaron que ambos miembros de la pareja decidían el uso de protección.

Al considerar cada una de las prácticas y *tipo de pareja con la que no se usaba protección*, la categorización fue semejante al tipo de pareja con la que si se usaba condón, esto es, la opción de no riesgo: *sólo con mi pareja estable*; y las opciones de riesgo: *parejas eventuales, amistades, personas desconocidas y prostitutas*. La Figura 33 muestra que más del 30% están en riesgo por no usar protección con personas consideradas de riesgo en la mayoría de prácticas sexuales, principalmente en las relaciones ocasionales (100%), las relaciones anales activas (68%) y relaciones homosexuales (66.7%). En las prácticas preventivas de masturbación en compañía, pasiva y activa, entre el 22% y 38% de estudiantes están en riesgo al relacionarse con personas riesgosas.

Otro análisis realizado fue el relativo a las *situaciones o razones por las cuales los estudiantes no utilizan protección (por qué)*. Al igual que en los casos anteriores, las opciones fueron ubicadas en dos categorías: riesgo (*cuando no hay probabilidad de embarazo y cuando me pedían que no lo utilizará*) y de no riesgo (*cuando no existía riesgo de contraer alguna enfermedad y cuando conocía la historia sexual de mi pareja*). La Figura 34 muestra que en la mayoría de las prácticas consideradas de riesgo, del 34% al 65% de estudiantes están en riesgo al no usar protección por alguna de las razones ya mencionadas. En las prácticas de masturbación activa, pasiva y en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

compañía (consideradas preventivas) entre el 23 y 43% de los jóvenes también están en riesgo por las razones que mencionan para no usar protección.

IV. Colocación o uso correcto del condón.

En la última parte del cuestionario (Parte III, pregunta 12) apareció una secuencia desordenada de dibujos en relación a la forma de usar el condón. El estudiante tenía que señalar la secuencia correcta para usarlo (ver anexo 1). La secuencia correcta era: 519684237, sin embargo se consideraron otras tres opciones: Opción A: 9684237, Opción B: 684237 y Opción C: 84237.

Es importante señalar que en todas las opciones consideradas, el orden presentado debía ser el siguiente: empezar a colocarse el condón, colocarlo totalmente en el pene, introducirlo , retirarlo y finalmente tirarlo a la basura. Como secuencia incorrecta se consideraron todas aquellas que no siguieron este orden.

La Figura 35 indica que del total de estudiantes de la muestra (599), el 66.7% no especificaron la secuencia 519684237, sólo el 17.6% señalaron la secuencia correcta. Al considerar cada una de las opciones, se puede observar en la figura, que la opción B, aunque con un porcentaje mayor (8.7%) en relación a las otras dos opciones, el porcentaje es bajo, tomando en cuenta que se consideraron menos elementos para señalar la secuencia correcta.

Al analizar los resultados de ésta sección, se observó que los estudiantes se confundieron en las ilustraciones número 5 (comprobar las condiciones del sobre que contiene el condón), y la número 1 y 9 (que indicaba rasgar el sobre y abrirlo totalmente).

Los resultados más importantes de esta investigación se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Los porcentajes obtenidos indican un patrón similar de conocimientos acerca del VIH-SIDA, es decir, las áreas que muestran un mayor porcentaje de aciertos fueron las áreas de transmisión, sintomatología y prevención; y las de menor porcentaje las de epidemiología y etiología. Se observó que el género de los estudiantes no es una variable que haya influido en el nivel de conocimientos de las diferentes áreas, sin embargo, al considerar la edad, los resultados indican que los jóvenes de mayor edad (23 años en adelante), tienen relativamente más conocimientos de las diferentes áreas evaluadas, principalmente en el área de transmisión, que los jóvenes de menor edad. Similares resultados se observaron al considerar la edad en que los estudiantes tienen su debut sexual, ya que los jóvenes que tardamente inician sus encuentros sexuales, tienen más conocimiento en el área de transmisión y etiología de la enfermedad en contraste con los estudiantes que se inician entre los 15 y 18 años de edad, los cuales, tienen más conocimiento en las áreas de epidemiología, sintomatología y prevención, no así en el área de etiología. En cuanto al uso o no uso de protección, aunque las diferencias en porcentajes promedio de conocimientos son mínimas, se observó que en el área de sintomatología, el porcentaje es relativamente más alto en los que no usan protección, de los que sí la usan.
- La mayoría de los estudiantes sabe que el SIDA afecta a todos los individuos y que la mayor concentración del VIH puede estar concentrada en la sangre y semen principalmente. Sin embargo, muchos desconocen aspectos generales de la enfermedad, como por ejemplo, el período de incubación del VIH, que el SIDA es sólo la etapa terminal de la infección por este virus (etiología), así también, desconocen el origen de la enfermedad, los grupos de edad más afectados con la infección del virus o enfermos con SIDA (epidemiología).
- Aún cuando existe más información en las áreas de transmisión, sintomatología y prevención, se observó que aún persisten creencias erróneas en cuanto a la forma de transmisión del VIH por contacto casual, que desconocen también que las personas seropositivas son los portadores sanos del VIH, y que son permanentemente infectantes. En cuanto a las formas de prevención, algunos estudiantes desconocen

que tener relaciones sexuales con la misma pareja sana; no tener relaciones sexuales con prostitutas o desconocidos; limitar el número de parejas sexuales, evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH. Así también, por un lado, consideran que el uso del condón no es efectivo para evitar el SIDA, y por otro, que usando espermaticidas y condones garantiza que no haya infección por VIH durante las relaciones sexuales.

- Del total de estudiantes de la muestra, sólo la cuarta parte se han iniciado sexualmente. El inicio de la actividad sexual en la mitad de estos jóvenes fue antes o hasta los 15 años, y son principalmente los varones los que se iniciaron a estas edades, las mujeres se iniciaron principalmente entre los 16 y 18 años. De los que que dijeron haberse iniciado sexualmente, casi todos mencionaron ser sexualmente activos al momento de la aplicación del cuestionario.
- La frecuencia de relaciones sexuales coitales en poco más de la mitad de los estudiantes es de manera esporádica las cuales son llevadas a cabo principalmente con su pareja estable. Son los varones de menor edad (entre los 14 y 22 años) los que usan protección, siendo ambos miembros de la pareja los que toman la iniciativa para usarlo. El 73% dice usarlo siempre que tiene relaciones sexuales, el otro 27% dice usarlo inconsistentemente. El uso del condón es principalmente para evitar embarazos y no para prevenir el contagio de ETS.
- Los jóvenes que no usan protección, tienen como parejas sexuales a prostitutas, amistades o parejas eventuales (30.2%), y dicen no usarlo principalmente porque no hay probabilidad de embarazo (35%) o por conocer la historia sexual de la pareja (25%).
- Las caricias activas, pasivas y la masturbación solitaria son las principales prácticas sexuales preventivas que realizan los estudiantes que no han debutado sexualmente.
- Las prácticas sexuales que más realizan los estudiantes sexualmente activos son: las relaciones coitales, orales activas, orales pasivas (riesgo); y la masturbación solitaria, caricias activas y pasivas (preventivas). Y es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres los que las llevan a cabo. Las relaciones en grupo y el uso de instrumentos no son practicadas por las mujeres ni por los jóvenes entre los 20 y 23 años o más.
- Los estudiantes de 14 a 19 años son los que más prácticas, tanto de riesgo como de

prevención, reportaron y los de mayor edad (23 años o más) los que menos prácticas realizan. Es principalmente en las relaciones orales pasivas, orales activas, anales pasivas y masturbación (en compañía, pasiva y activa) en donde el porcentaje de estudiantes que no usan condón es mayor.

En cuanto a los elementos complementarios (frecuencia, tipo de pareja, etc.) y su correspondiente categoría de riesgo se resalta lo siguiente:

- En las relaciones ocasionales, anales activas, homosexuales y sexo en grupo, más del 50% de estudiantes las practican con personas diferentes a la pareja estable, por lo tanto están en riesgo de infección.
- La frecuencia del uso de protección es baja en las relaciones orales activas, orales pasivas y homosexuales, es así que más del 80% de estudiantes en éstas prácticas están en riesgo de infección.
- Aún cuando el uso de protección los aleja de situaciones de riesgo, un porcentaje alto de estudiantes (más del 70%) se relacionaron sexualmente con personas riesgosas en las relaciones anales pasivas, orales activas, sexo en grupo y relaciones ocasionales; el uso de protección en ningún caso fue para evitar infecciones. Por lo tanto, estos jóvenes están en riesgo de infección.
- Más del 40% de estudiantes no usan protección, por no haber riesgo de embarazo o porque su pareja le pide no utilizarlo, considerando que en las relaciones ocasionales, anales activas, homosexuales y uso de instrumentos los estudiantes las practican con personas riesgosas, y por consiguiente están en riesgo de infección.
- En cuanto al uso de protección, la mayoría de los sujetos dicen que son ellos mismos los que toman la iniciativa para usarlo, lo cual contrasta con lo mencionado por algunos estudiantes que no usan protección porque su pareja les pide no usarlo.
- Los estudiantes de la muestra se relacionan sexualmente en forma riesgosa en casi todas las prácticas sexuales denominadas de riesgo y en la masturbación en compañía, considerada práctica preventiva.
- Sobresalen de estas prácticas, las relaciones ocasionales y homosexuales principalmente por: la frecuencia de actividad sexual, por elegir a personas sexuales de riesgo, por las frecuencias bajas o inconsistentes del uso del condón y las razones

por las que lo usan.

- En general, los estudiantes de la muestra evaluada, en su mayoría están en riesgo de infección con el virus VIH u otras infecciones sexuales, considerando los resultados obtenidos en cada parámetro analizado.
- Finalmente, la mayoría de los estudiantes no sabe cómo usar correctamente el condón, y aun cuando algunos de ellos mencionaron usarlo en las prácticas sexuales que realizan, se puede inferir que están en riesgo al no usarlo correctamente.

VII. Discusión

De acuerdo con el modelo de salud biológica propuesto por Ribes (1990), las conductas instrumentales de prevención pueden ser analizadas a partir del "saber hacer". Con respecto al problema del VIH/SIDA, este saber hacer se relaciona, entre otras cosas, con la información que debe poseer el individuo acerca de la enfermedad para prevenir riesgos de infección por VIH. En este sentido, se evaluó en una muestra de nivel medio superior, la información que éstos tenían acerca del VIH/SIDA, contemplando 5 áreas de conocimiento (epidemiología, etiología, sintomatología, transmisión y prevención), y su relación con algunas variables demográficas como la edad y género, asimismo se consideraron variables como el debut sexual, edad de inicio del debut sexual y uso de condón.

Por otro lado, el modelo señala la importancia de investigar y analizar los factores involucrados en las prácticas sexuales de riesgo y prevención, considerando lo que la gente hace o deja de hacer bajo ciertas circunstancias, cómo y en qué circunstancias lo hace. En la presente investigación, se evaluaron 9 prácticas sexuales de riesgo y 6 de prevención, considerando diferentes elementos (frecuencia de la práctica, tipo de pareja, uso o no de protección, frecuencia del uso de protección, tipo de pareja con la que se usa o no protección, situación en la que se usa o no protección, iniciativa del uso de protección), obteniendo información de las prácticas que los estudiantes de la muestra realizan. Así también, se analizó en cada elemento complementario la forma cómo eran realizadas, lo cual denominamos como categorías de riesgo o no riesgo.

Finalmente, se evaluó el conocimiento respecto a la colocación correcta del condón, lo cual dentro del modelo lo podemos ubicar en saber cómo hacerlo, esto es, saber cómo llevan a cabo un comportamiento práctico efectivo de prevención, como lo es el uso correcto del condón.

1) Conocimientos acerca del VIH/SIDA.

Los resultados obtenidos mostraron que el porcentaje promedio de conocimientos acerca del VIH/SIDA (etiología, epidemiología, transmisión, sintomatología y prevención), fue de 64.19%. Esto indica que el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de la muestra es mayor, comparado con los primeros trabajos reportados, por ejemplo el de Price, Desmond y Kukulka (citados por Becker y Joseph, 1988) con jóvenes de preparatoria en donde el mayor porcentaje de respuestas correctas fue de 47%; así también el de Cáceres, et al. (1992) con adolescentes de secundaria, los cuales obtuvieron un porcentaje promedio de conocimientos de 49%, y los resultados mostrados por AjdukoviK y Ajdukovik (1991) en universitarios, en donde el porcentaje promedio fue de 62.7%.

La diferencia en cuanto al nivel de conocimientos de la enfermedad posiblemente puede atribuirse, entre otros factores, tanto a la información difundida acerca de SIDA a través de los diferentes medios de comunicación, como a la materia impartida desde 1995 en el programa general de educación secundaria, en el cual se incluye dentro del tema de la educación sexual, el problema del SIDA.

Con respecto a la información adquirida a través de los medios de difusión, los principales canales han sido, periódicos, televisión y radio (Bond, 1989; Cáceres, et al, 1992, Martínez, Villagrán y Díaz, 1992). En relación a la información impartida en las instituciones educativas, Price, Desmond y Kukulka, mencionan que sólo 31% de los jóvenes había recibido información en sus escuelas. En México, la Secretaria de Salud en 1989 reportó que únicamente el 20% recibió la información en sus planteles, para 1994, Figueroa indicó que del 93% de estudiantes de secundaria y preparatoria que sabían acerca del SIDA, en su mayoría, el conocimiento fue adquirido en las aulas.

Si bien es cierto que ha sido un logro la implementación de temas acerca de la sexualidad y del SIDA dentro de los programas educativos, debe prestarse mayor atención a la forma en que éstos son impartidos, ya que como lo demostraron los estudios de Figueroa (1994b); y Cáceres, et al. (1992), los profesores encargados de difundir estos temas, tienen actitudes negativas hacia la sexualidad humana y el SIDA, y

carecen de conocimientos integrales, abordando estos aspectos de manera convencional (exposiciones).

Por otro parte, al comparar los resultados por área de conocimiento, se observó que los estudiantes obtuvieron mayores porcentajes en las áreas de transmisión, sintomatología y prevención; y los porcentajes más bajos en epidemiología y etiología. Resultados similares, con jóvenes de preparatoria fueron reportados por Alfaro, Rivera y Díaz (1992), los conocimientos fueron medianamente adecuados en transmisión y prevención, y menos adecuados en etiología y epidemiología. En otro estudio, pero con universitarios (Ajdukovic y Ajdukovic, 1991), encontraron que estos jóvenes tenían más conocimiento en las áreas de transmisión y prevención, y menos en epidemiología, etiología y sintomatología. Robles (1999), por su parte, en su estudio con jóvenes universitarios de diferentes carreras, señaló que éstos tuvieron menos conocimiento en las áreas de epidemiología y etiología; mientras que en sintomatología, transmisión y prevención, el nivel de conocimientos fue mayor, principalmente en la última área mencionada.

Estos datos pueden sugerir, en lo que respecta a nuestro país, que la información difundida a través de los diferentes medios o impartida en las escuelas, han enfatizado las formas de transmisión del virus y las medidas preventivas, específicamente el uso de protección durante las relaciones sexuales para evitar la infección, mientras que aspectos relacionados con el área de epidemiología y etiología no han sido suficientemente explicados. Aspectos incluidos en estas dos últimas áreas, como por ejemplo, desconocer qué grupos de edad están mayormente afectados con el SIDA, puede fortalecer o reforzar en los adolescentes la baja autopecepción al riesgo de infección por VIH, al percibir la enfermedad como algo ajeno, que sucede a otros, y adoptando como lo menciona Díaz y Rivera (1992) una posición de invulnerabilidad respecto a la infección, creando estereotipos de las personas que pueden contagiarse; así también, no saber el período de incubación del VIH conlleva a los adolescentes a percibir que la pareja sexual se encuentra sana y no tomar medidas preventivas al involucrarse en comportamientos sexuales.

Relacionando el nivel de conocimientos por rangos de edad, este estudio mostró que los jóvenes de 23 años y más (5 estudiantes) tienen relativamente mejores conocimientos que los de 14 a 22 años de edad, en epidemiología, etiología, prevención y principalmente en transmisión; la excepción en los estudiantes más grandes fue el área de sintomatología, en la cual los cuatro grupos de edad mostraron un porcentaje similar de conocimientos. El estudio realizado por Alfaro Rivera y Díaz (1992) con adolescentes de preparatoria, encontró que los jóvenes de mayor edad (18 a 20 años) tuvieron mayor promedio de conocimiento acerca del SIDA, que los de 15 a 17 años, sin embargo, este estudio no analiza que áreas de conocimiento son mejores en los estudiantes de mayor edad.

Los resultados del presente estudio indican que los jóvenes de mayor edad, que en la muestra estudiada representaron sólo el 1.4% (5 estudiantes), están relativamente más informados acerca de la enfermedad, principalmente en la forma en que el virus es transmitido, en relación con los estudiantes más jóvenes.

El género de los estudiantes parece ser una variable que no influye en cuanto al nivel de conocimientos, ya que no se observaron en este trabajo diferencias relevantes entre hombres y mujeres, en ninguna de las áreas evaluadas. Estos resultados contrastan con el estudio de Cáceres et al. (1992), quien reporta que son principalmente las mujeres las que tienen puntajes menores de conocimientos, en relación a los hombres. Igualmente, Figueroa (1994a), señaló, que los hombres tienen más conocimiento acerca de la enfermedad en relación a las mujeres.

Si bien, los estudios referidos de 1992 y 1994 reportan datos contrarios a los obtenidos en este trabajo, se puede argumentar que en los 5 o 6 años transcurridos a partir de ellos, la información difundida, principalmente en las escuelas, en relación al VIH-SIDA ha propiciado que ambos géneros manejen el mismo nivel de conocimientos.

El que los estudiantes hayan debutado o no sexualmente, no es una variable relevante relacionada con el nivel de conocimientos, como lo demostraron los datos de este trabajo. Resultados similares con estudiantes adolescentes son reportados por Hingson, et al. (1990), Alfaro, Rivera y Díaz (1992) y Cáceres et al. (1992), en los cuales

no hubo diferencias entre los jóvenes con experiencia y sin experiencia sexual en relación al nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA. Por otro lado, Villagrán y Díaz (1992) mencionan datos contrarios en jóvenes universitarios, al señalar una asociación entre la vida sexual de éstos, y los conocimientos acerca del SIDA, específicamente en preguntas relacionadas a las áreas de transmisión, sintomatología y prevención. Igualmente, Robles (1999) en su estudio con universitarios encontró niveles más elevados de conocimientos en los estudiantes que han tenido relaciones sexuales, que en aquellos que no han debutado sexualmente, principalmente en las áreas de etiología y prevención.

Sin embargo, se observaron diferencias al comparar la edad del debut sexual con el nivel de conocimientos, los 2 estudiantes que se iniciaron tardíamente (23 años en adelante), tuvieron un porcentaje más alto de conocimientos en las áreas de transmisión y etiología, que los que los 136 jóvenes que se iniciaron entre los 15 y 22 años de edad. Los estudiantes que se iniciaron antes o hasta los 15 años, y entre los 16 y 18 años, tuvieron más conocimientos en las áreas de sintomatología y prevención, que los 2 jóvenes que se iniciaron tardíamente.

Hingson, et al. (1990) mencionan que la identificación de muchos mecanismos de transmisión, puede deberse a que consideran que todas las formas de contagio son posibles, lo que sugiere un sentido generalizado de riesgo a la enfermedad, más que a un conocimiento apropiado de ésta. En lo que respecta a los resultados de este trabajo, se puede inferir que la información adquirida por los dos jóvenes que se iniciaron tardíamente, está influyendo para retardar el inicio de su actividad sexual, y por otro lado, que los jóvenes que se iniciaron a temprana edad, centralizan más su atención en las formas de prevenir la infección.

Finalmente, al relacionar conocimientos con el uso del condón, se encontró un nivel de conocimientos semejantes entre los estudiantes que usan y no usan protección. Solamente una pequeña diferencia fue observada en el área de sintomatología, en donde el grupo que no usa protección tuvo un porcentaje relativamente superior de conocimientos (76%) en relación a los que lo usan (70%). Un estudio con jóvenes de secundaria realizado por Cáceres, et al. en 1992, reportó que el conocimiento acerca

del SIDA, no se correlacionó con una actitud de aceptación del uso del condón para prevenir la enfermedad.

Los resultados del presente estudio indican que el uso de protección durante las relaciones sexuales no está relacionado con la información que poseen acerca del VIH/SIDA, probablemente su uso está más vinculado con la información respecto a la utilidad de éste para evitar embarazos.

El análisis de los reactivos por área de conocimiento permitió observar que aún cuando los estudiantes de la muestra obtuvieron porcentajes arriba del promedio global (64.16%) en sintomatología, transmisión y prevención, aún hay estudiantes que desconocen por ejemplo, que la persona recién infectada con el VIH no presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad, asimismo desconocen que las personas seropositivas son los portadores sanos del VIH, permanentemente infectantes y un bajo porcentaje, ignora que el contacto sexual con personas infectadas es una de las principales vías de contagio.

Las concepciones equivocadas respecto a la transmisión del virus aún no han sido totalmente erradicadas, como lo demostraron los datos de este estudio. Todavía persisten creencias en cuanto a la transmisión del virus por contacto casual, por picadura de insectos o en baños usados previamente por personas con SIDA.

En el área de prevención, se observó que menos de la cuarta parte de la población encuestada desconocen: que tener relaciones sexuales con la misma pareja sana; así como evitar el contacto con prostitutas o recién conocidos, y limitar el número de compañeros sexuales, evita o disminuye el riesgo de infección. Por otro lado, consideran que los condones no son efectivos para prevenir el SIDA.

En relación a las áreas con el porcentaje abajo del promedio global, como etiología y epidemiología, es importante mencionar que aún cuando el 96% de los estudiantes reconocieron que el SIDA afecta a todos los individuos, independientemente de la edad, o género, poco menos de la mitad, señalaron como grupos de mayor riesgo para contraer la infección, solamente a uno de los siguientes grupos: homosexuales, heterosexuales, prostitutas, drogadictos o adolescentes, pero no eligieron la opción "todos los anteriores", que era considerada la correcta. Más de la mitad de los

estudiantes desconoce la edad de mayor incidencia de casos con SIDA, así como el período de incubación del VIH.

Diversos estudios con adolescentes y jóvenes han evaluado conocimientos acerca de la enfermedad, y aunque se ha enfatizado la importancia que han tenido las diferentes campañas para erradicar mitos acerca del contagio y dar a conocer las principales formas de transmisión y prevención del virus, aún existe un conocimiento deficiente de la enfermedad.

Al comparar el análisis de los reactivos del presente trabajo, con los resultados reportados en 1989 por la Secretaría de Salud en México con estudiantes universitarios, se encontró, que a pesar de los 10 años transcurridos aproximadamente entre uno y otro, los mitos acerca de la transmisión del virus (por contacto casual, uso de albercas o por piquetes de insectos) aún prevalecen. Por otro lado, entre un 7% y un 13% de los universitarios desconocían que evitar relaciones sexuales con personas infectadas, recién conocidas y usar condón durante sus encuentros sexuales, evitaba o disminuía el riesgo de contagio. En el presente trabajo, entre un 13% y un 16% de los estudiantes evaluados no sabían que evitar las relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuía el riesgo de infección, así como que el contacto sexual con personas infectadas es una de las principales vías de contagio, considerando que el condón no era efectivo para prevenir el SIDA (35%). Otro estudio realizado por Villagrán y Díaz (1992) reportó que el 6.2% de los universitarios evaluados, desconocía que tener relaciones sexuales con personas infectadas con el virus, es una de las principales formas de contagio.

Si bien la información difundida acerca de la enfermedad ha alcanzado a una población más amplia de jóvenes, esta no ha sido suficiente para erradicar concepciones equivocadas acerca del contagio, y dejar claro aspectos relevantes de la enfermedad, como lo demuestran los resultados encontrados en la muestra de este estudio. Por lo que se puede señalar la necesidad de una información continua en relación con este problema de salud, la adecuada preparación de las personas encargadas de impartir el conocimiento, mayor difusión e información en las áreas de etiología y epidemiología, como por ejemplo, el número de personas infectadas, poblaciones con mayor incidencia, período de incubación del virus, etc. ya que el

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

desconocimiento de estos aspectos conlleva a los jóvenes a la negación de los riesgos y no sentirse vulnerables a la infección.

Finalmente, como lo han considerado diversos autores, la información por sí sola, no garantiza que se incremente la auto percepción de riesgo a infectarse, así como tampoco el cambio de comportamientos. Sin embargo, la información seguirá siendo una precurrente necesaria para que los individuos, en este caso concreto los jóvenes, lleven a cabo conductas instrumentales preventivas, a partir del saber: qué hacer, por qué, etc.

2) Actividad sexual

Se ha demostrado que una de las principales formas en que el VIH-SIDA se transmite es por vía sexual, y que la mayor proporción de casos de SIDA atribuidos por esta vía se presenta en los grupos de 20 a 44 años de edad, tanto en hombres como en mujeres; tomando en cuenta el periodo de incubación del virus, la infección pudo haber sido adquirida entre los 15 y 24 años de edad (ONUSIDA, 1999b), lo cual nos lleva a considerar que uno de los grupos de edad con mayor riesgo de contagio del VIH son los adolescentes y jóvenes por su incipiente necesidad de relacionarse sexualmente.

Algunos de los factores que propician el incremento de actividades sexuales de riesgo en los jóvenes son: el debut sexual a edades tempranas, la experimentación de nuevos y variados comportamientos sexuales y la multiplicidad de parejas (Bernal y Hernández, 1997). Por ello, uno de los objetivos iniciales del presente trabajo fue evaluar en estudiantes de bachillerato la actividad sexual (si han tenido o no relaciones sexuales), así como la edad de inicio de ésta.

De la muestra evaluada se encontró que más de la mitad de los estudiantes (76%) no se ha iniciado sexualmente, de éstos, es mayor el número de hombres que de mujeres. En cuanto al debut sexual, estos datos son similares con los reportados por Cáceres, et al. (1992) con estudiantes peruanos de secundaria, en donde más de la mitad reportó no haber tenido relaciones sexuales. Alfaro, Rivera y Díaz (1992),

reportaron que el 43.3% de los estudiantes de preparatoria evaluados, ya habían tenido relaciones sexuales, el 56.7% no las había tenido.

En el presente estudio, del 24% de jóvenes de la muestra que reportaron haberse iniciado sexualmente, es mayor el número de hombres que de mujeres, siendo los hombres los que se iniciaron a más temprana edad. Poco más de la mitad de hombres se iniciaron antes o hasta los 15 años, y las mujeres entre los 16 y 18 años, sólo 2 estudiantes (1.4%) se iniciaron entre los 23 años o más. Estos datos concuerdan con estudios que han evaluado la actividad sexual en jóvenes de preparatoria, por ejemplo, Díaz y Alfaro (1995) reportaron que los hombres se iniciaron a una edad más temprana que las mujeres, y el promedio de inicio de las relaciones sexuales fue a los 16 años. Micher y Silva (1997) evaluaron a estudiantes que ingresaron a bachillerato y encontraron que 5% de las mujeres y 17% de los hombres ya habían iniciado sus encuentros sexuales al ingresar a este nivel educativo; los varones declararon haberse iniciado de los 14 a 16 años, mientras que las mujeres entre los 15 y 19 años de edad. Igualmente, Odriozola e Ibáñez (1992) señalaron que en promedio, los hombres se iniciaron a los 16 años y las mujeres a los 18 años. García, et al. (1993), por su parte reportaron que el debut sexual en una población de jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México, en las mujeres fue a los 17 años y en los hombres a los 16 años en promedio, y que son principalmente los hombres en relación a las mujeres los que dijeron haber tenido por lo menos una relación sexual.

Otros estudios pero con universitarios han reportado resultados similares, por ejemplo, Villagrán, et al. (1990) reportaron que el debut sexual en los hombres fue a más temprana edad (10 a 16 años) que las mujeres (20 a 29 años). Villagrán y Díaz en 1992 indicaron que el 53% de los jóvenes encuestados ya habían tenido relaciones sexuales, la edad promedio de inicio fue a los 16 años en los hombres y 19 años en las mujeres. Ibáñez (1996), señaló que del 50% de estudiantes que reportaron haber tenido relaciones sexuales, en su mayoría fueron hombres (75% hombres y 22% mujeres), y la edad promedio de inicio fue menor en los hombres (16.3 años) que en las mujeres (17.9 años). Mcher y Silva (1997), al evaluar a estudiantes de primer ingreso a licenciatura, reportaron que 20% de mujeres y 50% de hombres ya habían iniciado su actividad sexual al ingresar a este nivel. Finalmente, Robles (1999) en su estudio con

universitarios, reportó que el 49.5% ha tenido relaciones sexuales y el 46.8% nunca las ha tenido, la edad de inicio de la actividad sexual fue menor en los hombres que en las mujeres, el 69.1% de los varones se inició antes o hasta los 15 años; mientras que el 65.9% de mujeres se iniciaron entre los 19 y 22 años y 66.7%, entre los entre los 23 y 27 años.

En general y de acuerdo con los datos señalados: los estudiantes que cursan el bachillerato en su mayoría aún no inician su actividad sexual, contrariamente a los estudiantes de licenciatura que es mayor el porcentaje de los que han debutado sexualmente. Sin embargo, si consideramos que durante la pubertad se inicia el despertar sexual, sería importante investigar qué actividades en este sentido, realizan los jóvenes que aún no han tenido relaciones sexuales.

En cuanto a los estudiantes que se han iniciado sexualmente, los diversos estudios señalados, así como los resultados encontrados en el presente trabajo coinciden en el hecho de que los jóvenes inician su actividad sexual a temprana edad (los hombres principalmente entre los 15 y 17 años y las mujeres entre los 18 años o más). Relacionando estos datos con los reportados a nivel mundial que señalan que más del 50% de las nuevas infecciones por el VIH se producen en jóvenes entre 15 y 24 años, principalmente por contacto sexual (ONUSIDA, 1999b), y que la mayoría de los jóvenes inicia su vida sexual entre los 13 y 19 años (SIDA/ETS, 1998b), la edad resulta ser una variable relacionada con la transmisión de este virus, ya que se enfrentan al descubrimiento de su sexualidad sin estar bien informados y experimentando nuevos comportamientos sexuales que podrían ser riesgosos.

El inicio de la actividad sexual puede estar favorecido por múltiples circunstancias, entre otras, que se encuentran en un período de descubrimiento, exploración de nuevos comportamientos y relaciones interpersonales, emancipación física y emocional del núcleo familiar, así como también, de las expectativas sociales que favorecen comportamientos sexuales de riesgo, como el que los varones jóvenes estén presionados a demostrar su virilidad con relaciones sexuales precoces, frecuentes y con múltiples parejas; en el caso de las mujeres, el ignorar todo lo relacionado con su cuerpo y su sexualidad (Stephen, 1988; ONUSIDA, 1999b).

Si consideramos que en México, el SIDA es la tercera causa de muerte en los varones y la sexta en mujeres entre los 25 y 34 años de edad (CONASIDA, 1999a), que el mayor porcentaje de infecciones a nivel mundial se da en la etapa comprendida entre los 15 y 24 años de edad; que el 50% de la población mundial es menor de 25 años y de estos el 19% son adolescentes (SIDA/ETS, 1998b), se torna importante no sólo conocer en términos de porcentajes, el debut sexual de los jóvenes, o la edad de inicio de ésta, sino también analizar el tipo de prácticas sexuales en las que se involucran, por la importancia que éstas tienen respecto a la transmisión del VIH. Es por ello, que en el presente trabajo se analizaron diversas prácticas sexuales y el nivel de riesgo que tienen los estudiantes que las practican.

Fueron evaluadas 15 prácticas sexuales, 9 denominadas de riesgo de infección del VIH, por facilitar el intercambio de fluidos corporales entre una persona sana y otra infectada con el virus, éstas son: relaciones sexuales coitales, relaciones sexuales ocasionales, relaciones anales pasivas y activas, relaciones orales activas y pasivas, relaciones homosexuales, relaciones sexuales en grupo, y uso de instrumentos de estimulación. Aquellas en las que existe mayor riesgo de contagio del VIH, sin considerar el uso de protección, son las relaciones anales, coitales (pene-vagina) y orales (boca-pene o vagina), en ese orden (Cohen y Miller, 1998). En las relaciones coitales (pene-vagina), la mujer es la que se encuentra en mayor riesgo (Cohen y Miller, 1998), debido a las características anatómo-fisiológicas de la mucosa vaginal hay mas resistencia a la transmisión del virus (OPS, 1985, en Robles, 1999); en las relaciones anales heterosexuales u homosexuales, el sujeto receptivo es el que corre mayor riesgo en esta forma de relación, ya que el epitelio rectal es delicado y propenso a laceraciones, lo que facilita que el virus entre con mayor facilidad al torrente sanguíneo (Jennings, 1995, SIDA/ETS, 1998c). Aún cuando el riesgo de contagio está presente en las relaciones oro-genitales, éste es menor a las relaciones anteriormente mencionadas (Edwards y Carne, 1998). Se consideraron prácticas preventivas, aquellos comportamientos sexuales en donde la posibilidad de intercambio de fluidos infectados, como semen o sangre (principales vías que favorecen la transmisión del VIH), es mínima o nula. Los comportamientos considerados preventivos fueron: masturbación solitaria, en compañía, pasiva y activa; caricias activas y pasivas en zonas genitales.

Estimando que la mayoría de los jóvenes de la muestra (76%) no se habían iniciado sexualmente (56.6% hombres y 43.4% mujeres), y a pesar de que por definición, estos grupos no llevan a cabo comportamientos sexuales de alto riesgo, se consideró importante conocer la forma en que esta actividad es canalizada por este grupo.

Las prácticas que más realizan, principalmente los hombres, son las caricias activas (82%), caricias pasivas (66%), y la masturbación solitaria (55%); y la que menos practican es la masturbación en compañía (20.6%). En ambos géneros, la frecuencia es de manera esporádica, realizándolas con la pareja estable.

Estos datos parecen apoyar el hecho de que durante la adolescencia, las caricias y besos son una práctica común en un intento por explorar las relaciones físicas de pareja, (Knobel, 1993; Micher y Silva, 1997; Powel, 1992), así como también, una de las primeras y principales formas de regular el estado emocional del joven es la masturbación, la cual le permite una gratificación inmediata y una forma para satisfacer inicialmente el impulso sexual (Hernández, 1995; Stephen, 1988; Rapport, 1993).

Más que considerar el nivel de riesgo al efectuar estos comportamientos, el análisis de los mismos permite conocer las prácticas previas de contacto sexual erótico que llevan a cabo los estudiantes, los cuales, en ocasiones, funcionan como preámbulo para el inicio de la actividad sexual genital. Esta información permitirá la creación de programas acordes con los comportamientos específicos que se realizan, sensibilizando a los adolescentes para que adopten pautas de comportamiento saludables y responsables, y adquieran aptitudes (comunicación, asertividad, autocuidado, toma de decisiones, etc.) que les permitan enfrentar situaciones de riesgo.

Como ya se ha reiterado, una de las principales vías de contagio del VIH es la sexual, y los grupos de edad en mayor riesgo de infección son los adolescentes y jóvenes, ya que están en plena etapa reproductiva y experimental, y tienen mayor capacidad y necesidad de relacionarse sexualmente con mayor frecuencia, enfrentándose a esta actividad con una nula o deficiente información, lo cual los coloca en alto riesgo de contagio. Por ello, diversos estudios se han abocado a investigar la actividad sexual de los adolescentes y jóvenes, evaluando principalmente relaciones

coitales y orientación sexual (Díaz y Alfaro, 1995; García, Figueroa, Reyes, Brindis y Pérez, 1993; Loewestein y Furstenberg, 1991; Micher y Silva, 1997; Secretaría de Salud de México, 1989; Villagrán, Cubas, Díaz y Camacho, 1990), relaciones orales (Odriozola e Ibañez, 1992), relaciones anales (Cohen y Miller, 1998; Sabogal, Reyes y Aguirre, 1992; Simkins, 1995) y masturbación (Odriozola e Ibañez, 1992; Smith, Rosenthal y Reichler, 1996).

En las prácticas sexuales evaluadas se han considerado diversas variables que implican riesgos de contagio del VIH, entre ellas: la frecuencia de las relaciones sexuales (Díaz y Alfaro, 1995; García, et al, 1993; Ibañez, 1996; Odriozola e Ibañez, 1992), pareja con la que tienen relaciones sexuales (Odriozola e Ibañez, 1992; Traeen y Lewin, 1992), uso de condón y frecuencia de su uso (Caballero y Villaseñor, 1996; Díaz y Alfaro, 1995; García et al. 1993; Huerta, Díaz y Malacara, 1996; Miret, Rodes, Valverde, Gelf y Casabona, 1997), uso correcto del condón (Figueroa, 1994a), parejas con las que se usa protección (Villagrán et al. 1993), número de compañeros sexuales (Díaz y Alfaro, 1995; Díaz y Rivera, 1992; Ibañez, 1996; Villagrán y Díaz 1992b), compañeros casuales (Rosenthal, Smith, Reichler y Moore, 1996; Traeen y Lewin, 1992), utilidad y motivos para usar el condón (Micher y Silva, 1997; Prince y Bernard, 1998; Villagrán et al. 1990), razones por las que no lo usan (Micher y Silva, 1997; Oswalt y Matsen, 1993), y uso de alcohol y/o drogas (Hingson et al. 1990; Leigh, Schafer y Temple, 1995; Sabogal, Reyes y Aguirre, 1992).

Este trabajo evaluó diversas prácticas sexuales de riesgo y prevención en 140 (24%) de los estudiantes sexualmente activos. Un primer análisis respecto a la ocurrencia de estas prácticas por género y rangos de edad mostró que las prácticas sexuales de riesgo que más se llevan a cabo son: las relaciones coitales, orales activas y pasivas (en ese orden); y las que menos practican son las relaciones homosexuales, sexo en grupo y el uso de instrumentos de estimulación. Son los hombres los que realizan casi todas las prácticas sexuales evaluadas mientras que las mujeres principalmente llevan a cabo las relaciones anales pasivas.

Considerando los resultados, se puede señalar que los hombres tienen mayor riesgo de contagio del VIH por la diversidad de prácticas realizadas, principalmente en

las relaciones anales pasivas, orales activas y pasivas (consideradas de mayor riesgo), en tanto, el 47.1% de las mujeres están en riesgo por practicar principalmente, las relaciones anales pasivas. El riesgo de contagio se incrementa, ya que en su mayoría los estudiantes no usan condón al efectuar estas prácticas.

Taylor, Dilorio, Stephens y Soet (1997) en su investigación con estudiantes preuniversitarios reportaron que los hombres a diferencia de las mujeres se comprometen en una variedad de comportamientos sexuales de riesgo, especialmente en relaciones anales. Similarmente, al evaluar diversas prácticas sexuales en universitarios, Odriozola e Ibáñez en 1992, indicaron mayor actividad sexual en hombres que en mujeres, participando éstos con un porcentaje mayor en las relaciones coitales, sexo oral pasivo y activo, mientras que las mujeres reportaron con un mayor porcentaje, ser acariciadas en genitales.

Al comparar estos resultados con los encontrados en este trabajo, se puede señalar por un lado, que los varones de preparatoria al igual que los universitarios, se comprometen en más conductas sexuales de riesgo. posiblemente este hecho este relacionado con la permisibilidad que se da al hombre para ejercer su sexualidad. Por otro lado, las mujeres parecen elegir actividades sexuales que no las pongan en riesgo de embarazo, como en los resultados del presente trabajo, en el cual las mujeres eligen una actividad altamente riesgosa sin el uso del condón. Estudios en Norteamérica han demostrado que más del 19% de mujeres reportan sexo anal al menos una vez en su vida, principalmente para prevenir embarazos o preservar la virginidad (ONUSIDA, 2000).

De los estudiantes sexualmente activos, solamente 10 (7.8%) reportaron haber tenido relaciones homosexuales (8 hombres y 1 mujer), este porcentaje resulta ser superior a los señalados por algunos autores quienes evaluaron la orientación o práctica homosexual en adolescentes y universitarios (Cáceres et al. 1992; Hingson et al, 1990; Huerta, Díaz y Malacara, 1996; Villagrán, et al. 1990; Villagrán y Díaz, 1992).

En su mayoría las prácticas sexuales, de riesgo y prevención, son realizadas por estudiantes de 14 a 19 años de edad (de éstos, el mayor porcentaje es de jóvenes de 14 a 16 años). Conforme incrementa la edad (20 a 23 años), el porcentaje de

estudiantes que reportan efectuar éstas es menor, e incluso jóvenes de 23 años o más, no practican las relaciones anales activas, homosexuales, sexo en grupo y uso de instrumentos de estimulación, así como tampoco la masturbación en compañía. Posiblemente el hecho de que los jóvenes de mayor edad (20 a 23 años) en esta muestra tengan más conocimientos acerca de la transmisión del VIH, favorece el que pospongan sus prácticas sexuales. De acuerdo con Loewestein y Furstenberg (1991), el comportamiento de la gente más joven, está caracterizado por formas de reacción impulsiva, más que deliberada, debido a que su razonamiento lógico-operacional no está suficientemente desarrollado.

La forma en que cada práctica sexual es realizada fue evaluada con base en los siguientes elementos: frecuencia, pareja con la que se realiza, uso de protección, frecuencia del uso de protección, parejas con las que se usa y no se usa protección, razones por las que se usa o no se usa condón e iniciativa para su uso (elementos complementarios). Cada uno de los elementos complementarios a su vez, fueron definidos en situaciones de riesgo o no riesgo, para determinar de manera más específica, la forma en que los estudiantes sexualmente activos realizan su actividad sexual (ver Anexo 2, categorías de riesgo).

De las principales prácticas sexuales efectuadas por los estudiantes (coitales, orales pasivas y activas), en relación a la frecuencia con la que se realizan, se encontró que la frecuencia de relaciones coitales en poco más de la mitad de los estudiantes es de manera esporádica (menos de una vez por mes), sin embargo, aproximadamente el 47% de ellos tienen una frecuencia considerada de riesgo (principalmente de 1 a 5 veces al mes, o más en algunos casos).

Al considerar como frecuencia de riesgo el practicar la actividad sexual más de una vez al mes, Díaz y Alfaro (1995) en su estudio con jóvenes de preparatoria señalaron, que el 33.3% tuvieron relaciones sexuales cada dos o tres meses, el 30.5% una o dos veces al año, y el 36.2% sólo las ha tenido muy ocasionalmente. Por tanto, estos resultados muestran una frecuencia baja de riesgo en la mayoría de los estudiantes evaluados, en contraste, los resultados de la presente investigación señalan que casi la mitad de los estudiantes que tienen relaciones sexuales están en riesgo por

la frecuencia en que éstas ocurren, ya que mientras más se exponga el individuo en comportamientos de riesgo, la probabilidad de ser infectado aumenta.

Al comparar los resultados de estos estudios con los reportados por la Secretaría de Salud en 1989, en donde alrededor del 25% de los estudiantes universitarios encuestados mencionaron una frecuencia de riesgo en la actividad sexual, se puede argumentar que a 10 años de realizado este estudio y, a pesar de la información difundida acerca del VIH-SIDA y sus principales formas de transmisión, así como las estrategias educativas implementadas, no se ha logrado que los jóvenes eviten realizar comportamientos de riesgo, ya que como se observa en estos datos, los jóvenes que se comprometen en actividades sexuales con una frecuencia de riesgo, es mayor.

Aún cuando el porcentaje de estudiantes que mencionaron realizar alguna de las restantes prácticas evaluadas es menor al 38%, la frecuencia con la que éstas son llevadas a cabo ponen en riesgo a más del 60% en el uso de instrumentos de estimulación y el sexo en grupo, y alrededor del 40% en las relaciones anales activas y pasivas, orales activas y pasivas, y relaciones homosexuales. En general, la frecuencia de actividad sexual en las diversas prácticas mencionadas es de una a cinco veces al mes.

En suma, casi la mitad de los estudiantes están en riesgo de contagio del VIH, tanto por la diversidad de prácticas efectuadas, como por la frecuencia riesgosa con la que se realizan, principalmente en las de mayor contagio como son: las coitales, anales activas y pasivas.

En cuanto al tipo de pareja, en las relaciones coitales, aún cuando la mayoría se relaciona sexualmente con su pareja estable, la cuarta parte de ellos están en riesgo de infección por realizarlas principalmente con amistades o parejas eventuales, al igual que en las relaciones orales activas y pasivas. El riesgo de infección es mayor en aquellos que practican las relaciones anales activas, homosexuales y sexo en grupo, ya que más del 50% lo hacen con parejas riesgosas, incluso algunos de los que mencionaron tener relaciones homosexuales lo hacen con prostitutos, considerada población de riesgo por la frecuente rotación de compañeros sexuales, aunado a que la mitad de estudiantes no usan condón al realizar esta práctica.

De los estudiantes que mencionaron tener relaciones ocasionales (24.8%), todos ellos están en riesgo, ya que esta práctica implica relacionarse sexualmente con diversas parejas teniendo su pareja estable, sin embargo, el riesgo por frecuencia es menor, ya que la mayoría dijo hacerlo esporádicamente. Alfaro, Rivera y Díaz en 1992, señaló que del total de jóvenes de preparatoria (de 18 a 20 años de edad) que han tenido relaciones sexuales, en su mayoría han sido ocasionales (56.3%). Si bien, este porcentaje es superior, en el presente estudio, del total de estudiantes que realizan esta práctica, el 43.8% está entre los 14 y 16 años de edad, considerando que la edad del debut sexual en su mayoría fue antes o hasta los 15 años, la posibilidad de contactos sexuales es menor a la presentada por jóvenes de mayor edad.

Traeen y Lewin (1992) argumentaron con base en los resultados de su estudio con adolescentes, que este tipo de prácticas son más comunes en los varones, y que la frecuencia de relaciones ocasionales están en función del tiempo en que han sido sexualmente activos. Con base en este argumento, el bajo porcentaje de estudiantes de la muestra que dijo tener relaciones ocasionales, está relacionado con la reciente iniciación de sus encuentros sexuales.

En general, los estudiantes de la muestra aquí evaluada están en riesgo por el tipo de pareja sexual en las relaciones ocasionales, anales activas, homosexuales.

En cuanto al uso del condón, se ha demostrado que su uso consistente en cualesquier variedad de práctica sexual es una de las principales formas de prevenir la transmisión del VIH. Su utilidad ha sido demostrada por diversos estudios de laboratorio, los cuales indican casi un 100% de efectividad, considerando que las fallas son debidas principalmente al uso incorrecto de éste por parte del usuario durante las relaciones sexuales, por ejemplo, estiramiento excesivo, no retirarlo después de la eyaculación, no colocarlo adecuadamente cuando se está bajo los influjos del alcohol, uso de vaselinas o gel (Del Rio y Uribe 1993; SIDA/ETS, 1996; Quirk, Rhodes y Stimson, 1998).

Diversas campañas han sido llevadas a cabo con el propósito de alertar y estimular a la población en general y a los jóvenes en particular en el uso del preservativo. Evaluar el impacto que estas campañas, así como la información obtenida a través de otros canales (escuela), han tenido en poblaciones de jóvenes y adolescentes en cuanto al uso del condón, se ha tornado prioritario a raíz del

surgimiento del SIDA, por ser la única forma viable de evitar el contagio del virus que produce la enfermedad, ya que tanto la monogamia y/o abstinencia no son formas aceptadas por los jóvenes (ONUSIDA, 2000), dado que están en pleno período de desarrollo sexual, en donde la experimentación de comportamientos sexuales y la monogamia serial son parte de este crecimiento. Esta aseveración puede estar apoyada en el estudio realizado por Figueroa (1994a) con estudiantes de preparatoria, los cuales con un bajo porcentaje eligieron la monogamia y abstinencia como formas de prevención. Así también, en una encuesta realizada a jóvenes, los cuales reconocían como formas de prevención, la monogamia y abstinencia, se reportó que el 63% de ellos se comprometieron en relaciones sexuales (SIDA/ETS, 1995).

En el trabajo aquí reportado, al evaluar el uso del condón, los resultados indicaron que en las relaciones coitales, ocasionales, anales activas, sexo en grupo y uso de instrumentos de estimulación, más de la mitad de los jóvenes dijo usar protección, lo cual haría suponer que el riesgo de infección con VIH al efectuar estas prácticas, disminuye. Sin embargo, al considerar el nivel de riesgo por frecuencia de su uso, pareja con la que se usa protección y razones para usarlo, el patrón de comportamiento sexual en los estudiantes fue el siguiente:

Del 59.9% que sí usan protección cuando tienen relaciones coitales, un porcentaje similar (73%), lo usa consistentemente y con su pareja estable. La cuarta parte, lo usa de manera inconsistente, un porcentaje similar lo usa con personas diferentes a la pareja estable (parejas eventuales), y poco más del 60% lo utiliza principalmente para evitar embarazos. Un estudio con universitarios señaló resultados similares en cuanto a la frecuencia del uso del condón, pareja con la que se usa y motivos para usarlo, reportando que el 57% siempre usa condón con su pareja regular, principalmente para prevenir embarazos (Villagrán, et al. 1990). De igual forma, Miret, et al. (1997) mencionan que el condón fue usado consistentemente por 51.3% de los estudiantes sexualmente activos.

Sin embargo, otros estudios han reportado porcentajes menores, Flores y Díaz (1992a y b) señalaron que menos del 11% de los universitarios evaluados, usaron consistentemente el condón; Moscoso, Rodríguez, Parrilla, Robles y Colon (1997), a su

vez, mencionan que el 27.6% de estudiantes de preparatoria y universidad, lo usaron de esta forma.

En las prácticas sexuales de mayor riesgo de infección como son las relaciones ocasionales, anales activas y pasivas, de los estudiantes que sí usan protección al efectuarlas (65.4% en las dos primeras y 47% en la última práctica mencionada), más de la mitad dijeron usarel condón siempre que las llevan a cabo, lo cual los coloca en bajo riesgo de infección. El riesgo por el tipo de pareja con la que se relacionan sexualmente está presente en las relaciones ocasionales y en el 66.7% en las relaciones anales pasivas; y el riesgo por las razones que tienen para usar condón está presente en el 62.5% y 50% en las relaciones anales activas y pasivas respectivamente, ya que lo usan porque su pareja se lo pide.

Con base en los datos arriba señalados en cuanto a las relaciones anales pasivas, es pertinente señalar que esta es la principal práctica de riesgo que realizan las mujeres (aunque con un porcentaje bajo), y por tanto, el riesgo por no uso de protección, por el tipo de pareja riesgosa con la que tienen esta práctica y por las razones para usar condón, las pone en riesgo de infección por VIH.

Si bien el condón protege a las parejas de la transmisión del virus, el que su uso esté condicionado a la decisión de una sola persona (en este caso al hombre) pone en desventaja al otro. A pesar de la participación de la mujer en actividades sexuales de riesgo, aún carecen de poder de negociación y toma de decisiones acerca de su propio cuerpo, en relación al hombre, para proponer el uso de condón (Castañeda, Allen y Castañeda, 1996)

Esto parece evidenciar el papel asignado a la mujer de esperar la propuesta y aceptar que el compañero determine las condiciones en que la mujer deberá ejercer su vida sexual. Se ha argumentado que el uso del condón está asociado a la desconfianza e infidelidad (Del Río y Uribe, 1993), ya que las mujeres que proponen su uso, generan en la pareja masculina la idea de que son "promiscuas", que es una idea planeada y no espontánea (Loewestein y Furstenberg, 1991), lo cual dificulta la negociación por parte de la mujer para proponer su uso a la pareja. Aunado a esto, el hecho de que el condón sea diseñado para uso del varón, facilita que sea él, quien decida o no usarlo, poniendo en desventaja a la mujer (principalmente a las más jóvenes, las cuales tienen

un menor control sobre su cuerpo) para protegerse de cualquier infección, principalmente del VIH. Si bien en la actualidad ya se cuenta con el condón femenino, el cual es considerado igualmente efectivo para prevenir el contagio del VIH, su costo es superior al condón masculino y su difusión en cuanto a su existencia, disponibilidad y ventajas es aún limitada (Del Rio y Uribe, 1993).

Más allá del conocimiento acerca de la sexualidad y las actitudes hacia ésta, y el condón, el entrenamiento en habilidades de comunicación, toma de decisiones y asertividad para solicitar a sus parejas el uso de protección se hace imprescindible, así como también establecer y reforzar el cambio de actitudes y patrones de comportamiento sexual en hombres y mujeres.

En las relaciones orales activas y pasivas (dos de las principales prácticas realizadas por los estudiantes sexualmente activos), el uso inconsistente del condón es predominante, aunado a que en las relaciones orales activas la mayoría tiene como parejas sexuales a desconocidos (as) y/o parejas eventuales, a diferencia de las orales pasivas que en su mayoría usan condón con su pareja estable, lo cual en este último caso podría disminuir el riesgo de transmisión del VIH.

De las principales razones expuestas en este estudio para usar condón son la de evitar embarazos o usarlo porque la pareja se lo pide. Similarmente otras investigaciones que evaluaron las razones que tienen los estudiantes para usar protección, señalaron que era principalmente para evitar embarazos y menos para evitar infecciones sexuales, incluyendo el VIH (Uribe, Bustillos, Ruiz, Veloz y Magis, 1997; Villagrán, et al. 1990). Así también, Micher y Silva (1997) mencionaron que los estudiantes de preparatoria y universidad evaluados, aún cuando percibieron como principal utilidad del condón el prevenir el VIH, las razones de su uso, se limitaban a la prevención de embarazos.

A pesar de que más de la mitad de los estudiantes en esta muestra saben que una de las principales formas de contagio del VIH es la vía sexual, que a través del semen se puede transmitir el virus, y que el uso de protección es una alternativa para evitar la transmisión de éste, muchos jóvenes se comprometen en comportamientos sexuales de riesgo a pesar de usar protección, ya que como se mencionó anteriormente,

es utilizado principalmente para prevenir embarazos o porque su pareja sexual se lo pide. Esto confirma la necesidad de mayor difusión en cuanto a las diversas ventajas que ofrece para cada miembro de la pareja el uso de protección (evitar enfermedades de transmisión sexual y prevenir el contagio del VIH, no sólo la prevención de embarazos), así como también, la necesidad de entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad, para proponer o iniciar su uso.

El riesgo por iniciativa para usar protección es bajo en la mayoría en las diferentes prácticas sexuales, debido a que la mayoría de los estudiantes que las realizan mencionaron usar protección por iniciativa propia y en algunos casos, porque ambos miembros de la pareja lo deciden. Sin embargo, en las relaciones homosexuales, sexo en grupo y relaciones anales pasivas y activas se observaron contradicciones cuando se evalúan las razones por las que usar protección, ya que los estudiantes que usan el condón lo hacen porque su pareja le pide que lo utilice. Esta contradicción pueden deberse al hecho, por un lado, de la necesidad de reportar argumentos socialmente aprobados ("me comunico y/o me protego con el condón") y por otro lado, a una realidad, en donde la impulsividad y ausencia de habilidades (comunicación, asertividad, toma de decisiones) para llevar a cabo comportamientos preventivos, se hace evidente

Al evaluar el uso correcto del condón, el 67% de la muestra respondió incorrectamente a la secuencia mostrada en el cuestionario, sólo el 17.6% lo hizo correctamente. En un estudio con jóvenes de preparatoria, Figueroa (1994a) señaló, aun cuando no menciona cómo fue evaluado este aspecto, que el 34% de los estudiantes sabía el uso correcto del condón, porcentaje superior a los reportados en este trabajo. Una de las posibles causas del alto porcentaje de estudiantes que no señalaron correctamente el uso del condón, fue debido a la confusión que presentaban las imágenes impresas en el cuestionario.

Considerando que una de las principales prácticas preventivas de contagio del VIH es el uso correcto y consistente del condón, los estudiantes de esta muestra están en riesgo de infección, a pesar de que la mayoría mencionaron usar protección de manera consistente en las relaciones coitales, ocasionales y anales activas, el riesgo de contagio está presente por no saber cómo utilizarlo. Incrementándose obviamente este

riesgo, en las prácticas en donde el condón es usado inconsistentemente y de manera incorrecta.

Esto sugiere que aún cuando las campañas en pro del uso del prevervativo han sido extensas, es necesario hablar y mostrar explícitamente la forma correcta y eficaz de usarlo con diferentes parejas sexuales, y erradicar hábitos erróneos de su uso, por ejemplo, ponérselo cuando la eyaculación es inminente, colocarse el condón después de una penetración no protegida (Quirk, Rhodes y Stimson, 1998), incluso, Lunin et al (1995), encontraron que los jóvenes de su estudio creían que el condón podía ser lavado y usado en diferentes ocasiones.

De los estudiantes que mencionaron no usar condón, principalmente en las relaciones anales pasivas, orales activas y pasivas, el riesgo por el tipo de pareja con la que no se usa protección y riesgo por las razones para no usarlo es bajo, ya que en ambas categorías la mayoría no usa protección con su pareja estable, y porque no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.

En las relaciones coitales, del 41% que no usan condón, se relacionan en su mayoría con la pareja estable, no obstante, más de la cuarta parte lo hacen con parejas riesgosas (amistades, parejas eventuales o prostitutas). Porcentajes relativamente superiores a los aquí indicados, son reportados por Morton, Nelson, Walsh, Zimmerman y Coe (1996), en estudiantes de preparatoria; y por Flores y Díaz (1992a,1992b) en universitarios, quienes reportaron que el 61% y 50% respectivamente, no usaron condón en sus encuentros sexuales..

Siendo las relaciones coitales una de las principales prácticas efectuadas por los jóvenes sexualmente activos de esta muestra, y aún cuando el porcentaje que no usan protección es menor a los reportados por los autores arriba mencionados, es evidente que todavía no se ha podido establecer una cultura preventiva del uso del condón, y que mientras esto suceda, el riesgo de contagio permanecerá latente.

En las prácticas sexuales ocasionales, anales activas y homosexuales, los estudiantes que no usan condón (34.4%, 45% y 50% respectivamente) en su mayoría están en riesgo, por relacionarse con parejas riesgosas, así como por las razones que tienen para no usar protección. De 11 estudiantes que mencionaron practicar el sexo en

grupo, tanto los que usan condón como aquellos que no lo usan, están en riesgo de contagio por la frecuencia con la que se practica, por la ausencia o el uso inconsistente del condón y las parejas riesgosas con las que se relacionan.

De los resultados obtenidos, se puede señalar: a) que el sólo hecho de no usar condón pone en riesgo a más de la mitad de los estudiantes que efectúan las relaciones anales pasivas, orales activas y pasivas, b) que las prácticas realizadas en estas condiciones, son las consideradas de mayor riesgo (anales pasivas, homosexuales y, orales pasivas y activas), c) que aunado a la falta de protección, el tener a parejas riesgosas, principalmente en las relaciones homosexuales, ocasionales y anales activas, incrementa las probabilidades de contagio.

El hecho de relacionarse sexualmente con su pareja estable, parecería alentarlos a no usar condón, al menos en esta muestra. Sin embargo, se considera pertinente mencionar que durante la adolescencia y/o juventud, la monogamia es difícil, es más común la monogamia serial, esto es, mantener relaciones sexuales solamente con un compañero sexual, pero cambiar de pareja a menudo, por lo que el riesgo de contagio visto de esta forma, no decrementa. Por lo que es importante investigar además del número de parejas "estables" (novios), el tipo de prácticas sexuales que se han realizado con éstas y las condiciones en que son llevadas a cabo.

Las principales razones para no usar condón en las diferentes prácticas es: porque no existe riesgo de embarazo o porque su pareja le pide no usar protección, un porcentaje relativamente bajo (13.4%) mencionó no usarlo porque lo olvida o le disgusta.

Uno de los principales obstáculos para establecer en los jóvenes una cultura preventiva del condón, a pesar de las actitudes positivas que se tengan hacia éste y el sexo seguro, son las creencias acerca de su uso (Villagrán y Díaz, 1992; Rosenthal, et al. 1996). De los argumentos reiterados se mencionan: no es placentero, hace que se pierda erección, no es necesario cuando se está enamorado, pensar que su pareja puede no estar infectada, olvidan usarlo (Del Río y Uribe, 1993; Alfaro y Díaz, 1994; Lunin, et al. 1995; Díaz y Alfaro, 1995), ofender a la pareja con su uso (Villagrán y Díaz, 1992), no llevarlo rutinariamente (Hingson, et al. 1990), estar sexualmente muy excitados, su compañero sexual no acepta su uso (Sabogal, et al. 1992) y conocer bien a la pareja (Uribe, et al. 1997), ignorar la forma de usar el condón, no planear sus

relaciones sexuales (García y Figueroa, 1993), dificultad para discutir su uso con la pareja, sentirse incómodos al comprarlo y /o usarlo (Lunin et al, 1995;SIDA/ETS, 1995).

Se ha demostrado también que una variable relacionada con el uso del condón, es el consumo de alcohol o drogas (Traeen y Lewing, 1992; Hingson et al, 1994; Sabogal, et al. 1992; Leigh, Schafer y Temple, 1995; Miret, et al. 1997), ya que estas sustancias interfieren con la capacidad para tomar decisiones correctas e induce a efectuar diversas prácticas sexuales que pueden ser de riesgo, a pesar de la información que posea el individuo en relación a las medidas preventivas que deber ser llevadas a cabo.

En general, las concepciones arraigadas acerca del condón, la falta de conocimiento en cuanto a su correcta utilización y el carácter espontáneo que tienen los encuentros sexuales en la gente joven, contribuye para que el uso de preservativo no se establezca y por consiguiente continuen involucrándose en comportamientos sexuales de riesgo. Por ello, reiteramos es necesario, no solamente se informe acerca de la conveniencia de usar el condón, sino también enseñar la forma en que debe ser usado y enfatizar el papel que éste puede tener en las relaciones sexuales, como parte del juego erótico.

Finalmente, en las prácticas sexuales preventivas, considerando a toda la muestra de estudio, se encontró que son las caricias activas, la masturbación solitaria y las caricias pasivas (en ese orden) las que más realizan los jóvenes, principalmente entre las edades de 14 a 19 años, y en su mayoría hombres. Con un mayor porcentaje, las mujeres practican la masturbación activa (masturbar a otra persona). Al evaluar estas mismas conductas en estudiantes universitarios, Odriozola e Ibáñez (1992) reportaron resultados parcialmente similares: los hombres realizan con un mayor porcentaje, la masturbación solitaria, caricias pasivas y activas; sin embargo, las mujeres practican las caricias pasivas.

La masturbación (en compañía, pasiva y activa) es realizada de manera esporádica, principalmente sin el uso del condón, en su mayoría con su pareja estable. Contrariamente, aquellos que lo usan, lo hacen con una frecuencia inconsistente y con parejas riesgosas.

Smith, Rosenthal y Reichler (1996) señalaron que más hombres en relación a las mujeres practican la masturbación, y que conforme incrementa la edad de los estudiantes, la frecuencia con la que esta actividad se realiza también incrementa. Lo contrario fue observado en este trabajo, en donde a mayor edad de los estudiantes, menor actividad de masturbación. Con respecto a las caricias eróticas (tocamiento de genitales), no se cuenta con información específica de la ocurrencia de éstas en jóvenes (Hernández, 1995).

Tanto la masturbación como las caricias son comportamientos sexuales considerados de bajo o nulo riesgo de infección, y por lo tanto, opciones viables para canalizar el impulso sexual en tanto los jóvenes no estén preparados para iniciar sus encuentros sexuales de manera conciente y responsable.

VIII. CONCLUSIONES

De acuerdo con el modelo psicológico de salud biológica desarrollado por Ribes (1990), la dimensión psicológica implica el comportamiento del individuo, el cual determina la aparición, mantenimiento, o pérdida de la salud. El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, son elementos que permiten explicar las razones de por qué y bajo qué circunstancias una persona enferma o no (Piña, Márquez y Vera, 1993). Así también, el modelo de Ribes menciona la relación que guarda la disponibilidad de información de la enfermedad en cuestión y la práctica específica de comportamientos, en tanto permite el reconocimiento de las condiciones, las razones de su hacer, la ejercitación de las conductas implicadas y de contacto con sus efectos y formas de interacción alternativas.

Una de las funciones del psicólogo atendiendo la dimensión psicológica de la salud, es la detección (Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz González, en prensa), la cual en el presente trabajo dió pauta para evaluar, en primer lugar, los comportamientos sexuales de riesgo o prevención y los elementos relacionados con éstos, para conocer aquello que los estudiantes de esta muestra hacen o dejan de hacer bajo ciertas circunstancias. En segundo lugar, la evaluación de conocimientos acerca del VIH/SIDA, permitió observar aspectos concernientes a la enfermedad que no han sido suficientemente aprehendidos, y la relevancia que éstos tienen para la ejercitación de las conductas tanto de riesgo como de prevención.

La conclusión de los aspectos evaluados se pueden señalar en los siguientes puntos:

- La mayoría de los estudiantes de la muestra (principalmente hombres) no han debutado sexualmente, siendo sus comportamientos sexuales basicamente las caricias y la masturbación solitaria. Sería importante investigar las razones que tienen los jóvenes (principalmente los varones) para aplazar su debut sexual, así como también, investigar si los conocimientos acerca del VIH/SIDA influye para retardar los encuentros sexuales.

- Es importante también que los programas educativos relacionados con la sexualidad y el SIDA impartidos en el nivel de educación secundaria, etapa en la cual la mayoría de los estudiantes aún no se inician sexualmente, conjuntamente con la información, implementen diversas estrategias didácticas que refuercen o establezcan aptitudes y/o habilidades en la autoestima, el autocuidados, la toma de decisiones, asertividad y comunicación, que le permita al joven saber como hacer frente a situaciones de riesgo.

La implementación adecuada de estos programas en jóvenes que no han debutado sexualmente, además de favorecer que adopten con mayor facilidad comportamientos preventivos, da la oportunidad de que estos mismos jóvenes planeen sus propias estrategias para difundir mensajes preventivos a miembros de la misma edad.

- En cuanto al debut sexual, los varones se inician a más temprana edad que las mujeres, lo que hace suponer que siguen prevaleciendo patrones culturales de permisibilidad a las actividades sexuales en los hombres. Por consiguiente, si el hombre se inicia sexualmente a más temprana edad y generalmente suelen cambiar de pareja, el riesgo de ser infectos e infectar a su pareja está latente.
- El virus del VIH puede ser transmitido durante el contacto sexual, principalmente en las relaciones anales (insertivas y receptivas), coitales (pene-vagina), y orales (pasivas y activas). Los hombres están en mayor riesgo cuando practican relaciones anales insertivas con mujeres y cuando practican relaciones anales insertivas y receptivas con hombres. Las mujeres están en mayor riesgo cuando practican relaciones coitales y relaciones anales receptivas (Robles, 1999).

Sin considerar el uso de protección, los varones de menor edad se involucraron en una diversidad de prácticas sexuales, mientras que las mujeres practican más las relaciones anales pasivas, considerada entre las de mayor riesgo de contagio del VIH, aunado a que la mayoría de ellas no usa protección. Por lo tanto hombres y mujeres están en riesgo de contagio, tanto por la diversidad de prácticas, como por realizar aquellas de mayor riesgo de transmisión del VIH.

Si bien a través de diferentes medios se ha difundido que la principal vía de contagio es la sexual, esta información consideramos debe ser clara o específica, ya que en

términos generales, una relación sexual es entendida en primera instancia y de manera generalizada como una relación coital pene-vagina, no clarificando otras formas de contactos sexuales con posibilidades de contagio, como son las relaciones anales u orales. Lo anterior es señalado por la probabilidad que tienen los jóvenes de realizar contactos sexuales diversos al considerar que son de menor o nulo riesgo de contagio.

- De acuerdo con las categorías definidas en cada elemento complementario, sin considerar el uso del condón, más de la mitad de los estudiantes en la mayoría de prácticas sexuales denominadas de riesgo, se relacionan con parejas sexuales riesgosas (amistades, parejas eventuales prostitutas).

Es pertinente seguir enfatizando en los comportamientos que disminuyen los riesgos de transmisión del virus, además del uso de protección (por ejemplo, evitar relacionarse sexualmente con prostitutas o desconocidos, limitar el número de parejas sexuales); y clarificar el concepto de monogamia, ya que posiblemente el mantener relaciones sexuales con su pareja por períodos determinados de tiempo, les haga suponer a los jóvenes que está realizando comportamientos de bajo riesgo, sin considerar el cambio frecuente de parejas a lo largo de su vida sexual.

- Al considerar el uso de condón en las diferentes prácticas sexuales evaluadas, si bien en algunas de ellas se mencionó el uso del preservativo (principalmente los hombres), y en su mayoría durante las relaciones coitales, en términos generales, su uso es de manera inconsistente y/o desconocen la forma correcta de usarlo.
- En las relaciones anales pasivas, las mujeres están en mayor riesgo, ya que es la actividad que más realizan y la mayoría no usa condón. De los que usan protección durante esta práctica, el riesgo está presente por las parejas riesgosas con las que se relacionan sexualmente y por las razones que tienen para usarlo.
- La principal razón para usar o no usar condón, sigue siendo la prevención de embarazos, no consideran su efectividad para evitar infecciones.
- Los datos acerca de la iniciativa para el uso de protección señalan que en todas las prácticas el estudiante evaluado es el que toma la iniciativa para usarlo, o ambos miembros de la pareja deciden su uso.

- El riesgo por no saber cómo usar correctamente el condón está presente en más del 60% de los estudiantes evaluados.

A pesar de las diversas campañas acerca del uso del condón como principal medida preventiva de contagio del VIH, los jóvenes no lo usan y cuando lo hacen es de manera inconsistente o no saben como usarlo. Posiblemente las campañas han generado en el joven que usa protección, cierta seguridad de llevar a cabo comportamientos preventivos por el sólo hecho de usar condón. Sin embargo, se han descuidado aspectos importantes como: a) el uso correcto y consistente del condón, ya que no es suficiente con que el joven decida usarlo, sino que sepa cómo hacerlo y por qué hacerlo siempre que tenga relaciones sexuales, b) erradicar las creencias erróneas en cuanto a su uso, c) establecer habilidades necesarias para su uso, (comunicación, toma de decisiones, etc.), d) situaciones que pueden interferir con el uso de protección y, e) establecer programas dirigidos a la mujer, que incluyan la difusión del condón femenino y sus ventajas, mensajes que le permitan reflexionar en torno al ejercicio de su sexualidad y la responsabilidad del cuidado de su salud.

- En términos generales, la edad, el género, el debut sexual y el uso o no uso de protección no fueron variables que influyeran en el conocimiento de la enfermedad, presentando niveles más altos en las áreas de transmisión, sintomatología y prevención (en ese orden). A pesar de estos conocimientos, los jóvenes están incurriendo en comportamientos sexuales de riesgo, sin usar el condón o usándolo inconsistentemente. Esto confirma lo mencionado por Bayés (1992b) que la información es necesaria, más no suficiente para eliminar o modificar comportamientos de riesgo.

Es por ello importante que la participación del psicólogo en el problema del VIH/SIDA trascienda las acciones de información hasta ahora realizadas por las diferentes campañas y programas educativos, y partiendo del análisis y explicación del por qué de los comportamientos de riesgo, pueda incidir --como lo propone el modelo de Ribes-- en acciones encaminadas al establecimiento y desarrollo de comportamientos instrumentales preventivos para evitar esta enfermedad, ya que como se ha venido mencionando, el virus del VIH está afectando de manera drástica a poblaciones jóvenes, tanto por la falta de información adecuada acerca de la sexualidad

y el SIDA, como por la variada experimentación de comportamientos de riesgo al contagio con este virus y sobre todo, por que una vez adquirido el VIH, no existe vacuna contra la infección, por lo que las estrategias preventivas son una de las alternativas principales y viables para frenar la diseminación del virus del SIDA.

Una más de las funciones del psicólogo en este problema de salud, es la prevención,, Ribes (1990) señala dentro de su modelo que un aspecto relevante desde el punto de vista de la salud individual, es el nivel psicológico de prevención, el cual ha clasificado en tres niveles.

La prevención primaria, la cual requiere del psicólogo acciones de promoción, desarrollo y divulgación previas a la aparición de riesgos biológicos o patologías incipientes, por ejemplo, la promoción de hábitos de higiene personal y nutricional, desarrollo de estilos interactivos, entrenamiento de competencias, desarrollo de conductas instrumentales preventivas, etc. La prevención secundaria, se refiere al establecimiento de comportamientos que impiden el avance de una propensión a la patología o de una condición patológica incipiente, en este nivel se consideran las conductas instrumentales de riesgo, y las acciones estarían dirigidas al desarrollo y establecimiento de conductas instrumentales preventivas, etc. Finalmente, la prevención terciaria, se aplica cuando ya hay una patología en distintos grados de evolución, considerando las conductas asociadas a enfermedad, así como las conductas instrumentales preventivas de dichas conductas correlacionadas con patología biológica, en este sentido la prevención estaría encaminada a desarrollar prácticas de adherencia terapéutica, eliminar comportamientos que interfieran con la eficacia de los tratamientos y desarrollar comportamientos que favorezcan los procesos de rehabilitación (Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz González, en prensa).

Si bien esta clasificación permite al profesional incidir en el problema del SIDA en función del diagnóstico de la problemática presentada, la meta final de la prevención de acuerdo con Piña (1988), "es la de promover la adquisición y el ejercicio de comportamientos prosaludables, para que, bajo cualquier circunstancia, definida o no como de alto riesgo, las personas desarrollen comportamientos destinados al cuidado y

promoción de la salud e incompatibles y alternativas a los potencialmente relacionados con el contagio y transmisión del SIDA* (pag. 292).

Algunas de las ventajas al implementar programas preventivos acerca de la sexualidad y el SIDA dirigidos a gente joven serían: a) La facilidad de adoptar o reaprender prácticas de comportamiento seguro, ya que están en la etapa evolutiva de experimentación de comportamientos sexuales y en vías de consolidación, b) Sus actitudes menos rígidas que la de los adultos, por lo que, la implementación de destrezas podrían tener resultados positivos y, c) La influencia que éstos pueden ejercer entre sus compañeros para difundir comportamientos preventivos (SIDA/ETS, 1998b).

Los resultados de la presente investigación proporcionaron información acerca de lo que los estudiantes hacen o dejan de hacer, y cómo lo hacen, esto es, la mayoría de estudiantes no han debutado sexualmente y los que ya lo han hecho, incurren en prácticas sexuales de riesgo sin uso de protección. En este sentido, la intervención del psicólogo estará encaminada hacia el desarrollo de programas en el nivel de prevención primaria y secundaria, con acciones dirigidas al establecimiento de habilidades que permitan a estos jóvenes llevar a una práctica efectiva los conocimientos adquiridos, y puedan ejercer finalmente autocontrol sobre su comportamiento sexual futuro.

La prevención dirigida al desarrollo y establecimiento de las conductas instrumentales preventivas respecto al VIH/SIDA, debe considerar, de acuerdo con el modelo psicológico de salud, la disponibilidad de información en cuanto a la enfermedad vinculada a prácticas efectivas de reconocimiento de las condiciones de ejercitación de las conductas implicadas y de contacto con sus efectos. Esto es: a) Saber qué se tiene que hacer, en qué circunstancias hacerlo y cómo reconocerlo, b) saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o haberlo practicado, c) saber por qué se tiene que hacer, d) saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo y e) saber hacer otras cosas en dichas circunstancias, o saber hacer lo mismo de otra manera (Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz González, en prensa).

Dicho de otra manera, la información debe permitirle al individuo: 1) Saber qué es el VIH/SIDA: qué sucede con el sistema inmunológico cuando una persona adquiere el virus, período de incubación del virus, período evolutivo de la infección, factores que facilitan o interfieren la acción del VIH, grupos de edad mayormente afectados con la

infección, número de casos enfermos de SIDA, signos asociados a la enfermedad, manifestaciones clínicas, principales vías de infección, fluidos corporales que facilitan la transmisión del virus, prácticas sexuales con mayor riesgo de contagio, vulnerabilidad a la infección por género y práctica sexual, cómo se trata, posibilidades de curación y cómo se previene, y 2) Dotarlo de habilidades específicas para saber:

a) Reconocer situaciones de riesgo: por ejemplo, saber qué prácticas sexuales conllevan un mayor riesgo de infección, probabilidades de contagio al tener relaciones frecuentes y con diversas parejas (eventuales, desconocidas o prostitutas), reconocer qué factores facilitan la penetración del virus al organismo (detección de infecciones, presencia de úlceras o heridas, etc.), reconocer situaciones sociales de riesgo por ejemplo, uso de alcohol o drogas, uso de agujas sin esterilizar, etc.

b) Qué hacer en situaciones de riesgo. Esto es, relacionarse sexualmente con la misma pareja sana y usar preservativo siempre que tenga relaciones sexuales o exigir su uso, reconocer las cualidades de protección que tiene para sí mismo y su pareja el uso del condón,, llevarlo consigo y usar siempre el preservativo con las diferentes parejas sexuales, realizar prácticas sexuales sin penetración.

c) Por qué lo tiene que hacer: esto es, saber que una de las principales razones para evitar el contagio, es porque esta enfermedad es mortal a largo plazo.

d) Cómo hacerlo: este aspecto es relevante en los programas preventivos, ya que está directamente relacionado con la forma efectiva de llevar a cabo un comportamiento preventivo, como el usar adecuada y consistentemente el condón en las diferentes prácticas sexuales y con diferentes parejas. Asimismo, el cómo hacerlo puede implicar tomar decisiones adecuadas acerca de las relaciones sexuales y cómo defenderlas, el uso del preservativo como parte de un juego erótico dentro de la relación, cómo negociar su uso, etc.

e) Qué comportamientos alternativos los aleja del contagio: esto implica reconocer sus hábitos y estilos de vida y adoptar comportamientos alternativos incompatibles con la transmisión del VIH, por ejemplo, adopción del condón, establecimiento de hábitos de higiene y/o alimenticios, evitación de sustancias tóxicas, posponer las relaciones sexuales, habilidades de comunicación, toma de decisiones, etc.

Por lo tanto, y tomando en consideración lo dicho hasta el momento, un programa preventivo eficaz para la prevención del VIH con base en el análisis de la conducta (dimensión psicológica), deberá considerar de manera paralela: 1) Dentro de la educación acerca del SIDA, a la educación sexual y la promoción de la salud y 2) entrenamiento en la adquisición y ejercicio de competencias conductuales que le permitan enfrentar diversas situaciones de riesgo de manera óptima.

La implementación de un programa deberá estar diseñado de tal forma que la función del instructor sea básicamente la de modulador, mediador, orientador y guía de las actividades; estimulando la reflexión y participación activa del receptor en todo momento, brindando la información de manera clara y breve, evitando los discursos.

a) Propuesta Alternativa.

La siguiente propuesta no pretende ser un programa estructurado de prevención del SIDA, el propósito será resaltar la importancia de la participación activa del individuo, a través del análisis, discusión y reflexión de los temas o tópicos programados para que puedan saber qué es la enfermedad, reconocer situaciones de riesgo, saber qué hacer en situaciones de riesgo, por qué se tiene que hacer, cómo hacerlo, y comportamientos alternativos para evitar situaciones de riesgo.

Los temas o tópicos, así como las actividades considerados --a nuestro juicio--, relevantes en un programa del VIH/SIDA están basados en dos programas educativos llevados a cabo en contextos diferentes: a) El Proyecto Oakland de Salud (HOT, siglas en inglés) dirigido a estudiantes de preparatoria desde 1992, cuya meta es reducir el riesgo de infección con VIH en los adolescentes y, b) El programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA), dentro de este programa se encuentra el proyecto Manejo Responsable de la Sexualidad, dirigido a jóvenes de secundaria con el propósito de fomentar el desarrollo de valores y habilidades que conduzcan al ejercicio pleno de la sexualidad de manera responsable.

La primera etapa del programa debe inducir en el joven la participación, a través de la discusión y reflexión de los siguientes temas:

1. Sexualidad humana. Pubertad (cambios físicos, emocionales, sociales y conductuales); anatomía sexual (femenina y masculina); medidas higiénicas, afecto (diversas formas de expresión), actividad sexual (diversidad de prácticas sexuales, prácticas de riesgo); embarazo (detección), consecuencias de embarazos no deseados (personales, sociales y económicas).

Actividades: el instructor deberá inducir la opinión de las vivencias personales de los jóvenes en torno a su desarrollo físico, emocional y conductual; discutir y confrontar las diferencias y similitudes que existen entre géneros y la influencia de estas diferencias en su comportamiento. Exposición de consecuencias personales y sociales de una inadecuada higiene. Discusión y análisis de las consecuencias en sus metas personales a corto y largo plazo, en caso de embarazos no deseados o de infección con el VIH. Exposición de conceptos o palabras de uso popular relacionados a los órganos genitales y actividad sexual.

2. Sistema inmunológico y Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Qué es la enfermedad, qué es y como funciona el sistema inmunológico, qué son y cómo actúan los virus, forma de transmisión de los virus, cómo afectan los virus al organismo, qué causa las enfermedades, como protegerse de las enfermedades. Qué es el VIH, por qué es diferente a los otros virus, qué sucede cuando se adquiere el VIH, cómo reacciona el sistema inmunológico infectado con VIH ante las enfermedades, qué puede hacer la persona una vez infectada con el VIH, qué sucede con la persona que está infectada con el VIH, diferencias entre exposición, infección y portador del VIH, así como entre sentirse, verse o estar enfermo de SIDA.

Actividades: El grupo puede ser dividido en dos secciones, a cada sección se les reparte una serie de preguntas (elaboradas previamente por el instructor o por los mismos participantes). Por turno, cada sección realizará una pregunta y evaluará la respuesta del otro equipo, en caso de respuesta incorrecta, el mismo equipo que elaboró la pregunta, dará la respuesta correcta.

3. VIH/ SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Qué es el VIH y qué es el SIDA, diferencia entre estar infectado con VIH y tener SIDA, período de incubación del virus, cómo saber que alguien está infectado con el virus, pruebas de VIH, qué significa ser VIH positivo, enfermedades oportunistas, manifestaciones clínicas, tratamiento del SIDA, quién adquiere el SIDA, cómo se adquiere y transmite el VIH, mitos y realidades en torno a la transmisión del virus, cómo evitar adquirir el virus., comportamientos preventivos.

Actividades: se sugiere la discusión entre los participantes acerca de lo que han oído o leído acerca del VIH/SIDA (quiénes adquieren la infección, porqué la adquieren, etc.), qué opinan respecto a esos comentarios y cómo perciben ellos la enfermedad.

Se podrá elegir previamente un programa de televisión o película que permita a los participantes, identificar y discutir los comportamientos de riesgo que realizan los personajes y dar alternativas para evitar ser contagiado con el VIH.

A través de una serie de tarjetas, cada una de las cuales contendrá una frase, historia o enunciado que refleje un mito, error o situación real de riesgo en torno al VIH/SIDA (por ejemplo: " El SIDA se cura con medicamentos muy caros", " tocar o abrazar a una persona con SIDA es riesgoso", "los homosexuales pueden adquirir SIDA", " el sexo seguro es tener relaciones con mi pareja solamente", "puedo contraer el VIH si tengo relaciones coitales sin condón", etc.), cada participante elegirá al azar una de las tarjetas y responderá al grupo explicando el porqué de su respuesta.

Discusión acerca de las diferentes formas que pueden prevenir el VIH y cuales consideran para sí mismos las mejores opciones.

4. Drogas y Alcohol. Clase de drogas incluyendo el alcohol (clasificándolas por vías de administración), qué es una adicción, razones para usar drogas o alcohol y alternativas para no usarlas, efectos físicos y conductuales, cómo afecta a su entorno familiar y social el consumo de drogas y/o alcohol, qué relación existe entre el uso de drogas y/o alcohol con los comportamientos de riesgo del VIH/SIDA.

Actividades: Participación de los estudiantes (por equipos o en forma individual) expresando lo que consideran que es una droga, qué drogas conocen que usan sus compañeros, amigos o jóvenes alrededor de su colonia, por qué creen que las usan y alternativas para no usarlas, qué efectos tiene el uso de sustancias tóxicas (a corto y

largo plazo), consecuencias sociales y personales en relación a las drogas y alcohol, experiencias personales en cuanto al uso de alguna sustancia tóxica (alcohol o drogas) y efectos percibidos.

Se podrán plantear diversas situaciones comunes a los jóvenes, en las que el uso de alcohol o drogas esté presente, enfatizando cómo el uso de estas sustancias afecta el tomar decisiones adecuadas. Posteriormente facilitar la discusión con preguntas guiadas (qué sucede cuando la gente bebe alcohol o se droga, que harías tú en esa situación, etc.).

5. Prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Explicar las diferentes ETS, formas de transmisión y síntomas, qué hacer en caso de infecciones, breve reseña epidemiológica del SIDA, enfatizando grupos de edad y género, comportamientos que conllevan riesgo de transmisión sexual e infección con VIH, comportamientos alternativos para evitar infecciones, principalmente el VIH, opciones de atención y apoyo institucionales.

Actividades: Se sugiere que los jóvenes planteen una serie de actividades que realizan comunmente (ir a los antros, tomar, fumar, tener novias, etc.), a partir de éstas, y con base en los datos epidemiológicos acerca del SIDA, estimular la discusión en torno a los riesgos de contagio del VIH, enfatizando grupos de edad y género (por ejemplo, por qué se dice que los jóvenes al igual que las mujeres, están en riesgo de infección del VIH., cómo consideran el SIDA podría afectarlos personalmente, etc.).

Igualmente, con base en diversas situaciones comunes en los jóvenes (fiestas, excursiones, etc.), crear historias o escenas que permitan el análisis y la discusión de los comportamientos de riesgo al contagio del VIH en cada una de ellas. Dentro de la misma historia (s) estimular a los estudiantes para crear un final diferente que implique comportamientos preventivos.

Elaboración por equipos, de opciones acerca del comportamiento sexual y uso de drogas y/o alcohol que sean "totalmente seguros", "seguros" para evitar la infección del VIH, así como comportamientos de riesgo. Posteriormente, crear carteles que señalen y promuevan dentro de su comunidad (escolar o social) los comportamientos preventivos, así como aquellos que los pone en riesgo de infección, por ejemplo:

Comportamientos 100% seguros	comportamientos seguros	comportamientos de riesgo
No tener relaciones sexuales	Usar condón siempre que se tengas relaciones sexuales.	Tener relaciones sexuales con diferentes personas sin protección.
No drogarse, no beber alcohol.	Besarse y/o acariciarse solamente.	Tomar alcohol antes de tener relaciones sexuales.

6. Prevención del SIDA. Métodos para la prevención de embarazos, enfermedades de transmisión sexual y VIH, efectividad específica de cada método, condones (masculino y femenino), mitos y obstáculos alrededor del uso del condón, cómo obtenerlos, responsabilidad de su uso, implicaciones sociales en cuanto a la compra y uso del condón, ventajas del condón relacionadas con el uso apropiado, correcto y sistemático.

Actividades: Discusión acerca de los métodos preventivos que los estudiantes conocen para evitar embarazos, enfermedades de transmisión sexual y el VIH, elaborando una lista que les permita observar y diferenciar qué métodos pueden prevenirlos del VIH y cuáles de embarazos.

Debate por equipos: de quién es la responsabilidad de proponer el uso del condón, quién debe comprarlos y quién debe decidir su uso, cómo debe participar la mujer en estas actividades.

Discusión: por qué consideran que hay tantas adolescentes embarazadas y jóvenes infectados con VIH, por qué creen que a los jóvenes no les gusta usar condón, por qué existe tanta propaganda para usar el condón, etc.

Experiencias personales o de amigos y conocidos respecto a la compra de condones, y sentimientos personales en torno a la compra y uso del preservativo.

La segunda etapa del programa debe considerar la implementación de habilidades que permitan la consolidación de la información y la ejercitación de prácticas preventivas eficaces para hacer frente a diversas situaciones de riesgo relacionadas con el contagio del VIH, para ello el uso de dinámicas grupales, escenificación de situaciones (ejercicios de juego de roles) serán importantes. Los aspectos considerados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

para este propósito serán: valores, estereotipos, toma de decisiones, comunicación, asertividad y uso correcto del condón.

1. Valores. Qué son los valores; cómo se vinculan los valores con las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, la autoestima, el proyecto y estilo de vida; qué relación tienen con los problemas de salud, específicamente con los comportamientos sexuales de riesgo de contagio del VIH/SIDA.

Los diversos ejercicios deben propiciar en los participantes la clarificación de valores y la confrontación de dilemas, para que elijan o decidan a partir de su propio convencimiento expresar sus puntos de vista y pueda conforntarlos con otros, para considerar formas alternativas de comportamiento y sus consecuencias. Algunas de las actividades que se pueden implementar serían por ejemplo:

"Cartas de valores: Se presentan una serie de tarjetas en las que está impreso un valor (incluir aquellos relacionados con la salud por ejemplo: las mujeres no deben comprar o usar condones, el beber alcohol me hace popular entre mis amigos, la educación sexual debe ser distinta para hombres y mujeres, etc.), el participante tiene que elegir sin reflexionar ante cada uno, los que a juicio personal, considere más importantes y menos importantes, dividiéndolos en dos columnas. Posteriormente tiene que revisar cada columna, reflexionar ante cada valor y seleccionar nuevamente aquellos que considere más importantes y menos importantes, escribiendo en una hoja los valores elegidos. La actividad finaliza exponiendo su decisión y fundamentándola.

"Discusión de valores", el cual consiste en presentar al grupo un texto breve en la que se expone una situación problemática que propice la discusión, guiada ésta por una serie de preguntas acerca de lo que hay que reflexionar y decidir, para que posteriormente se confronten diversos puntos de vista.

"Discusión de dilemas", se presentan breves narraciones o situaciones que constituyan un conflicto (una disyuntiva, con dos opciones igualmente defendibles) que atañe a la decisión individual. Cada persona debe pensar cuál es la solución óptima y fundamentar su decisión.

"Selección de valores". De una lista de declaraciones (por ejemplo, está bien no usar condón, si es la primera vez que tienes relaciones sexuales; si una persona se contagia con el virus del SIDA, es su culpa; es necesario usar condon, aún cuando sólo

tengas relaciones sexuales con tu pareja; está bien probar las drogas, mientras no te conviertas en adicto; beber alcohol, ayuda a relacionarme con las muchachas (os), los hombres son responsables de comprar o usar el condón, etc.), el instructor leerá una declaración y los participantes, después de reflexionar, opinarán si están de acuerdo o en desacuerdo con ella. El instructor preguntará al azar el motivo de su elección y ofrecerá puntos de vista que no hayan sido considerados y que resultan relevantes para estimular la discusión. Lo mismo se hace en cada declaración y finalmente, se elaborará una lista con aquellas declaraciones en las que la mayoría está de acuerdo, para llegar a un consenso acerca de los valores relacionados con comportamientos preventivos relacionados con la salud.

"Elaboración de carteles": con base en los valores seleccionados en el ejercicio anterior, crear un poster que incluya declaraciones que inviten a la población estudiantil a realizar comportamientos preventivos y saludables, por ejemplo , no usar drogas o alcohol es tu decisión, solamente tú decides cuando tener relaciones sexuales; habla con tu pareja acerca del SIDA y el uso del condón antes de que te involucres sexualmente; es importante que uses condón cada vez que tengas relaciones sexuales, tú eres responsable de tus propias acciones y de tu salud, etc.

2. Estereotipos. Qué son los estereotipos, clases de estereotipos (de género, culturales, etc.), cómo influyen en las normas sociales, la formación de valores y el comportamiento, qué relación tienen los estereotipos con la prevención del VIH/SIDA, cómo romper esquemas tradicionales en relación a los estereotipos.

"Lluvia de ideas". Expresar qué son los estereotipos y dar ejemplos de los que hayan oído en su escuela, familia, en la televisión; o leído en las revistas. Se deben incluir ejemplos relacionados con estereotipos de género y acerca del VIH/SIDA (por ejemplo, los jóvenes son rebeldes, los hombres no deben llorar, las mujeres son chismosas, sólo las prostitutas o gays tienen SIDA, las mujeres que llevan consigo un condón, son promiscuas, los hombres que tienen relaciones sexuales o que no usan condón, son muy machos, los jóvenes son irresponsables, las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio, etc.).

"Lista de estereotipos", se requiere de una hoja dividida en dos columnas, en el lado izquierdo se anotarán los estereotipos mencionados en el ejercicio anterior. Una

vez finalizada esta actividad, se reflexionará y discutirá cada declaración, anotando en el lado derecho de la columna por qué estos estereotipos son falsos, o dando ejemplos de casos que rompan con la regla, por ejemplo:

Estereotipos	Por qué son falsos
Sólo las prostitutas o gays tienen SIDA	
Las mujeres que llevan consigo un condón son promiscuas	

"trabajo en equipos" : Elegir de la lista anterior, aquellos estereotipos de género y relacionados con el VIH- SIDA. Reflexionar como influyen éstos en el propio comportamiento, especialmente cuando se trata de sexo, drogas o actividades que los ponen en riesgo de contagio del VIH o embarazos (por ejemplo: "las muchachas que llevan consigo un condón son promiscuas", por lo que la joven se ve presionada a seguir este estereotipo y por consiguiente, se pone en riesgo de infección o embarazo).

Discusión: con base en preguntas, guiar la discusión en torno a: cómo los hace sentir el seguir determinados estereotipos, qué sucede si rompen estos estereotipos y como consideran que lo harían, qué ventajas obtendrían al romperlos. Por ejemplo:

Estereotipo o norma	Las mujeres no deben tomar la iniciativa en las relaciones sexuales.
Ruptura de la norma	La mujer debe decir que le gusta de las relaciones sexuales o decidíromo protegerse
cómo lo harían	Hablando con su pareja
Ventajas de romper estereotipos	La mujer puede disfrutar la relación sexual

3. Toma de decisiones. Por qué es importante tomar decisiones, cómo afectan los estereotipos en la toma de decisiones, cómo influyen los valores en la toma de decisiones, cómo tomar decisiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. "Situaciones difíciles". Se presentan breves narraciones de situaciones que representan un conflicto que atañe a la decisión individual. Cada situación deberá presentar dos opciones igualmente defendibles, así como las consecuencias de cada opción. Se entrega una hoja de trabajo a cada participante para ser resuelta de manera individual. Posteriormente se forman equipos de 3 o 4 integrantes, los cuales discutirán las opciones que cada integrante escribió y se elegirán solamente dos, asimismo, para cada opción se deberán escribir 3 argumentos para convencer a la persona de elegir una u otra opción y sus respectivas consecuencias.

2. "Personalizar los riesgos". Se escenificaran situaciones de riesgo, para lo cual se requerirá de 4 personas: una persona sentada al centro del salón deberá elegir que hacer ante una situación que se le plantee, dos más para tratar de persuadir a la persona del centro acerca de su decisión, y la cuarta, será el mediador quien auxiliará al sujeto del centro a reflexionar acerca de las consecuencias de cada opción. Finalmente, la persona en el centro deberá tomar la decisión y explicar al resto del grupo sus razones, por ejemplo:

Situación 1: Tu novio (a) con quien llevas una año, te pregunta que piensas acerca de tener relaciones sexuales, ya que el o ella quieren tener relaciones sexuales contigo, tú sabes que aún no estas listo (a) para ello, sin embargo, temes que el o ella rompan el noviazgo si tu no aceptas. ¿Qué harías ante esta situación? opciones: a) tener relaciones para seguir con tu novio o, b) decirle lo que piensas.

Situación 2: b) Estabas teniendo relaciones sexuales con tu pareja, de repente tu pareja te sugiere tener relaciones orales, lo cual no te agrada, pero si no aceptas, él o ella pensarán que no eres moderno. ¿Qué harías?, opciones: a) aceptar, a lo mejor te gusta o, b) expresarle que no te agradaría hacerlo.

2. "Modelo de la estrella". Dibujar en el centro del salón una estrella con cinco puntas, cada una llevará impreso un mensaje: 1º alto, 2º pensar, 3º actuar y 4º revisar, que representarán las etapas que hay que seguir para tomar una decisión. Se elige a un participante para que se coloque en medio de la estrella y se lee la situación que le planteará un dilema para que tome una decisión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La situación puede ser la siguiente: "Vas a una fiesta a la casa de tu mejor amigo, él trata de convencerte de que tomes alcohol, tú nunca lo has hecho y no estas seguro (a) de hacerlo, sin embargo, él insiste y dice que no va a pasarte nada. Que harías?"

El participante deberá primero caminar hacia la punta de la estrella que diga "alto", en la cual se replanteara la situación, después caminara a la punta que indica "pensar", y reflexionará acerca de sus opciones y sus consecuencia, posteriormente, caminará a la punta que señale "actuar" , en la cual tomará la decisión y la dará a conocer al resto del grupo. Finalmente, se colocará al centro de la estrella y dirá cual es el valor que es importante que influyo para tomar esa decisión.

4. Comunicación. Qué es la asertividad, elementos de la asertividad, cómo y por qué la asertividad ayuda en la comunicación, consecuencias de una mala comunicación o la ausencia de ésta, importancia de expresar sus sentimientos y defender sus ideas.

Inicialmente el instructor explicará y ejemplificará lo que es un mensajes asertivo, posteriormente se repartirá a cada participante una hoja de trabajo, en la cual estarán impresas diversas situaciones, cada una de ellas deberá ser contestada con el mensaje "yo", cuando hayan finalizado, se les pedirá a los participantes que lean sus respuestas y el instructor guiará a los participantes en caso de confusión o dudas.

" Juego de roles". Los participantes formarán parejas de trabajo, y elegirán inicialmente alguno de los ejercicios anteriores para escenificarlos; después cada pareja podrá exponer una situación diferente a las anteriores, por ejemplo:

Enunciado	Respuesta asertiva
Ya tuvimos relaciones sexuales sin condón una vez, así que, cuál es el problema ahora	Conozco más acerca del SIDA y he decidido que usemos condón para protegernos

"Presión de grupo" : En una hoja de trabajo, dividida en dos columnas, se anota del lado izquierdo una lista de enunciados o situaciones en las que se tengan que rechazar ofertas que lo pongan en riesgo de infección del VIH, embarazos no deseados, o ingestión de sustancias tóxicas y alcohol. En la columna del lado derecho, cada participantes escribirá la respuesta al enunciado indicado previamente por el instructor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENUNCIADO	FORMA DE DECIR "NO"
Vamos a hacer el amor, yo sé que tú también quieres hacerlo.	No, aún no me siento preparada para tener relaciones sexuales.

Concluida esta actividad, los participantes se sentaran formando un círculo, el instructor se colocará en el centro de éste e intempestivamente se dirigirá a un estudiante, planteará una situación de riesgo y presionará la respuesta del estudiante. Una vez que todos han participado, se les preguntará lo que sintieron al rechazar la propuesta y si consideran que lo podrían hacer en una situación real.

5. Condón. Comportamientos y métodos preventivos, prácticas sexuales de riesgo, ventajas del condón, actitudes acerca del condón, clases de condones (incluyendo el femenino) y lubricantes, ventajas del uso del condón, uso correcto del condón etapa por etapa e importancia de cada una de ellas, responsabilidad en cuanto al uso del condón, importancia de la comunicación y negociación del uso del condón o alternativas de comportamiento sexual seguro.

a) "Participación individual" : Alentar a los estudiantes para que hablen acerca del condón, por ejemplo, cuántas maneras hay que ellos conocen para referirse al condón; si creen que la mayoría de los jóvenes los usan o no, porque creen esto, cómo se sienten al hablar del condón, si usarían o no el condón y porqué, etc.

b) "Compra de condones" : Previo a la actividad, se les pedirá a los jóvenes que de manera individual y/o por parejas (hombre-hombre; hombre-mujer), investiguen cuánto cuesta un condón, dónde se adquieren (incluyendo instituciones), y que compren uno. Durante la actividad, comentarán sus experiencias y cómo se sintieron al comprar un condón, y después harán una lista de los lugares donde se adquieren y su costo.

c) "Discusión" inicialmente se entregará a cada participante una hoja dividida en dos columnas, en la columna izquierda aparecerán diversas aseveraciones en torno al condón, en la columna derecha, el participante responderá a cada una de ellas, asertivamente, por ejemplo:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASEVERACIÓN	RESPUESTA
Estoy usando la píldora, no necesitamos usar condón.	Prefiero usar el condón para protegernos de cualquier enfermedad.
Sólo esta vez no usaremos condón, las demás sí	Sólo se necesita una vez para infectarse con el VIH o embarazarse, prefiero que nos cuidemos usandolo
No traigo un condón conmigo, y tengo muchas ganas de acariciarte y besarte.	Podemos comprarlo ahora y si no hay, podemos sólo besarnos y acariciarnos, ...

Cada aseveración será leída por un participante, y su respuesta será comentada por sus compañeros.

d) "Juego de cartas" : Después de formar equipos, a cada uno de ellos se les distribuyen un juego de tarjetas, cada una de ellas muestra una etapa relacionada con la colocación del condón, la tarea de los participantes será ordenarlas correctamente y argumentar el porqué de ese orden.

e) "Feria de condones" : Se repartirá a cada equipo un paquete con diferentes clases de condones (lubricados, no lubricados, extra sensibles, etc), una vez que los participantes han revisado cada paquete (instrucciones, fórmula, fecha de caducidad, etc.), abrirán cada uno de ellos para observarlos directamente, manipularlos y jugar con ellos (inflarlos para checar su resistencia, estirarlos, etc). Posteriormente se discutirán las diferencias o similitudes entre los diferentes sobres de condones. El instructor finalizará la actividad resaltando las características que deben tomarse en cuenta para elegir un condón, el uso de lubricantes conjuntamente con el condón. Así también, la forma de mantenerlos en buen estado.

f) "Explicación, demostración y práctica del uso correcto del condón". Paralelamente el instructor demostrará con un objeto de plástico el uso correcto del condón (por ejemplo, abrir el sobre, revisar el condón, colocarlo, retirarlo, tirarlo) y la importancia de cada etapa. Al concluir esta actividad, el instructor resolverá las dudas de los participantes y estimulará para que practiquen en el modelo plástico la colocación correcta del condón siguiendo las indicaciones dadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

g) "Demostración" : con el propósito de mostrar de qué forma el alcohol interfiere con el uso del condón, el instructor inicialmente elegirá al participante que haya demostrado mayor habilidad en el uso correcto del condón, le pedirá que gire rápida y varias veces, e inmediatamente le dará el condón para que se lo ponga al modelo plástico.

h) "Discusión". Los participantes expresarán sus opiniones respecto a las actividades realizadas, que fue lo más importante para ellos, etc.

i) "Directorio" Los participantes deberán investigar qué instituciones brindan apoyo a los jóvenes (orientación y atención) en cuanto cuidados de salud, sexualidad y SIDA y elaborarán carteles para difundir esta información y de ser posible se conformará un grupo de apoyo y orientación para sus compañeros.

Finalmente, como una forma de evaluar el impacto de las actividades emprendidas con los jóvenes, éstos deberán organizarse en pequeños grupos para elaborar mensajes dirigidos al resto de la comunidad escolar. El formato del mensaje deberá ser elegido por los participantes (carteles, escenificación, trípticos, etc.) y el contenido de éstos, deberá considerar la información y actividades relevante para la prevención del VIH/SIDA, por ejemplo: "sólo tú decides cuando tener relaciones sexuales, "tienes derecho a expresar tus opiniones y sentimientos en torno a tu salud para protegerte de infecciones o embarazos no deseados", "no sólo debes decidir usar condón, deber saber cómo usarlo", "nadie debe obligarte a hacer lo que tú no quieras", etc.

Reiteramos que el propósito de la propuesta anterior fue la de resaltar la importancia que tiene en los programas de VIH/SIDA, la participación activa de los individuos, en el aprendizaje de conocimientos prácticos que les permitan reconocer, enfrentar y resolver situaciones de riesgo, así como fortalecer comportamientos saludables, por ejemplo, cómo evitar comportamientos de riesgo, aplazar las relaciones sexuales o llevarlas a cabo con protección.

Uno de los contextos en que los programas preventivos del VIH/SIDA bien estructurados han sido exitosos, son las instituciones educativas, ya que además de abarcar a un gran número de jóvenes, la posibilidad de que éstos asuman

comportamientos saludables y de manera responsable es más viable que en los adultos, debido a que presentan actitudes menos rígidas ante los temas relacionados con el área sexual. Así también, la influencia que los jóvenes ejercen entre sí, ha favorecido la difusión de mensajes preventivos en torno a la enfermedad (ETS/SIDA,1998b). Sin embargo, la eficacia de un programa de prevención del VIH/SIDA requiere de una formación y orientación adecuada del personal encargado, antes y durante la implementación del programa, ya que éste tiene como meta principal el análisis, modificación y adquisición de comportamientos.

En este sentido, una más de las estrategias en las que el psicólogo puede actuar indirectamente para incidir en el comportamiento, es la desprofesionalización, esto es, entrenar a otros profesionales o no profesionales, los cuales mantienen el contacto directo con la población objetivo (Ribes,1982, en Rodríguez, Moreno, Robles y DíazGonzález, en prensa).

De acuerdo con Piña (1988), los objetivos principales de la desprofesionalización son: a) optimizar los conocimientos y recursos propios de la disciplina, b) alcanzar a mayor cantidad de personas, c) estimular la participación activa de los individuos en los problemas de salud y d) conducir a los individuos a hacerse partícipes de las decisiones del cuándo, cómo , por qué cambiar, y que dirección tomará dicho cambio.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación entre áreas

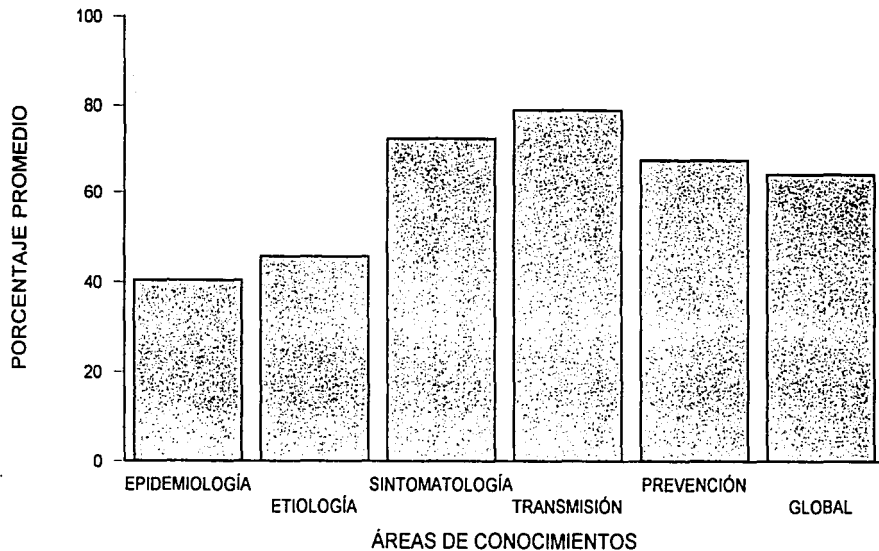


Figura 1. Porcentaje promedio de respuestas correctas en las cinco áreas de conocimientos evaluadas en toda la muestra.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por rangos de edad

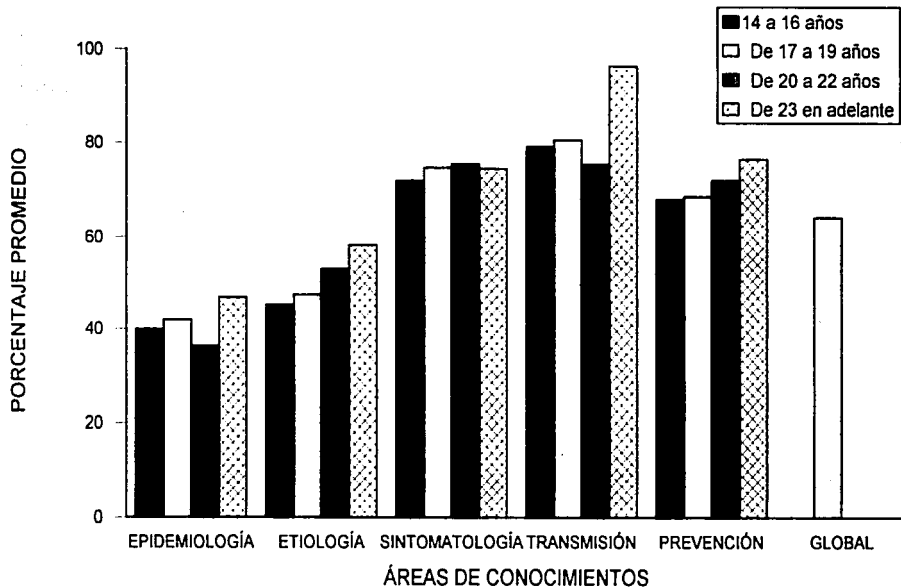


Figura 2. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por los estudiantes encuestados, ubicados en distintos rangos de edad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por género

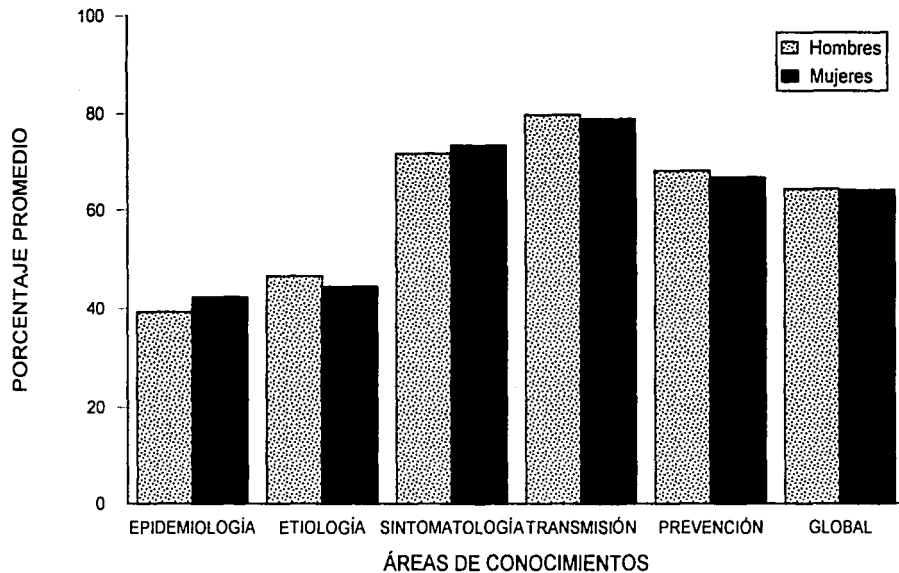
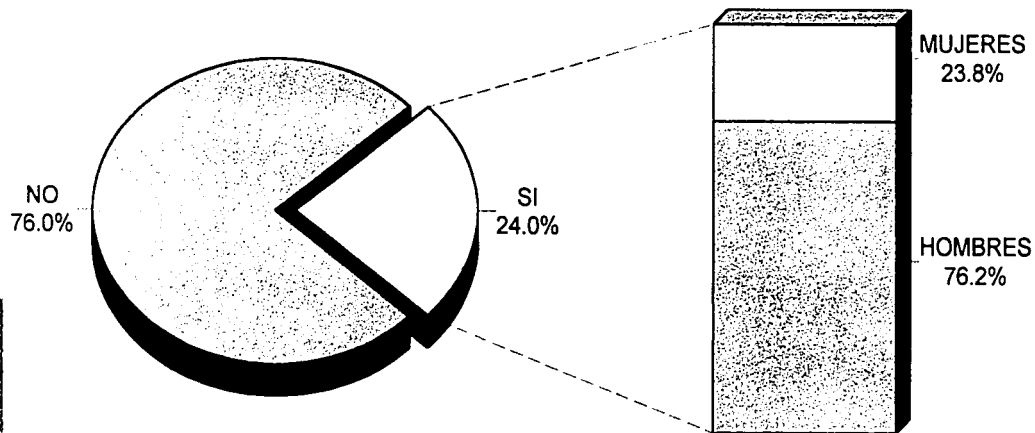


Figura 3. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA en cada área de conocimiento obtenido por los hombres y mujeres, incluyendo el porcentaje global.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEBUT SEXUAL

Por género



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 4. Porcentaje de estudiantes que han tenido y no han tenido relaciones sexuales, y porcentaje por género

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por debut sexual

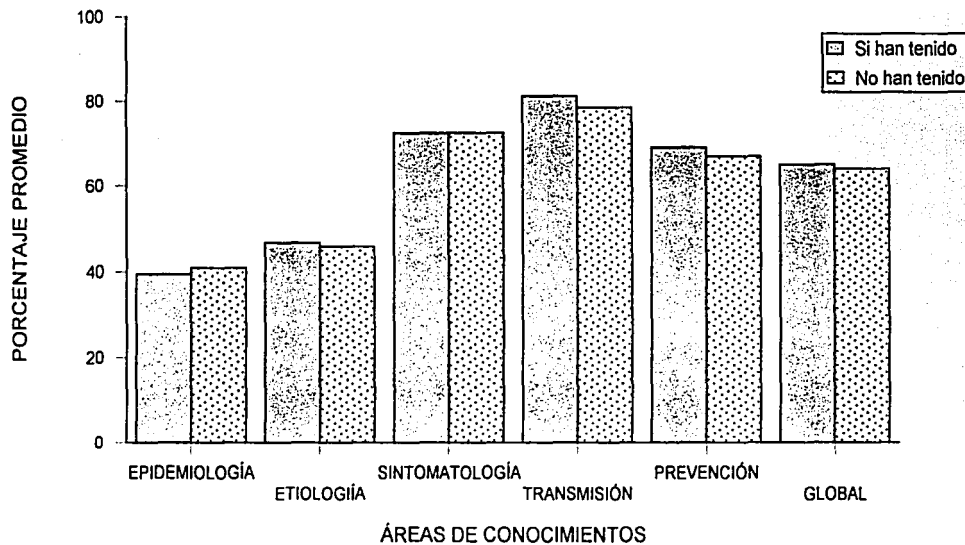


Figura 5. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por los estudiantes que han tenido y no han tenido su debut sexual.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA

Comparación por edad de inicio en el debut sexual

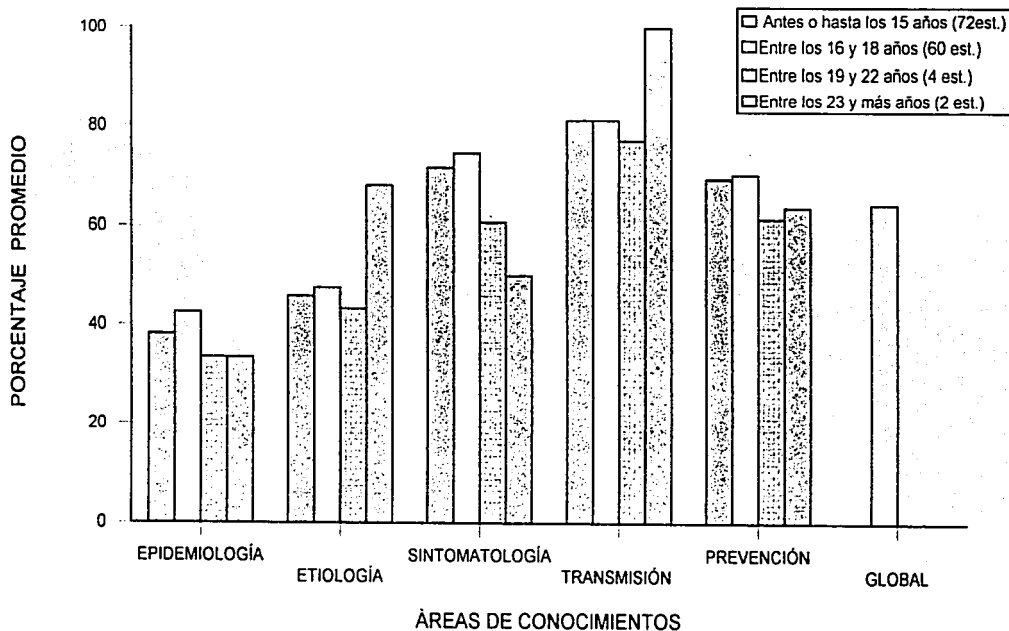


Figura 6. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH-SIDA por rangos de edad de los estudiantes que se han iniciado sexualmente. Los datos de parentesis indican el número de estudiantes en cada rango de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA

Comparación por edad de inicio en el debut sexual

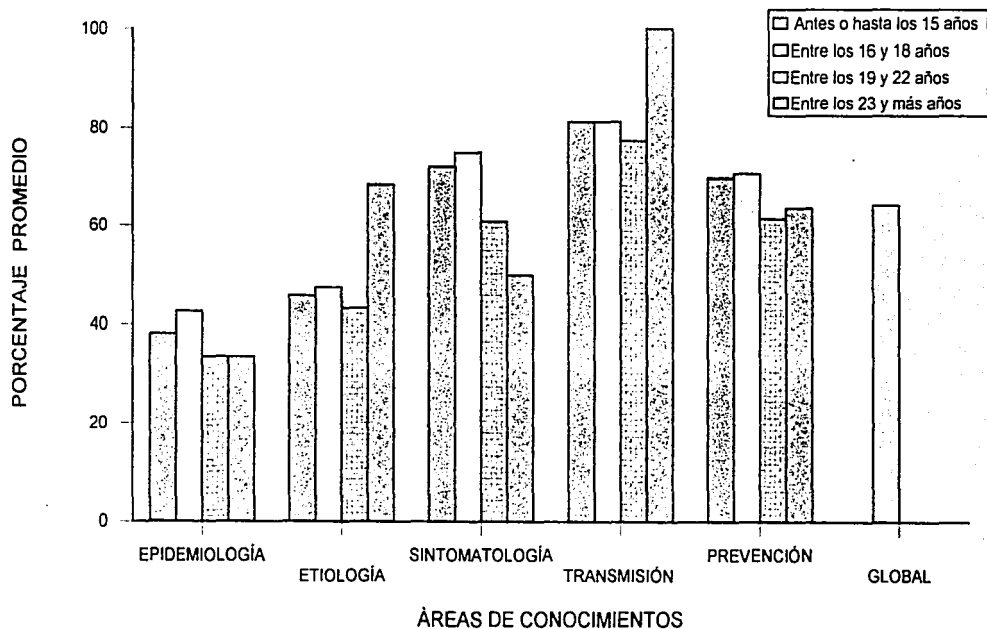


Figura 6. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH-SIDA por rangos de edad de los estudiantes que se han iniciado sexualmente.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Comparación por uso de protección

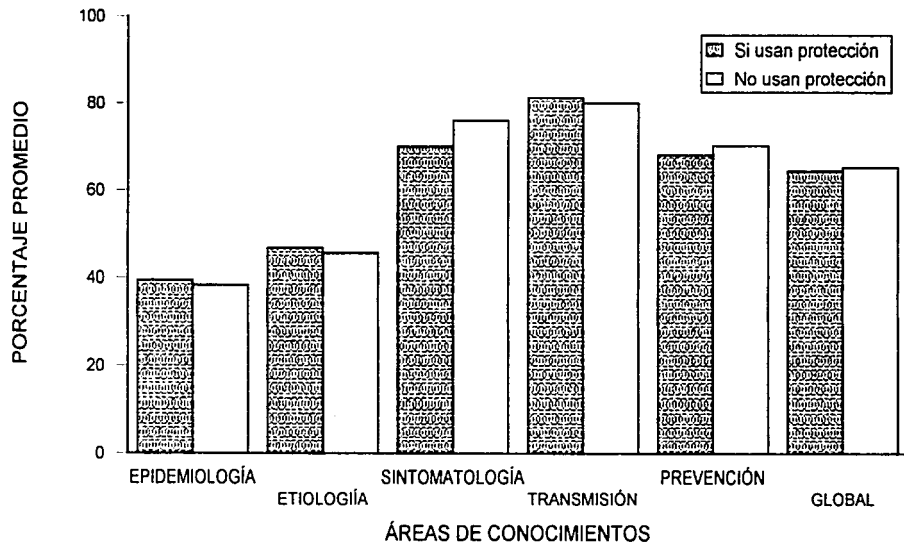


Figura 7. Porcentaje promedio de respuestas correctas acerca del VIH/SIDA obtenido por los estudiantes que usan y no usan protección.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

ÍNDICE DE DIFICULTAD

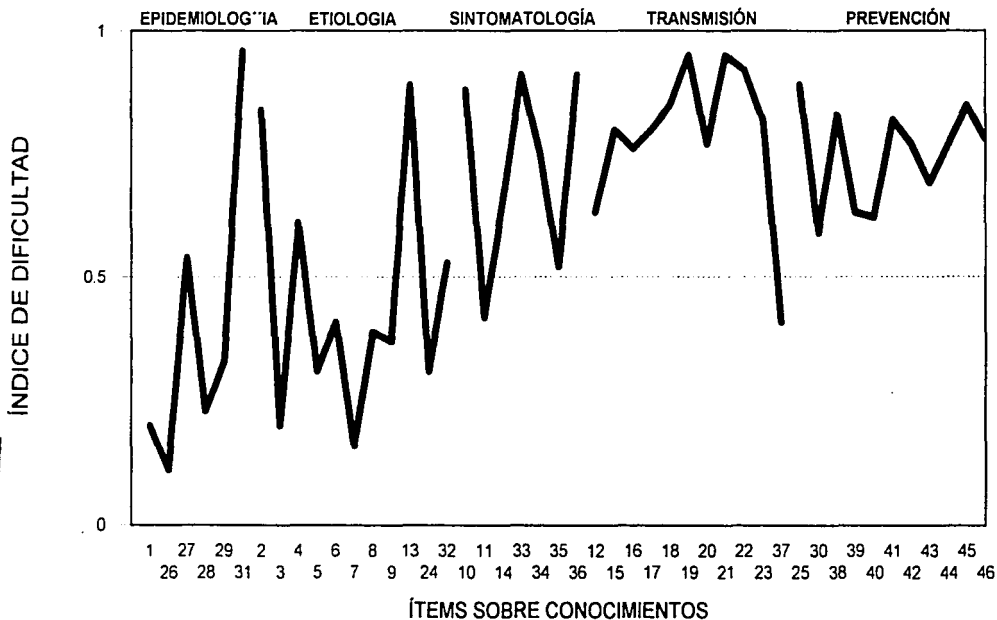


Figura 8. Índice de dificultad de cada reactivo por área de conocimiento acerca del VIH/SIDA.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

DEBUT SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES

Edad de inicio

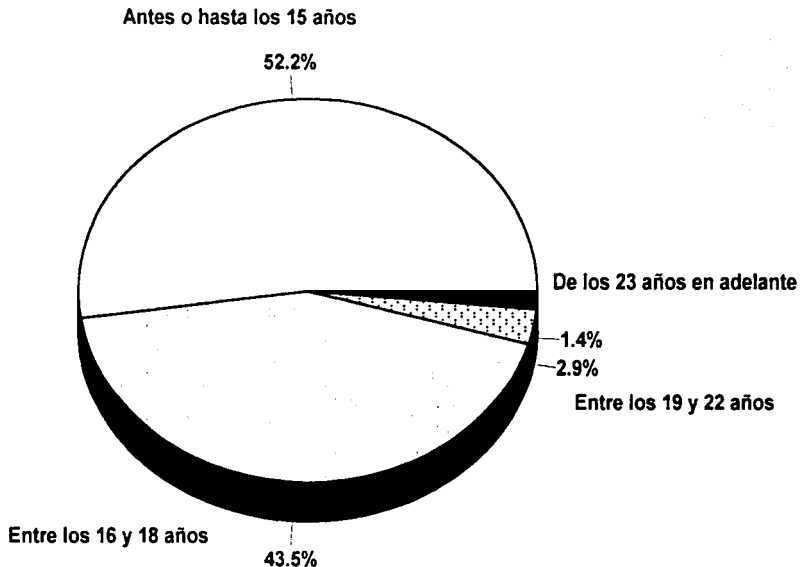


Figura 9. Porcentaje de estudiantes que tuvieron su debut sexual en diferentes rangos de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEBUT SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES

Comparación por género

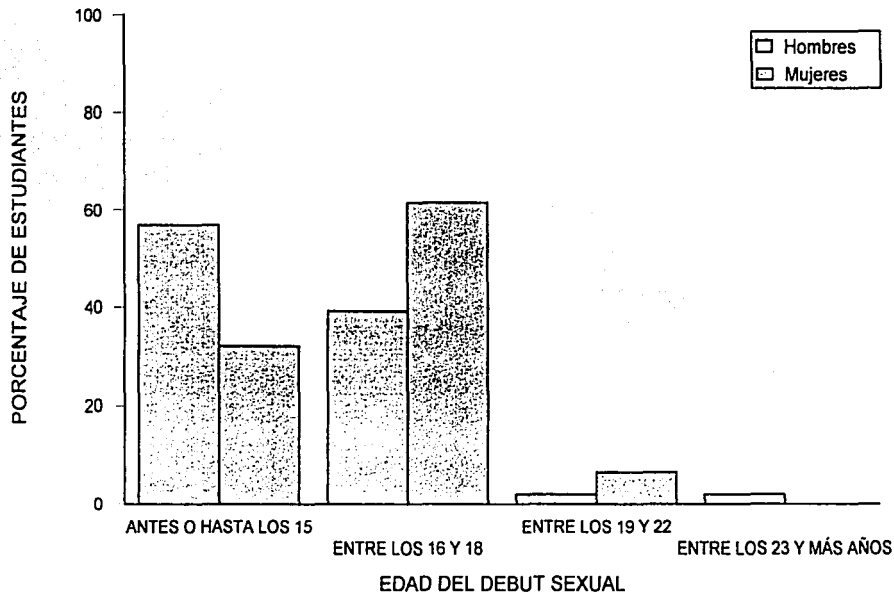


Figura 10. Edad de inicio del debut sexual en hombres y mujeres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTUDIANTES SEXUALMENTE ACTIVOS

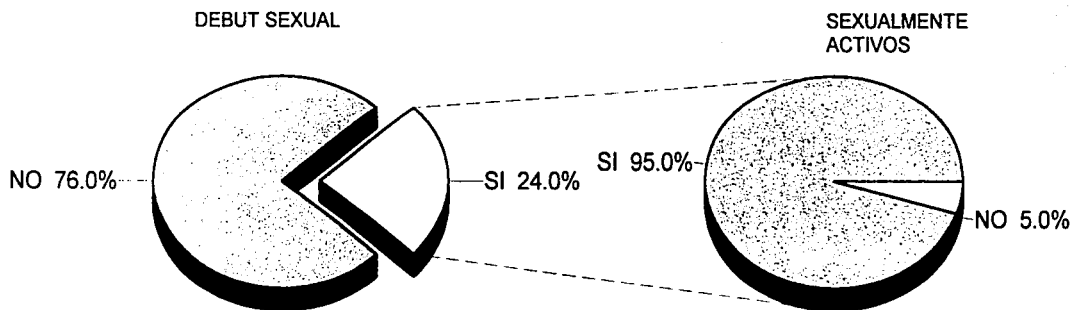


Figura 11. Porcentaje de estudiantes sexualmente activos al momento del estudio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA POR MES DE RELACIONES SEXUALES

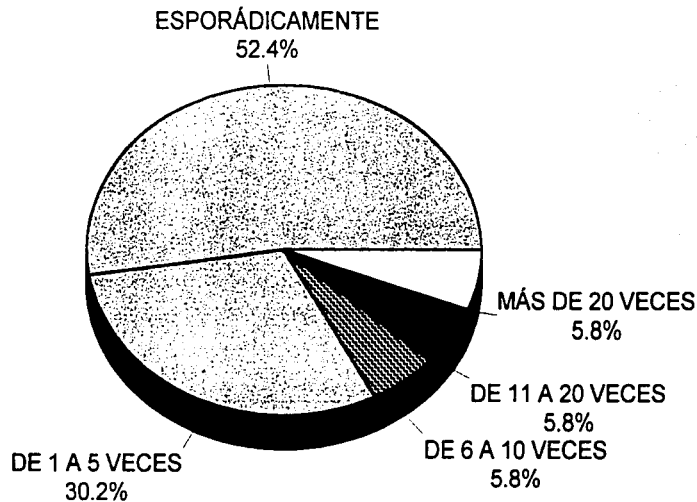
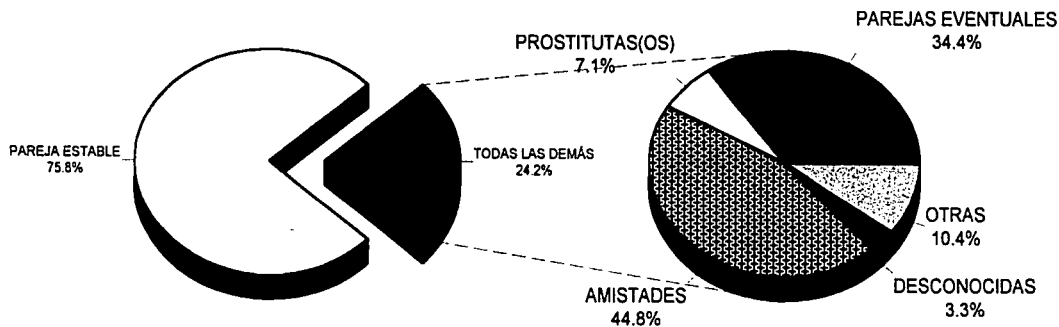


Figura 12. Frecuencia por mes de las relaciones sexuales en los estudiantes sexualmente activos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE PAREJA CON LA QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES



TESIS CON
VALOR DE ORIGEN

Figura 13. Tipo de pareja con la que tienen relaciones sexuales los estudiantes sexualmente activos.

USO DE PROTECCIÓN

Comparación por género

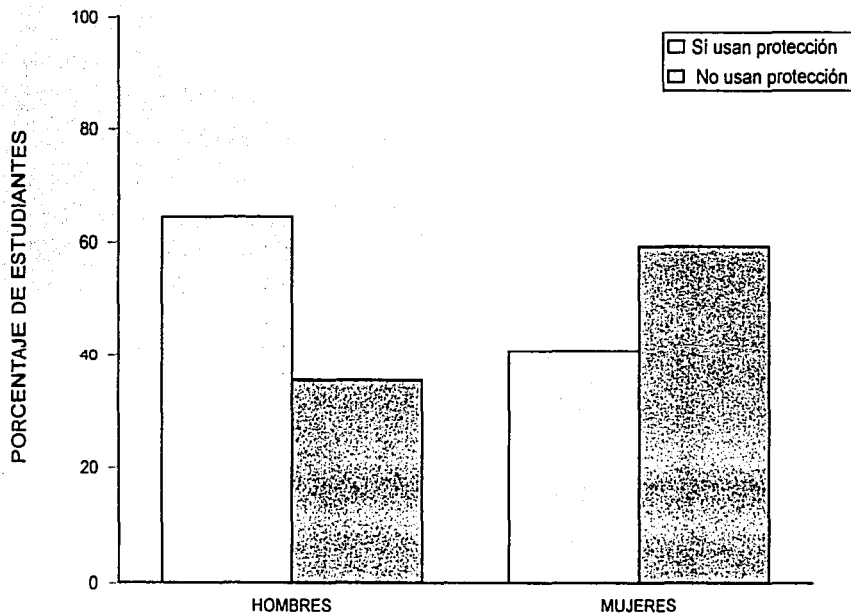


Figura 14. Porcentaje de estudiantes que usan y no usan protección en sus relaciones sexuales.

TESIS CON
MALLA DE ORIGEN

USO DE PROTECCIÓN

Comparación por rangos de edad

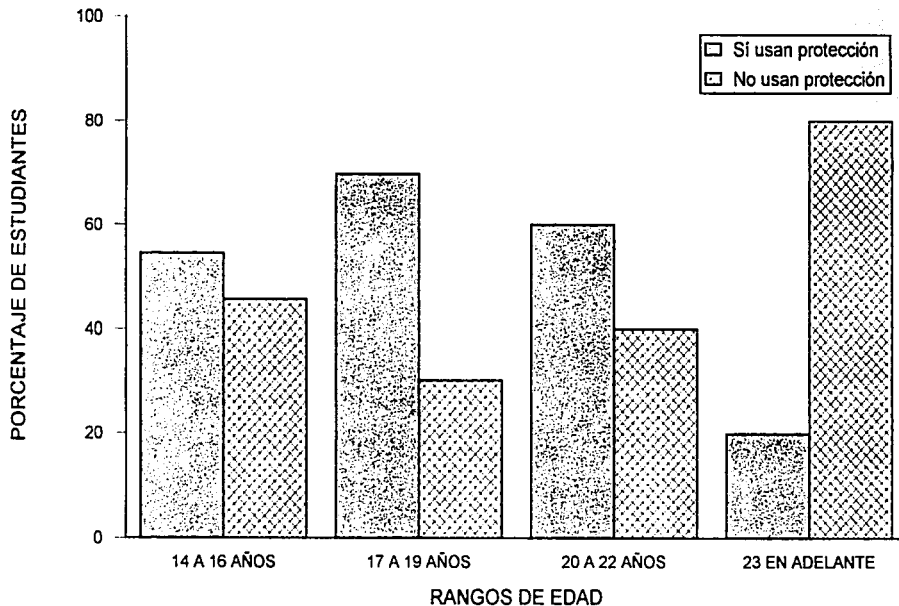


Figura 15. Porcentaje de estudiantes que usan y no usan protección en distintos rangos de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DEL USO DE PROTECCIÓN

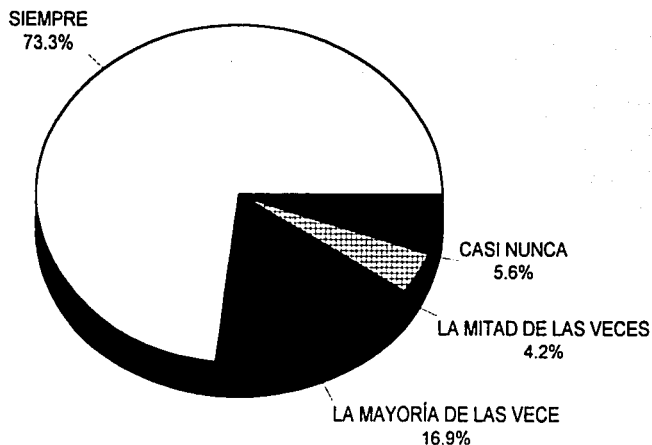


Figura 16. Frecuencia del uso de protección en todos los estudiantes que han tenido relaciones sexuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

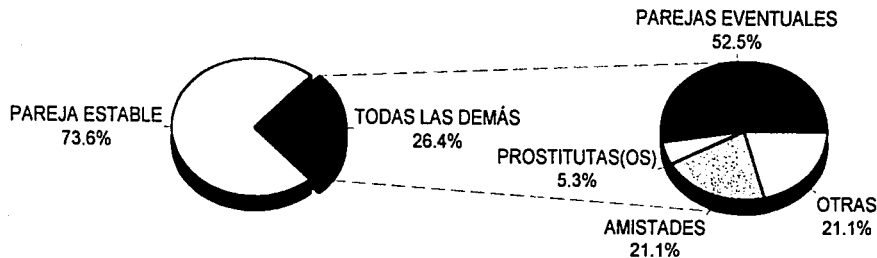


Figura 17. Tipo de pareja con la que usan protección los estudiantes.

CUÁNDO SE USA PROTECCIÓN AL TENER RELACIONES SEXUALES

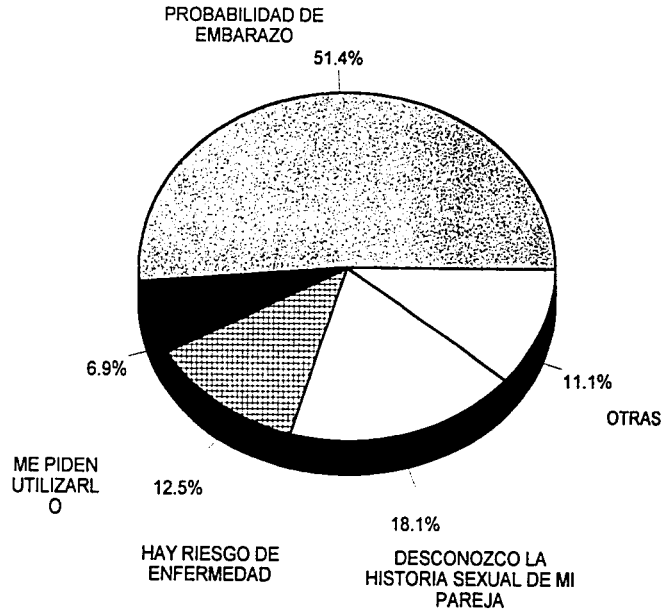


Figura 18. Razones por las que se usa protección.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INICIATIVA PARA USAR PROTECCIÓN

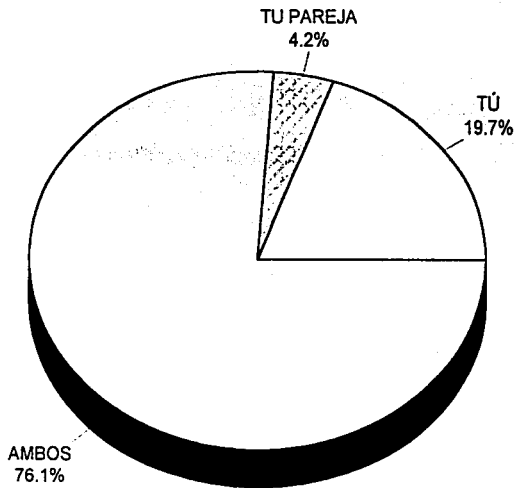
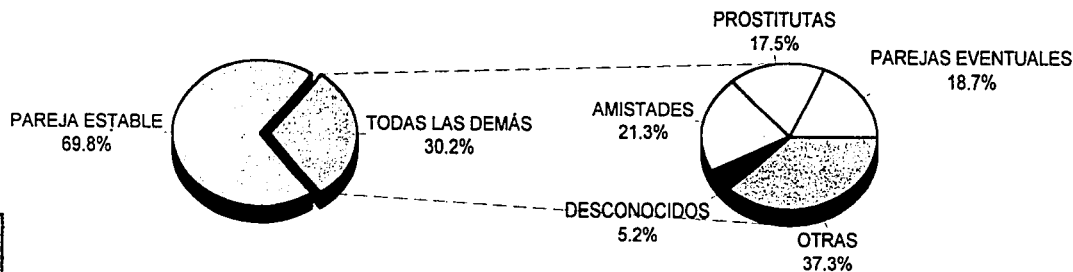


Figura 19. Quién toma la iniciativa para usar el condón durante las relaciones sexuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE PAREJA CON LA QUE NO SE USA PROTECCIÓN AL TENER RELACIONES SEXUALES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 20. Tipo de pareja con la que no utilizan protección los estudiantes.

CUÁNDO NO SE USA PROTECCIÓN AL TENER RELACIONES SEXUALES

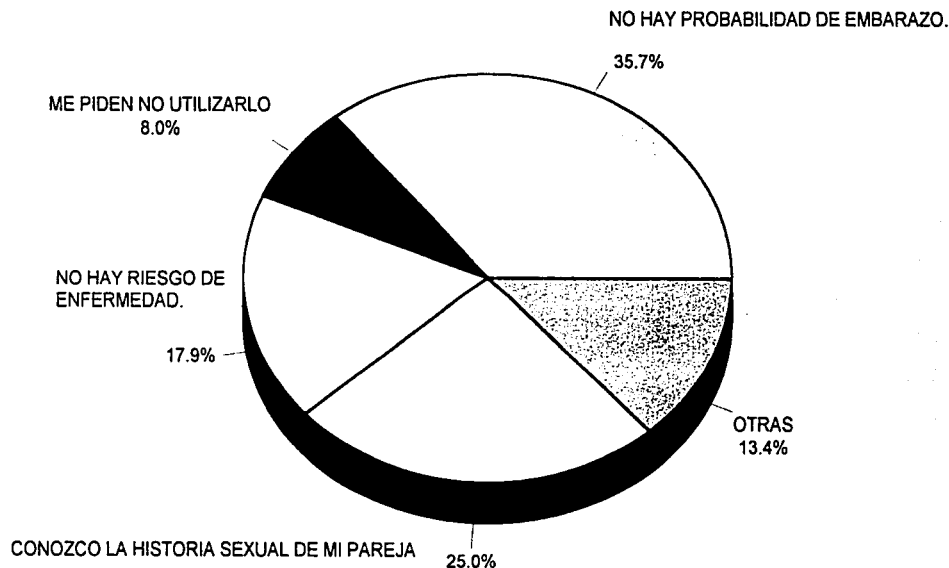


Figura 21. Razones por las que no se usa protección

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES PREVENTIVAS

Estudiantes que no han debutado sexualmente

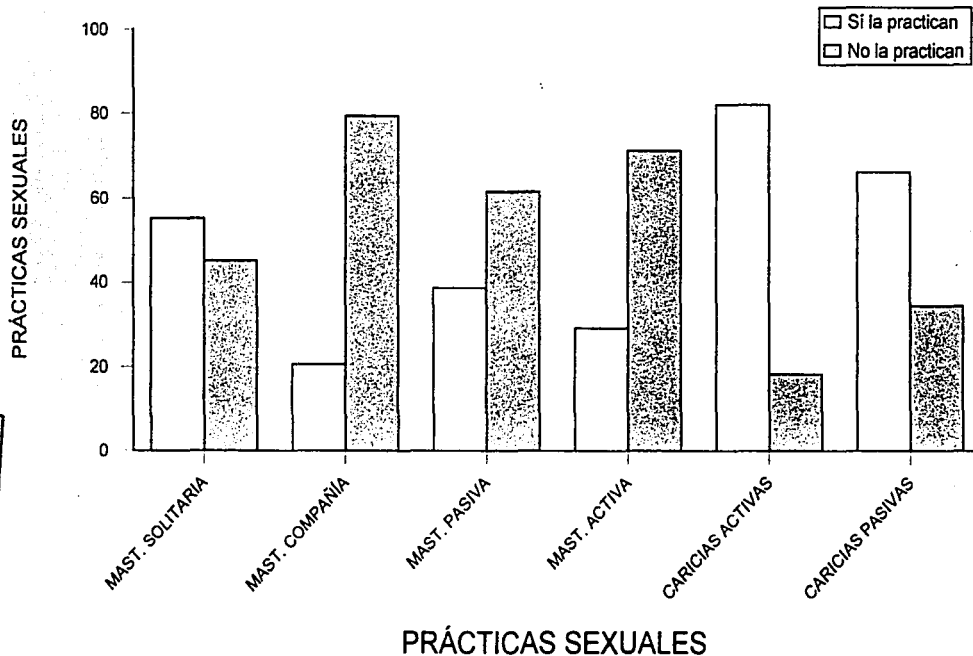


Figura 22. Porcentaje de estudiantes que no han debutado sexualmente y que llevan a cabo alguna de las prácticas sexuales preventivas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

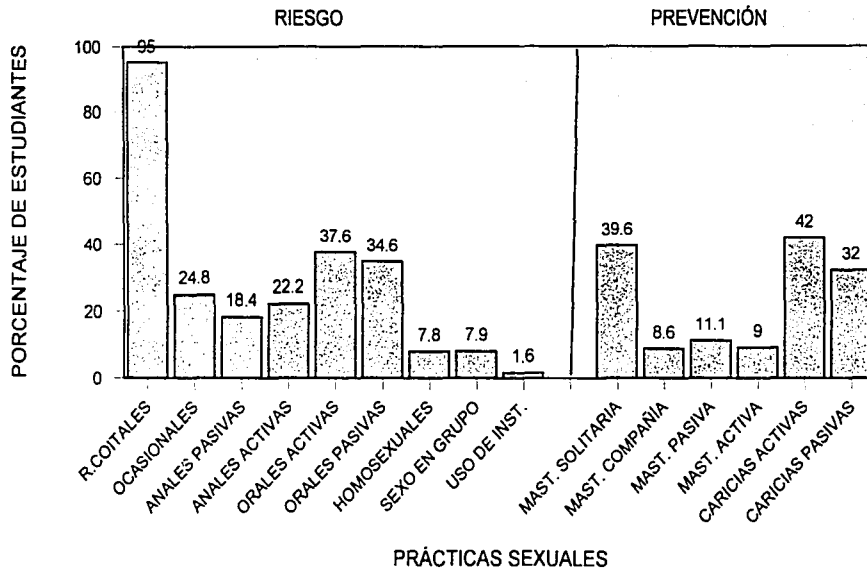


Figura 23. Porcentaje de estudiantes que han tenido cada una de las prácticas sexuales evaluadas.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

Comparación por género

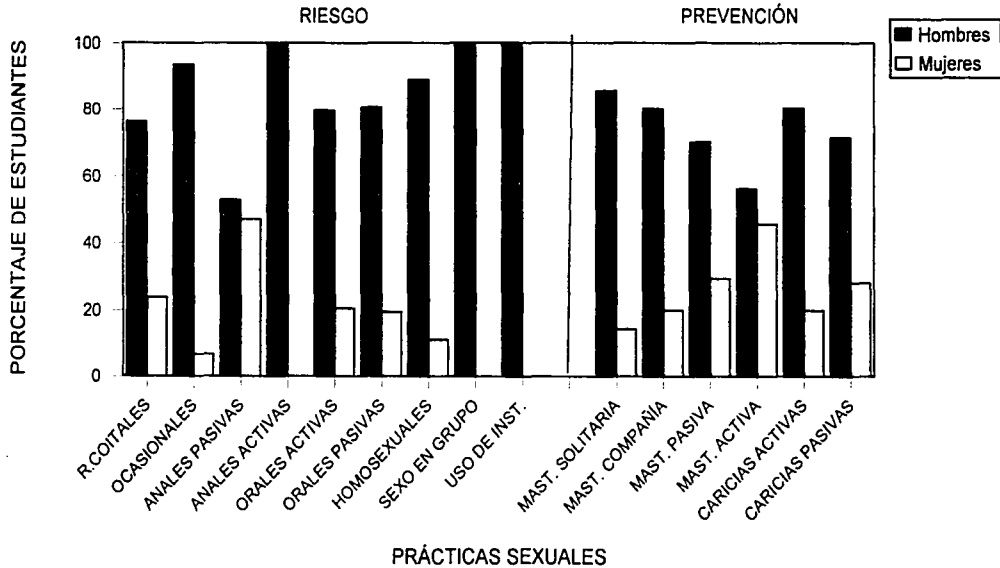


Figura 24. Porcentaje de hombres y mujeres que han realizado cada una de las prácticas sexuales evaluadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

Comparación por rangos de edad

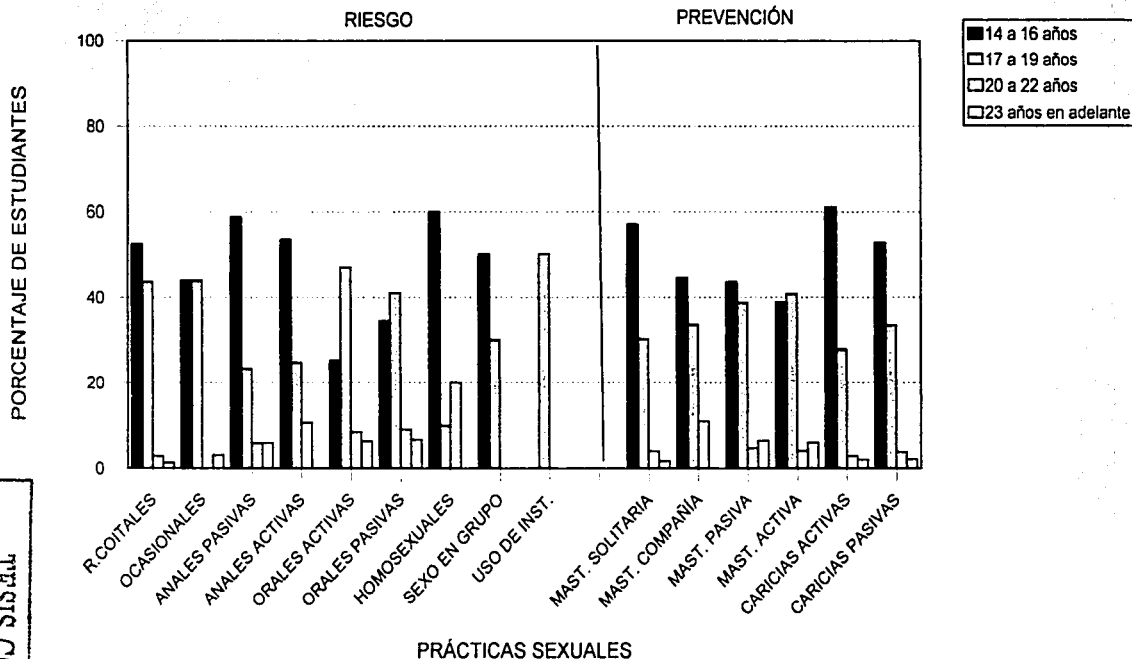


Figura 25. Porcentaje de estudiantes que realizan cada una de las prácticas sexuales por rangos de edad.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

Uso y no uso de protección

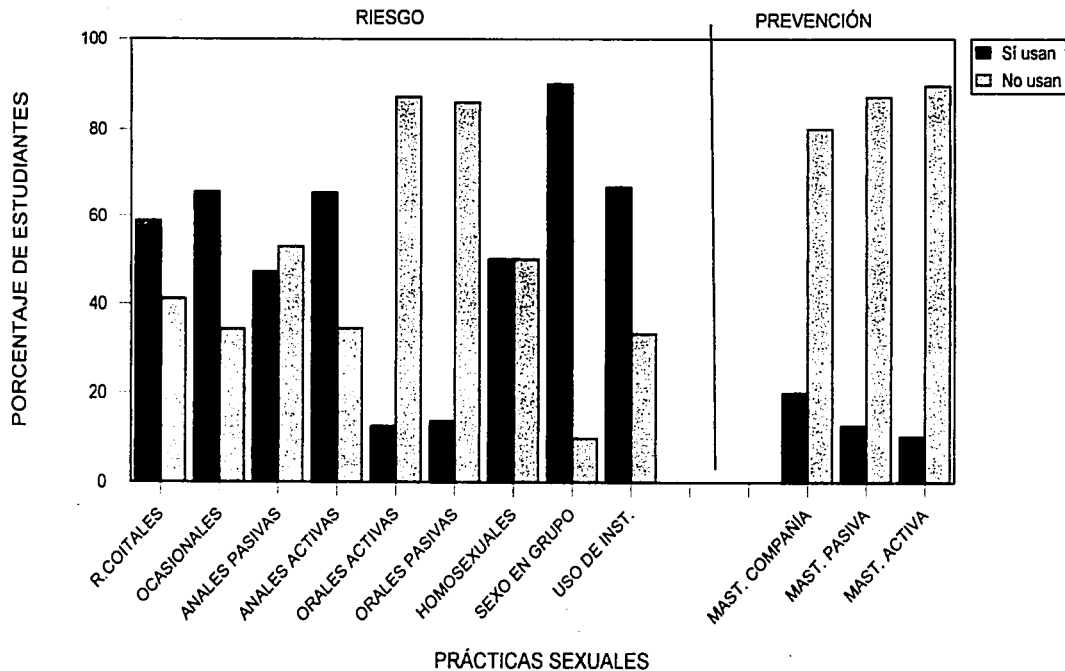
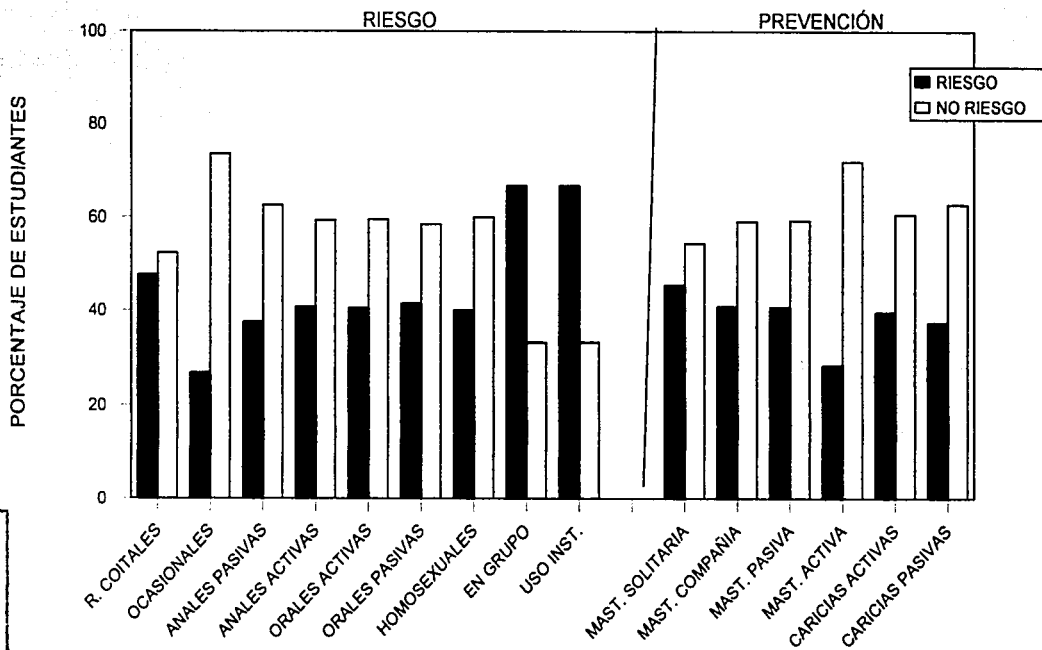


Figura 26. Porcentaje de estudiantes que usan y no usan protección en cada una de las prácticas sexuales evaluadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

Frecuencia



PRÁCTICAS SEXUALES

Figura 27. Porcentaje de estudiantes que se encuentran en riesgo o no en cada una de las prácticas sexuales, considerando el parámetro de frecuencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

TIPO DE PAREJA

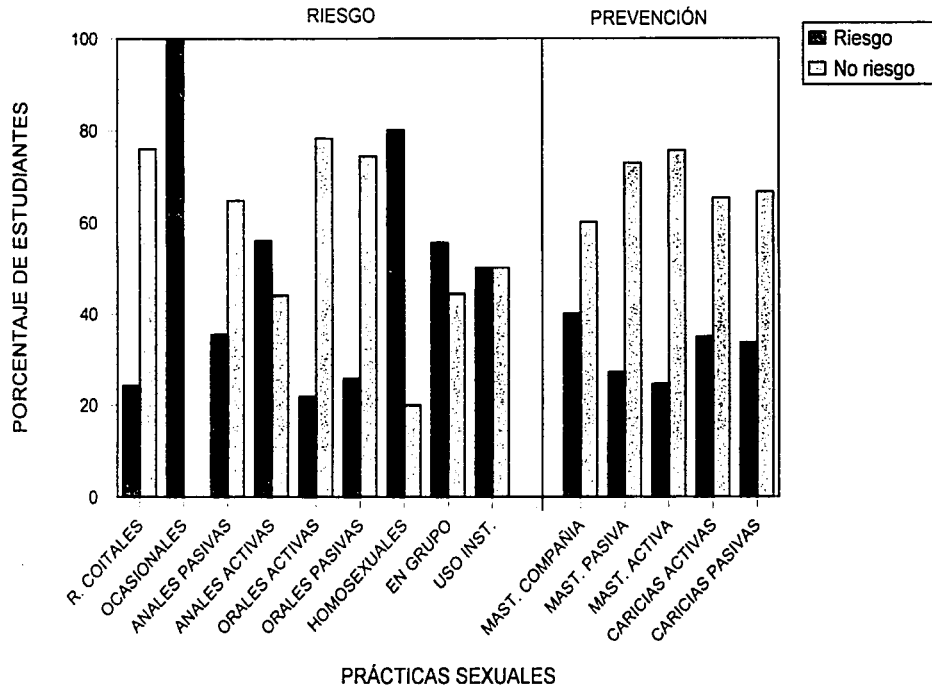


Figura 28. Porcentaje de estudiantes que están en riesgo o no riesgo en cada una de las prácticas sexuales por el tipo de pareja sexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

USO DEL CONDÓN

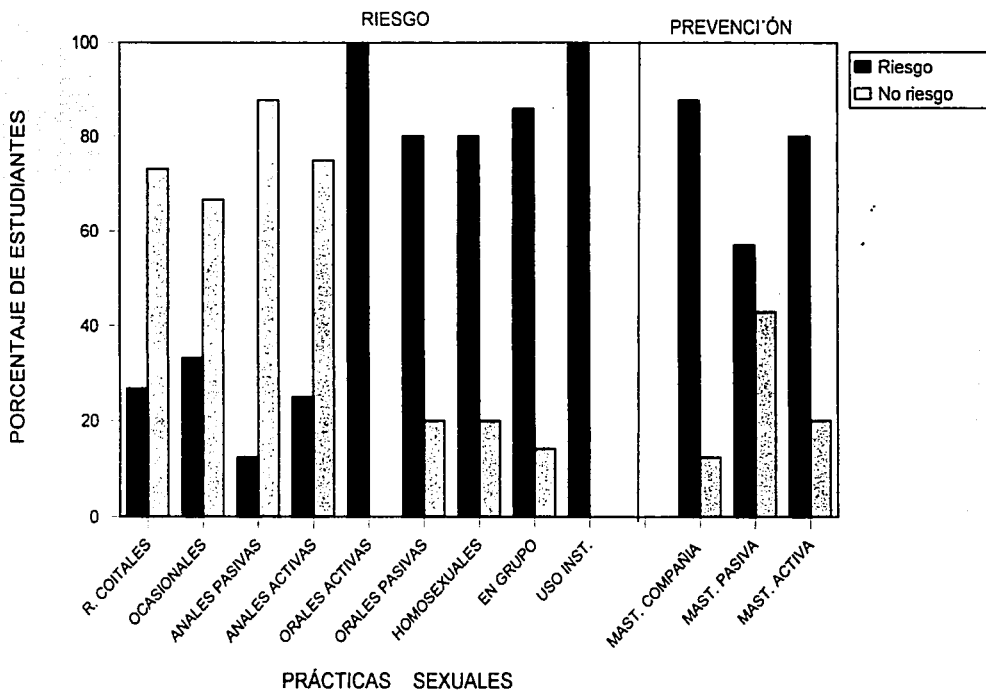


Figura 29. Porcentaje de estudiantes que están en riesgo o no riesgo en cada una de las prácticas sexuales, por la frecuencia del uso del condón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

TIPO DE PAREJA SEXUAL Y USO DE PROTECCIÓN

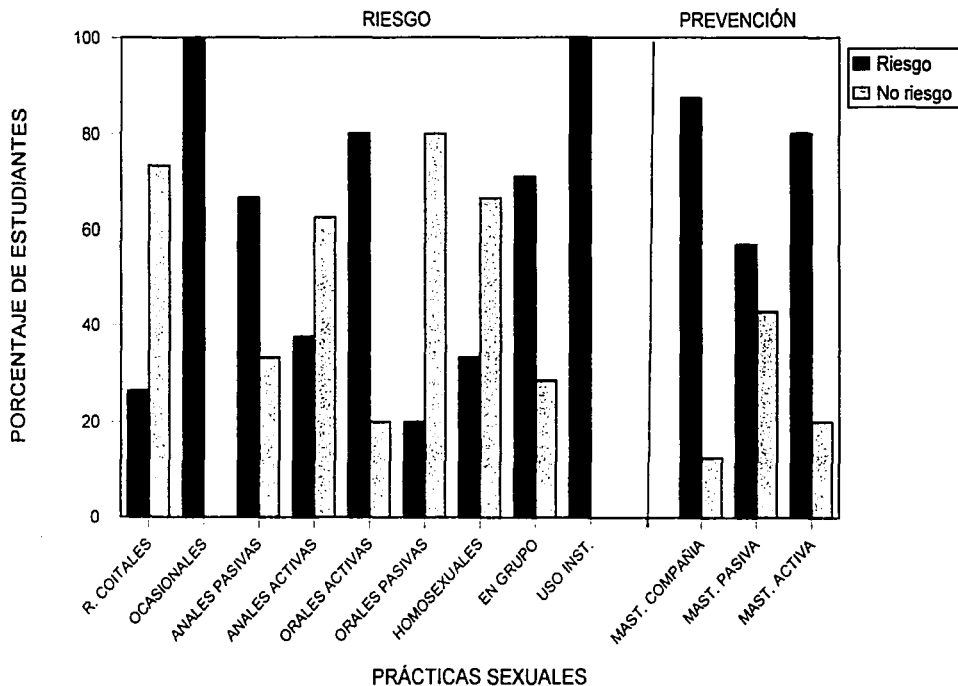


Figura 30. Porcentaje de estudiantes que están en riesgo o no en cada una de las prácticas, por el tipo de pareja sexual y uso de protección.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

Uso de protección

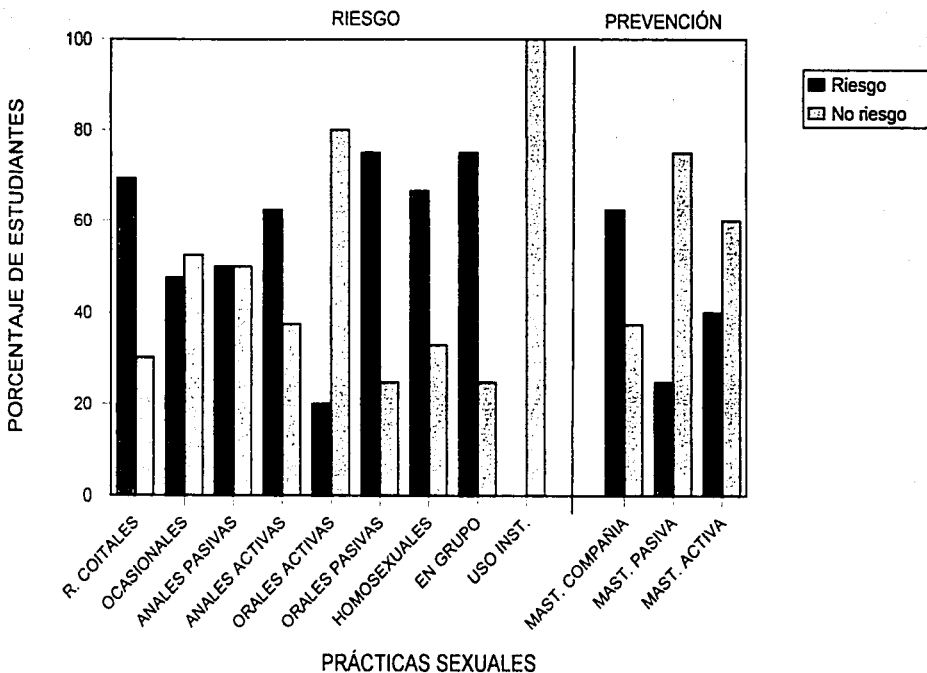


Figura 31. Porcentaje de estudiantes que usan protección en cada práctica sexual y que están en riesgo o no riesgo por las razones que tienen para usarlo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES INICIATIVA DEL USO DE PROTECCIÓN

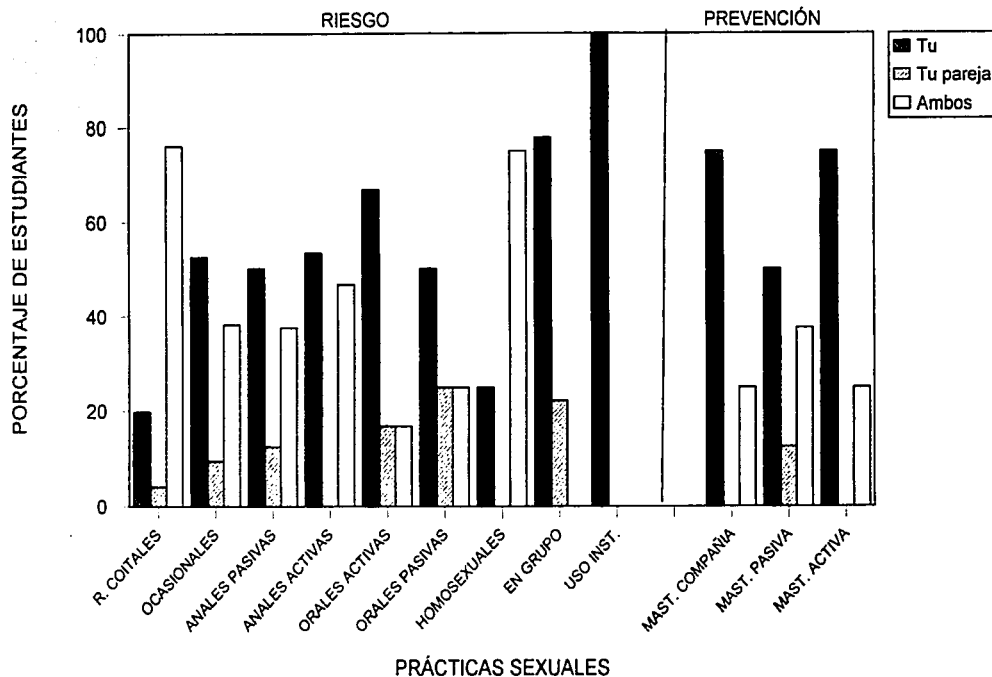


Figura 32. Inicitiva para el uso de proteccion al realizar cada una de las practicas sexuales evaluadas.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

PRÁCTICAS SEXUALES

TIPO DE PAREJA SEXUAL Y NO USO DE PROTECCIÓN

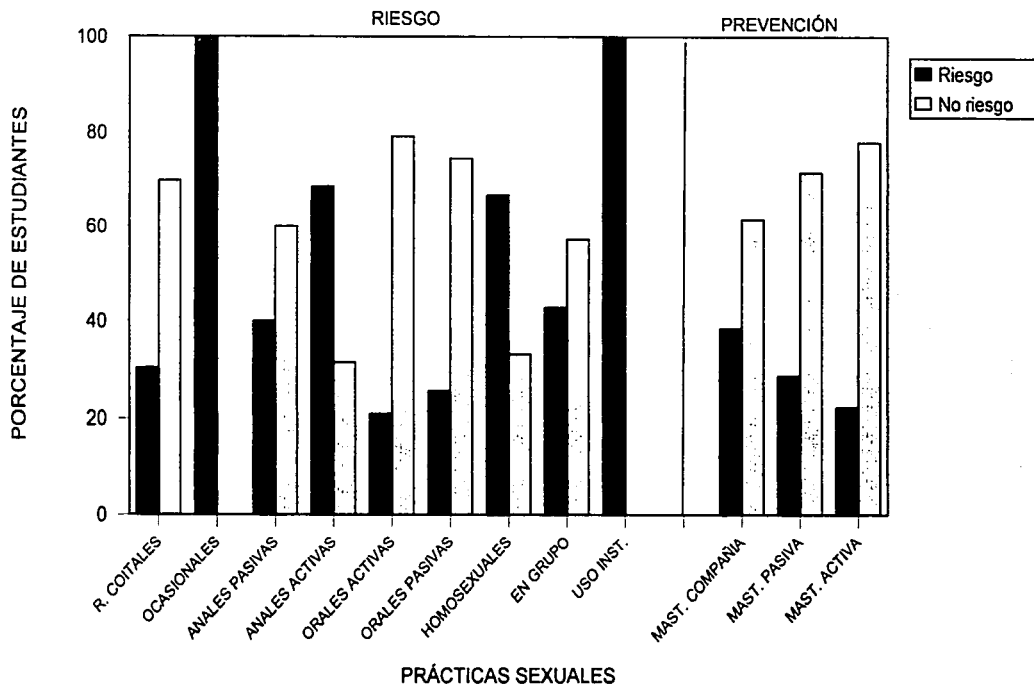


Figura 33. Porcentaje de estudiantes que están en riesgo o no, en cada una de las prácticas sexuales por el tipo de pareja sexual con la que no se usa protección.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

PRACTICAS SEXUALES

RAZONES DE NO USO DE PROTECCIÓN

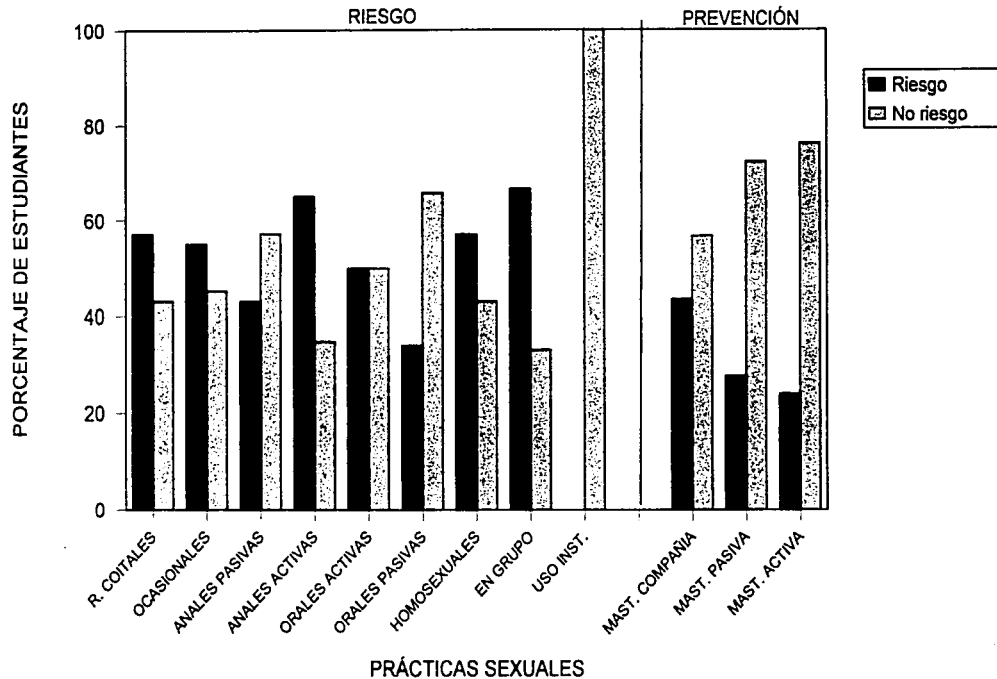


Figura 34. Porcentaje de estudiantes que están en riesgo o no por las razones que dan para no usar protección.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

COLOCACIÓN CORRECTA E INCORRECTA DEL CONDÓN

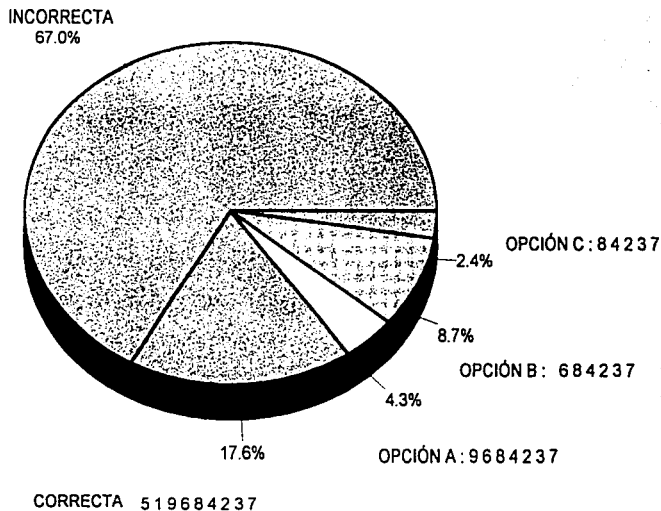


Figura 35. Porcentaje de estudiantes de toda la muestra que respondieron de manera correcta (considerando sus opciones) e incorrecta a la secuencia de colocación del condón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

175-A

Referencias

- Aberastury, A. (1993). El adolescente y su entorno. *Estrategias de capacitación sobre salud sexual y reproductiva del adolescente*. México: CONAPO.
- AjduKovic, D. & AjduKovic, M. (1991). University students and AIDS; Knowledge, attitudes and behavior adjustment. *Psychological Reports*, 69, 203-210.
- Alfaro, M. L. & Díaz, L. R. (1994). Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. *Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México*, 5, 636-641.
- Alfaro, M.L., Rivera, A. S. & Díaz, L. R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. *Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México*, 5, 95-101.
- Auvelius, S. (1991). Cultura y Sexualidad. *Educación sexual; experiencias y desafíos*, Chile: Paesmi.
- Azuela de la Cueva, R. (1989). Maestro y alumno adolescente: Mitos y realidades de su encuentro. *Cero en conducta* 16, 147-161.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV infection. En R.J. DiClemente & J.L. Petersen (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 21-57). New York: Plenum Press.
- Bayés, R. (1992a). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 35-56..
- Bayés, R. (1992b). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 0, 33-50.
- Becker, M. & Joseph, G. J. (1988). AIDS and behavioral change to reduce risk. A review. *American Journal of Public Health*, 78 (4), 394-409.
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. (1995). Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud. *Revista de Psicología Contemporánea*, 2 (1), 4-15.
- Bernal, A. B. & Hernández, T.G. (1997). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS); Otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH-SIDA. *ETS/SIDA*, 3 (3), 63-67.

- Bimbela, P.J. & Gómez, C.G. (1994). SIDA y Comportamientos preventivos: El Modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 151-157.
- Bond, S. (1989.). Conocimiento del público sobre el SIDA en el Brasil, La Republica Dominicana, Haití y México. *SIDA: Perfil de una epidemia* (514, pp. 127-139), Washington, DC. EUA. : Organización Panamericana de la Salud.
- Briones, G. (1995). *Métodos y técnicas de la investigación para las ciencias sociales*. México: Trillas.
- Bustos, R.O. (1994). La formación del género; el impacto de la socialización a través de la educación. *Estrategias de capacitación sobre salud sexual y reproductiva del adolescente*. México: CONAPO.
- Caballero, H.R. & Villaseñor, S.A. (1996). Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un barrio marginado. *Salud Pública en México*, 38 (4), 276-279.
- Cáceres, C.F., Rosasco, A. M., Muñoz, S., Gotuzzo, E., Mandel., J. & Hearst, N. (1992). Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuelas secundarias en Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 109-122.
- Carpio, F. F., Bracho, A., & Anderson, L. (1992). El programa "Comida para el pensamiento" ; un enfoque participativo en la prevención del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 137-156.
- Castañeda, X., Allen, B. & Castañeda, I. (1996). Migration, virginity and sexual initiation: Factors asociated with STD/AIDS risk perception among wral adolescents in México. *SIDA/ETS*, 2 (3), 110-111.
- Catania, J., Kegeles, S. & Coates, T. (1990). Toward an understanding of high risk behavior: An AIDS risk reductions model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- Coates, T.J. (1992). Prevención del SIDA: Logros y Prioridades. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 17-33.
- Cohen, F. (1994). Etiología y epidemiología de la infección VIH y del SIDA. En J. D. Durham & F. Cohen (Eds.). *Pacientes con SIDA* (pp.1-27). México: Manual moderno.
- Cohen, M.S. & Miller, W. C. (1998). Sexually, transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection: cause, effect, or both?. *International Journal of infections diseases*, 3 (1), 1-4.

- Corona, E. (1991). Una ética para la nueva sexualidad Población y futuro. *Estrategias de capacitación sobre salud sexual y reproductiva del adolescente*. México: CONAPO.
- CONASIDA (1991). Adolescencia y SIDA. *Gaceta CONASIDA*, 4 (2), 6-8.
- CONASIDA (1999a). Datos estadísticos. Informe publicado por CONASIDA vía Internet <http://www.aids-sida.org/estadística.html>
- CONASIDA (1999b). Información epidemiológica. Informe publicado por CONASIDA vía internet <http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadística/1999/trim4.html>
- Chávez, P. F. (1990, 5 abril). SIDA en México: situación y perspectivas. *Revista Tiempo*, 94, 2501, 7-9.
- Daniels, G.V. (1988). *SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. México: El Manual Moderno.
- Del Rio, C. & Uribe, P. (1993). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. *Salud Pública en México*, 35 (5), 513-515.
- Díaz, R. & Alfaro, L. (1995). Factores psicosociales relacionados con el contagio del VIH en estudiantes de preparatoria. *Revista Interamericana de Psicología*, 29 (2), 215-226.
- Díaz, R. & Rivera, S. (1992). Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*, 2 (1), 27-39.
- DiClemente, R.J., Boyer, Ch. & Morales, E. (1988) Minorities and AIDS: Knowledge, attitudes and misconceptions among black and latino adolescents. *American Journal of Public Health*, 78 (1), 55-57.
- Durán, G., Becerra, J. & Torrejón, M. (1991). El proceso salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. *Psicología y Salud*, 3, 101-111.
- Edwards, S. & Carne, C. (1998). Oral sex and the transmission of viral STIs. *Sexually Transmitted Infections*, 74 (1), 6-10.
- Figuroa, V.L. (1994a). Adolescencia y SIDA: un estudio exploratorio. *Revista Psicología y Salud*, 4, 19-27.
- Figuroa, V.L. (1994b). Los educadores ante la prevención del SIDA: un estudio exploratorio en una zona urbana. *Revista Psicología y Salud*, 3, 29-35.

- Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6 (1-2), 1-16.
- Flores, M.G. & Díaz, R. (1992a) Actitudes hacia la vida, muerte y SIDA. *Revista Psicología Social y Personalidad*, 7 (2), 11-20.
- Flores, M.G. & Díaz, R. (1992b). Actitudes hacia la salud, enfermedad y SIDA. *Revista Psicología Social en México*, 4, 83-88.
- Florenzano U. R. (1991). Etapas de la evolución adolescente: enfoque psicosocial en educación sexual. *Estrategias de capacitación sobre salud sexual y reproductiva del adolescente*. México: CONAPO.
- García, B. J., Figueroa, P., Reyes, Z., Brindis, C. & Pérez P. (1993). Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. *Salud Pública en México*, 35 (5-6), 682-691.
- García, M.L. (1996a). El SIDA, problema político y científico: Luc Montagnier. *Investigación Hoy, IPN*, 72, 48-54.
- García, M.L. ((1996b). El SIDA, tercera causa de muerte entre 25 y 34 años; *Investigación Hoy, IPN*, 72, 55-58.
- Health Oakland Teens Project (HOT). Proyecto educativo publicado por Center for AIDS Prevention Studies via Internet <http://www.caps.ucsf.edu/capsweb/hotindex.html>
- Hernández, R. (1995). Sexualidad en la adolescencia. *Educación para la salud y mejoramiento del ambiente escolar*. Secretaría de Educación Pública. Unidad de Servicios Educativos, 7-26.
- Higashida, H.B. (1995). La salud del individuo y de la comunidad. *Educación para la salud*. México: McGraw Hill-Interamericana.
- Hingson, R.W., Strunin, L., Berlin, B.M. & Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal Public Health*, 80 (3), 295-299.
- Hingson, R.W. & Strunnin, L. (1994). Monitoring adolescents response to the AIDS epidemic: Change in Knowledge, attitudes, belief, and behaviors. En R. J. DiClemente (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy* (17-33), EUA.: Sage Publications.
- Huerta, R., Díaz de León, J. & Malacara, J.M. (1996) Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. *Adolescence*. 31 (121), 179-191.

- Ibáñez, B. (1996). Actividad sexual, prácticas anticonceptivas y actitudes hacia la planificación familiar en estudiantes universitarios. *Enseñanza e investigación psicológica*, 1 (1), 30-41
- Jennings, C. (1995). *Understanding and Preventing AIDS*, Bogota, Colombia: Norma.
- Kegeles, S., Adler, N.E., & Irwing, C. (1988). Sexuality active adolescents and condoms: Changes over one year in knowledge, attitudes and use. *American Journal of Public Health*, 78 (4), 460-461.
- Kelinger, F.N. (1999). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill.
- Kibrik, S. (1988) The adolescents and education. Introductory remarks. En F.S. Raymond & A. J. Nahmias (Eds.), *AIDS in children, adolescents and heterosexual adults* (323-324),. EUA: Elsevier Science Publishing.
- Knobel, M. (1993). El síndrome de la adolescencia normal. *El adolescente y su entorno* (2, 26-62), México: CONAPO y Asociación Mexicana de Educación Sexual.
- Leigh, C., Schafer J, & Temple, T. (1995). Alcohol use and contraception in first sexual. *Journal of behavioral medicine*, 18 (1), 81-94.
- Levy, J.A. (1994). Factores virales e inmunológicos en la infección por VIH,. En A. Sande Merle & A. Paul Volberding (Eds), *Manejo médico del SIDA* (18-33). México: Interamericana.
- Loewestein, G. & Furstenberg, F. (1991). Is teenage sexual behavior rational. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (12), 957-986.
- Londoño, E. (1993). La familia y la educación sexual. *Prácticas de la libertad en sexualidad y derechos reproductivos*. Cali, Colombia: Feriva Lida.
- López, M.A., Villagrán, V.G. & Díaz, R. (1994).. Percpección de riesgo, atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA. *Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México*, 5, 594-600.
- Lunin, J., Hall, T.L, Mandel, J.S., Kay, J. & Hearts, N. (1995). Adolescent sexuality in Saint Petersburg, Russia. *AIDS*, 9 (1), 553- 560.
- Magaña, J.R., Batista, J., Pinto, F., Blair, M. & Mata, A. (1992). Una pedagogía de concientización para la prevención del VIH-SIDA. *Revista Latinoamericana de psicología*. 24 (1-2), 97-108.
- Martínez, Y., Villagrán, G., & Díaz, R. (1992). Medios de comunicación masiva y conocimientos sobre el SIDA. *Asociación Mexicana de Psicología Social. La Psicología Social en México*, 4, 115-121.

- Matarazzo, J.D. (1994). Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. *Psicología Contemporánea*, 2 (1), 16-29.
- Maticka, E. T., Elkins, D., Haswell, E., Rujkarakom, D., Kuyyakanond, T., & Stam, K. (1997). Context and patterns of men's commercial sexual partnerships in northeastern Thailand; Implications for AIDS prevention. *Social Scientific Medical*, 44 (2), 199-213.
- McEwan, R. T., McCallum, A., Bhopal, R.S. & Madhok, R. (1992). Sex and risk of HIV infection: the role of alcohol. *British Journal of Addiction*, 87 (4), 577-584.
- Micher, C.J., & Silva, B.J. (1997). Niveles de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la Universidad Autónoma de México, UNAM. *SIDA/ETS*, 3 (3), 68-72.
- Miret, M., Rodes, A., Valverde, G., Gelf, M. & Casabona, J. (1997). Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana: estudiantes adolescentes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 11 (2), 66-73.
- Mondragón, C. H. (1999). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA. México, Distribuidora Bibliográfica Médica (BIBLIOMED).
- Morton, M., Nelson, L., Walsh, C., Zimmerman, S. & Coe, R.M. (1996). Evaluation of a HIV/AIDS education program for adolescents. *Journal of community health*, 21 (1), 23-25
- Moscoso, M.R., Rodríguez, F.L., Parrilla, Y., Robles, R. & Colon, H. (1997). HIV/AIDS risk factors among adolescent students in Puerto Rico. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*. 89 (7-9), 140-145.
- Muss, R.E. (1991). Problemas contemporáneos de la adolescencia. *Teorías de la adolescencia*. México:Paidós.
- Odrizola, U.A. & Ibáñez, B.B. (1992). Actitudes y conducta sexual en estudiantes universitarios. Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología social en México*, 4, 123-132..
- OMS (1978). Atención primaria a la salud. Alma Ata, *Salud para todos No.1*. URSS: OMS,UNICEF.
- ONUSIDA (1999a). Los jóvenes bajo la amenaza del SIDA. Ginebra 22 de abril de 1998. Informe publicado por CONASIDA vía Internet <http://www.ssa.gob.mx/conasida>
- ONUSIDA (1999b). Campaña Mundial contra el SIDA con los niños y jóvenes. Desafíos para América Latina y el Caribe vía Internet <http://www.unaids.org>.

- ONUSIDA (2000). Men and AIDS - a gendered approach. 2000 World AIDS Campaign. vía internet http://www.unaids.org/wic/2000/vac_mene.doc.
- Ortiz, A. (1990). Adolescencia: Fenómeno psicocultural. *Salud, Sexualidad y Adolescencia*. México: Editorial Pax-México.
- Oswalt, R. y Matsen, K. (1993). Sex, AIDS and the use of condoms: a survey of compliance in college students. *Psychological Reports*, 72 (3), 764-766.
- Petersen, A., Leffert, N. and Graham, L. (1995). Adolescent development and the emergence of sexuality. *Suicide and life-threatening behavior*, 25, 4-17.
- Pick de Weiss, S., Díaz, L.R., & Andrade P. P. (1988). Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad que han tenido y no han tenido relaciones sexuales. *Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México*, 2, 312-320.
- Piña, J.A. (1988). El papel de la psicología en la prevención del SIDA: El trabajo comunitario. *Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México*, 2, 291-296.
- Piña, J.A., Márquez, I. & Vera, N. (1993). Qué investigar sobre SIDA desde la perspectiva conductual: Impacto para el diseño de programas preventivos. *Psicología y Salud*. 2, 63-68.
- Powel, M.L. (1992). *La psicología de la adolescencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pratt, R.J. (1987). *SIDA, Implicaciones en enfermería*. Head of departament of continuing education, Barcelona: Ediciones Doyma.
- Preciado, J. & Montesinos, L. (1992). El SIDA: Desafios para la psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 177-187.
- Prince, A. & Bernard, A.L. (1998). Sexual behaviors and safer sex practices of college students on a commuter campus. *Journal of American College Health*, 47 (1), 11-21.
- Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA). (1994). Cuadernos de orientación pedagógica para docentes. Secretaría de Educación Pública: Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal.
- Quirk, A., Rhodes, T. & Stimson, G.V. (1998). Unsafe protected sex: qualitative insights on measure of sexual risk. *AIDS Care*, 10 (1), 105-114.

- Ramos, L., Díaz, R., Saldivar, G. & Martínez, Y. (1992). Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 15 (4), 12-20.
- Rapport, L. (1993). La personalidad del adolescente. *El adolescente y su entorno*. México: CONAPO y Asociación Mexicana de Educación Sexual.
- Reyes L. I. (1990). Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios. *Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México*, 3, 316-319.
- Richardson, D. (1990). ¿Qué es el SIDA?. *La mujer y el SIDA*. México: El Manual Moderno.
- Rico, B., Bronfman, M., & Del Rio C. (1995). Las campañas contra el SIDA en México: "Los sonidos del silencio". *Salud Pública de México*, 37 (6), 643-653.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Robles, S. (1999). *Evaluación de conocimientos y prácticas sexuales relacionadas con el VIH/SIDA en estudiantes universitarios*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Estudios Superiores, ENEP-Iztacala. Estado de México, México.
- Rodríguez, C., Moreno, R.D., Robles, M.S. & Díaz González. (en prensa). *El SIDA desde el modelo psicológico de salud biológica*.
- Rosenthal, D. A., Smith, A. M., Reichler, H. & Moore, S. (1996). Changes in heterosexual university undergraduates HIV related knowledge, attitudes and behavior: Melbourne, 1989-1994. *Genitourinary Medicine*, 72 (2), 123-127.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. Preventing AIDS. En J.R. DiClemente & J.L. Petersen (Eds), *Theories and methods of behavioral interventions* (5-23), New York: Plenum Press.
- Sabogal, F., Sandlin, G., Reyes, R., Aguirre, V., Bregman, G. & Lemp, G. (1992). Hombres latinos "gays" y bisexuales: una comunidad de alto riesgo del VIH-SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24 (1-2), 57-69.
- Secretaría de Educación Pública. (1992). Desarrollo biopsicosocial en el adolescente. *Sexualidad en el adolescente*. Dirección General de Educación Secundaria. Manuscrito no publicado
- Secretaría de Educación Pública. (s.f.). *Psicología evolutiva del adolescente*. Dirección General de Capacitación y Mejoramiento Profesional. Manuscrito no publicado.

- Secretaría de Salud de México (1989). *Evaluación del impacto de la estrategia educativa para la prevención del SIDA en México 1987-1988; Estudiantes Universitarios. Informe Técnico*. México: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.
- Sepúlveda, A. J. & Rico, B. (1989). El SIDA en México. En A. L. Sepúlveda, M. Bronfman., E. Stanivslawski & J. L. Valdespino. *SIDA, Ciencia y Sociedad en México* (17-29). México: Fondo de Cultura Económica.
- SIDA/ETS (1993). Actualización epidemiológica. CONASIDA, 7 (12).
- SIDA/ETS (1996). Actualización epidemiológica. CONASIDA, 2 (3).
- SIDA/ETS (1997a). Actualización epidemiológica. CONASIDA, 3 (3)
- SIDA/ETS (1997b). Actualización epidemiológica. CONASIDA, 4 (3)
- SIDA/ETS (1998a). Actualización epidemiológica. CONASIDA, 4 (1).
- SIDA/ETS (1998b). Actualización epidemiológica. CONASIDA, 4 (3)
- SIDA/ETS (1998c). Actualización epidemiológica. CONASIDA, 4 (4).
- Simskins, L. (1995). Risk of HIV transmission in sexual behaviors of college students. *Psychological Reports*, 76 (1), 787-799.
- Smith, M.A., Rosenthal, D.A. & Reichler, H. (1996) High Schoolers masturbatory practices: Their relationship to sexual intercourse and personal characteristics. *Psychological Reports*, 79, 499-509.
- Stephen, B. L. (1988). The sexual struggles of the adolescent. En F.S. Raymonds., & A. Nahmias (Eds.). *AIDS in children adolescents, and heterosexual adults* (325-328). EUA. : Science Publishing.
- Taylor, S.E., Dilorio, C., Stephens, T.T. & Soet, J.E. (1997). A comparison of AIDS related sexual risk behavior among African-American college students. *Journal of the National Medical Association*, 89 (6), 397-403.
- Torres, M.K., Alfaro, M.L., Díaz, R., & Villagrán, V.G. (1994). La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. *Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México*, 5, 616-621.
- Traeen, B. & Lewin, B. (1992). Casual sex among Norwegian adolescents. *Archives of sex behavior*, 21 (3), 253-269.
- Uribe, P., Silva Bustillos, J., Ruíz Badillo, A., Veloz, P. & Magis, C. (1997). Influencia de la información sobre VIH/SIDA en prácticas preventivas de los adolescentes mexicanos. VI Congreso Nacional sobre SIDA 1997, informe publicado Vía Internet <http://www.ssa.gob.mx/conasida/eventos/peru/trab-03.htm>

- Valdespino, J.L., García, G.M., Del Rio, A., Loo, E., Magis, C., & Salcedo, R.A. (1995). Epidemiología del SIDA-VIH en México; de 1983 a 1995. *Salud Pública de México*, 37 (6), 556-571.
- Valdespino, J.L., García, M.L., & Izazola, J.A. (1989). Distribución en la epidemia del SIDA. En A. J. Sepúlveda., M. Bronfman., E. Stanivslawski & J. L. Valdespino (Eds), *SIDA, Ciencia y Sociedad en México* (267-287). México: Fondo de Cultura Económica.
- Valdisierri, R.O., Arena, V., Proctor, D. & Bonati, F. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use. Journal Implications for condom promotion programs. *American Public Health*, 79 (4), 499-501.
- Villagrán, V.G., & Díaz, L.R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 9 (1), 35-40.
- Villagrán, V.G. & Díaz L. R. (1993). *Hacia un modelo explicativo del uso del condón en estudiantes universitarios*. Tesis no publicada. Maestría, UNAM.
- Villagrán, V.G., Cubas, C.E., Díaz, L.R. & Camacho, V.M. (1990). Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes. *Asociación Mexicana de Psicología Social, Psicología Social en México*, 3, 305-309.
- Winslow, R.W., Rumbaut, R.G. and Hwang, J. (1989). AIDS, fraids and quarantine: Student responses to pro-quarantine initiatives in California. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (17), 1453-1475.

Anexo 1

PARTE I: CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS GENERALES ACERCA DEL SIDA

El presente cuestionario se desarrolló como parte de una investigación que se está realizando en la Universidad Nacional Autónoma de México-Campus-Iztacala. La información que nos proporcionas será absolutamente confidencial, por lo que te pedimos que respondas de la manera más sincera posible.

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

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

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

- a) Cierto b) Falso

11.- La causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento.

- a) Cierto b) Falso

12.- Los llamados "seropositivos" son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectantes.

- a) Cierto b) Falso

13.- La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo.

- a) Cierto b) Falso

14.- La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.

- a) Cierto b) Falso

15.- El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas.

- a) Cierto b) Falso

16.- Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos.

- a) Cierto b) Falso

17.- El VIH se puede transmitir en el transplante de tejido y órganos pertenecientes a personas infectadas.

- a) Cierto b) Falso

18.- El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas.

- a) Cierto b) Falso

19.- Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.

- a) Cierto b) Falso

20.- La infección por el virus del SIDA se puede contraer en baños públicos.

- a) Cierto b) Falso

21.- Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.

- a) Cierto b) Falso

22.- Existen pruebas concluyentes de que el VIH se transmite con:

- a) La sangre y las lágrimas b) La sangre y el semen

c) El semen y la orina

d) La saliva y las lágrimas

23.- La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:

a) Por las transfusiones sanguíneas con sangre contaminada

b) A través del contacto casual con personas infectadas

c) A través del contacto sexual con personas infectadas

d) Mediante el transplante de órganos infectados

24.- El período de incubación del VIH varía de:

a) 2 a 8 semanas

b) 1 mes a 2 años

c) 4 meses a 1 años

d) 2 meses a 8 años

25.- La detección del VIH se hace a través de:

a) Un análisis de orina

b) Una prueba de sangre

c) Radiografías

d) Ninguna de las anteriores

26.- Según los reportes de varios países, la mayor parte e incidencia de casos de SIDA queda comprendida entre:

a) 3 a 39 años

b) 15 a 3 años

c) 4 a 59 años

d) 45 a 6 años

27.- Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son:

a) Los homosexuales

b) Los drogadictos

c) Los adolescentes

d) Las prostitutas

28.- El origen del SIDA fue en:

a) América

b) África

c) Europa

d) Se desconoce

29.- En México hasta 1989 se habían reportado:

a) 2 0 casos de SIDA

c) 2 683 casos de SIDA

c) 8 3 casos de SIDA

d) 1 75 casos de SIDA

30.- Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la diseminación del virus del SIDA, son.

a) La población en general incluyendo niños, homosexuales y bisexuales

b) Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donen sangre.

c) Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, prostitutas, drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores.

d) Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales, así como los ancianos y las personas que donen sangre.

31.- El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo.

a) Cierto

b) Falso

- 32.- El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.
a) Cierto b) Falso
- 33.- Un síntoma en las personas de SIDA es el aumento de peso.
a) Cierto b) Falso
- 34.- Las personas con SIDA padecen de fiebre continua.
a) Cierto b) Falso
- 35.- La diarrea continua es un signo asociado al SIDA.
a) Cierto b) Falso
- 36.- El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección.
a) Cierto b) Falso
- 37.- Las personas que donan sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas
a) Cierto b) Falso
- 38.- Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.
a) Cierto b) Falso
- 39.- Los condones son efectivos para prevenir el SIDA.
a) Cierto b) Falso
- 40.- Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH.
a) Cierto b) Falso
- 41.- Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH
a) Cierto b) Falso
- 42.- Los preservativos y espermicidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH durante las relaciones sexuales.
a) Cierto b) Falso
- 43.- Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.
a) Cierto b) Falso
- 44.- Tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH.
a) Cierto b) Falso
- 45.- Se debe evitar el coito con prostitutas(os) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el VIH.

- a) Cierto b) Falso

46.- Tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad de contagio del VIH.

- a) Cierto b) Falso

PARTE II.- PRACTICAS SEXUALES.

A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas con lo que HAS HECHO (Y NO LO QUE HARÍAS O LO QUE PIENSAS) con respecto a tu comportamiento sexual.

En estas preguntas existen varias opciones, por favor selecciona sólo una, la que más se asemeje a lo que has hecho o lo que haces con mayor frecuencia. Te reiteramos que tus respuestas sólo serán utilizadas con fines estadísticos, por lo que te pedimos que contestes con la mayor seriedad y sinceridad posible. Gracias por tu amable cooperación.

1.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

- () SI () NO

2.- ¿En caso de que tu respuesta anterior haya sido NO pasa a la pregunta 93, si tu respuesta fue SI, a qué edad tuviste tus primeras relaciones sexuales?

- A) Antes o hasta los 15 años. B) De los 16 a los 18 años.
C) De los 19 a los 22 años. D) De los 23 a los 27 años.
E) Después de los 27 años.

3.- ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?

- () SI () NO

4.- ¿En caso de que tu respuesta haya sido afirmativa, ¿cuántas veces tienes relaciones sexuales en promedio por mes (tomando en cuenta los últimos 3 meses)?

- A) Esporádicamente.
B) De 1 a 5 veces al mes.
C) De 6 a 10 veces al mes.
D) De 11 a 20 veces al mes.
E) Más de 20 veces al mes.

5.- ¿En general, con qué tipo de personas tienes relaciones sexuales?

- A) Sólo con mi pareja estable.
B) Con parejas eventuales.
C) Con prostitutas (os).
D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
E) Con personas desconocidas.
F) Otras. Cuáles:

6.- ¿Cuándo tienes relaciones sexuales utilizas el condón?

SI NO

7.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 11, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón?

- A) Siempre que tengo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces.
- D) Casi nunca.

8.- ¿Con qué tipo de personas utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os).
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

9.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales?

- A) Cuando hay probabilidad de embarazo.
- B) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- C) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- D) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- E) Otras. Cuáles:

10.- ¿Quién toma la iniciativa para usarlo?

TU TU PAREJA AMBOS

11.- ¿Con qué personas no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os).
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

12.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales?

- A) Cuando no hay probabilidad de embarazo.
- B) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- C) Cuando no existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- D) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- E) Otras. Cuáles:

13.- ¿Has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

SI NO

14.- Si tu respuesta fue NO, pasa a la pregunta 23, de lo contrario, ¿cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses? .

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes
- C) De 6 a 10 veces al mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes
- E) Más de 20 veces por mes.

15.- Con qué personas tienes este tipo de relaciones sexuales?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os).
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

16.- ¿Cuando tienes relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo, utilizas el condón?

- () SI () NO

17.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 21; de lo contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón?

- A) Siempre que tengo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces
- C) La mitad de las veces
- D) Casi nunca

18.- ¿Cuando tienes este tipo de relaciones con qué personas utilizas el condón?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os).
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

19.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- B) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

20.- ¿Por lo general quién toma la iniciativa para usar el condón?

- () TU () TU PAREJA () AMBOS

21.- ¿Con qué tipo de personas no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

D) Otras. Cuáles:

29.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales de este tipo?

- A) Cuando hay probabilidad de embarazo.
- B) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- C) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- D) Cuando desconozco la historia sexual de los participantes.
- E) Otras. Cuáles:

30.- ¿Por lo general, quién toma la iniciativa para usar el condón?

- TU
- TU PAREJA
- LOS DEMAS

31.- ¿Con qué personas no utilizas el condón cuando tienes este tipo de relación sexual?

- A) Sólo cuando tengo relaciones sexuales con parejas desconocidas.
- B) Sólo cuando tengo relaciones con prostitutas(os).
- C) Cuando participan personas que conozco.
- D) Otras, Cuáles?:

32.- En qué situaciones no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales en grupo?

- A) Cuando no hay probabilidad de embarazo.
- B) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- C) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- D) Cuando conozco la historia sexual de los participantes.
- E) Otras. Cuáles?:

33.- ¿Has tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales teniendo una pareja estable?

- SI
- NO

34.- ¿Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 43, de lo contrario ¿Cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes
- C) De 6 a 10 veces al mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes
- E) Más de 20 veces por mes.

35.- ¿Con qué tipo de personas tienes relaciones sexuales ocasionales teniendo una pareja estable?

- A) Con prostitutas (os)
- B) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- C) Con personas desconocidas.
- D) Otras. Cuáles:

36.- Cuando tienes relaciones sexuales con parejas ocasionales ¿utilizas el condón?

- SI
- NO

37.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 41, en caso contrario ¿con qué frecuencia usas el condón?

- A) Siempre que tengo este tipo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces
- C) La mitad de las veces.
- D) Casi nunca

38.- ¿Con qué personas utilizas el condón cuando tienes relaciones ocasionales teniendo un apareja estable?

- A) Con prostitutas (os).
- B) Con personas con las que tengo relaciones de amistad
- C) Con personas desconocidas
- D) Otras. Cuáles:

39.- En qué situaciones utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales de este tipo?

- A) Cuando hay probabilidad de embarazo.
- B) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- C) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- D) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- E) Otras. Cuáles:

40.- ¿Quién toma la iniciativa para usar el condón en tus relaciones ocasionales?

- TU
- TU PAREJA
- AMBOS

41.- Con qué tipo de pareja ocasional no utilizas el condón?

- A) Con prostitutas (os)
- B) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- C) Con personas desconocidas.
- D) Otra, Cuál:

42.- En qué situaciones no utilizas el condón, cuando tienes relaciones ocasionales?

- A) Cuando no hay probabilidad de embarazo.
- B) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- C) Cuando no existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- D) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- E) Otras. Cuáles:

43.- ¿Has tenido relaciones sexuales anales en las que hayas sido penetrado o penetrada?

- SI
- NO

44.- Si tu respuestas fue NO pasa a la pregunta 53, en caso contrario, ¿cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes
- C) De 6 a 10 veces al mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes
- E) Más de 20 veces por mes.

45.- ¿Con qué tipo de personas realizas este tipo de actividad sexual?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os).
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

46.- ¿Has utilizado algún tipo de protección cuando tienes este tipo de relaciones?

- SI
- NO

47.- En caso de que tu respuesta anterior haya sido NO, favor de pasar a la pregunta 51, de lo contrario, ¿Con qué frecuencia usas protección en este tipo de relaciones?

- A) Siempre que tengo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces.
- D) Casi nunca

48.- ¿Con qué tipo de personas has tenido este tipo de relaciones usando protección?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

49.- En qué situaciones utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales de este tipo?

- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- B) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

50.- ¿Por lo regular quien toma la iniciativa entre tu pareja y tú en torno a esta actividad sexual para usar el condón?

- TU
- TU PAREJA
- AMBOS

51.- ¿Con qué tipo de personas has tenido este tipo de relaciones anales sin usar protección?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

52.- En qué situaciones no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales de este tipo?

- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- B) Cuando no existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

53.- ¿Has tenido relaciones sexuales anales en las que tu hayas penetrado a tu pareja sexual?

- SI NO

54.- Si tu respuesta fue NO, pasa a la pregunta 63, en caso contrario, cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces al mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces por mes.

55.- ¿Con qué tipo de personas realizas este tipo de actividad sexual?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

56.- Has utilizado algún tipo de protección cuando penetras analmente a una persona?

- SI NO

57.- En caso de que tu respuesta anterior haya sido NO, favor de pasar a la pregunta 61, en caso contrario, ¿Con qué frecuencia usas protección en este tipo de relaciones?

- A) Siempre que tengo este tipo de relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces.
- D) Casi nunca

58.- ¿Con qué tipo de personas has penetrado analmente a tu pareja usando protección?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

59.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando penetras analmente a una persona?

- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.

67.- Sí tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 71, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón cuando tienes relaciones orales?

- A) Siempre que tengo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces.
- C) Casi nunca.

68.- ¿Con qué personas has usado protección cuando tienes relaciones orales?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

69.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando practicas relaciones orales en otra persona?

- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- B) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

70.- ¿Quién toma la iniciativa para el uso del condón cuando practicas relaciones orales en otra persona?

- () TU () TU PAREJA () AMBOS

71.- ¿Con qué personas no usas protección cuando tienes relaciones orales?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

72.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando practicas relaciones orales en tu pareja?

- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- B) Cuando no existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

73.- ¿Ha practicado en ti, tu pareja sexual u otra persona relaciones orales (bucogenitales)?

- () SI () NO

74.- ¿Si tu respuesta a la pregunta anterior fue No, pasa a la pregunta 83, de lo contrario, ¿Cuántas veces has participado en este tipo de relaciones tomando en cuenta los últimos 3 meses?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces al mes.

75.- ¿Con qué tipo de pareja realizas esta actividad sexual?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otra. Cuál:

76.- ¿Ha utilizado tu pareja sexual condones o barrera látex cuando practica en ti relaciones orales (bucogenitales)?

- () SI () NO

77.- ¿Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 81, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón en esta práctica sexual?

- A) Siempre que tengo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces.
- D) Casi nunca.

78.- ¿Con qué parejas has utilizado protección en este tipo de relaciones sexuales?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

79.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando tienes relaciones orales de este tipo?

- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- B) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

80.- ¿Por lo regular, quién toma la iniciativa para usar el condón cuando practican en ti relaciones orales?

- () TU () TU PAREJA () AMBOS

81.- ¿Con qué tipo de personas no usas el condón cuando tu pareja práctica en ti relaciones orales?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

82.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando tienes relaciones sexuales de este tipo?

- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- B) Cuando no existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

83.- ¿Has utilizado instrumentos de estimulación (Vibradores, penes artificiales, muñecas, etc.) para tener relaciones sexuales?

- () SI () NO

84.- Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 93, en caso contrario, ¿cuántas veces has participado en este tipo de relaciones en los últimos 3 meses?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces al mes.

85.- ¿Con qué personas has tenido relaciones sexuales utilizando instrumentos de estimulación?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras, Cuáles:

86.- ¿Usas protección cuando tienes relaciones sexuales utilizando instrumentos de estimulación?

- () SI () NO

87.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO pasa a la pregunta 91, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón cuando usas instrumentos de estimulación sexual?

- A) Siempre que tengo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces
- D) Esporádicamente.

95.- ¿Te has masturbado en compañía de alguien?

() SI () NO

96.- Si tu respuesta anterior fue NO, pasa a la pregunta 105, en caso contrario, ¿cuántas veces te masturbas en compañía de alguien (toma en cuenta los últimos 3 meses)?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces al mes.

97.- ¿Con qué tipo de pareja realizas esta actividad sexual?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otra Cuál:

98.- Cuando te masturbas en compañía de alguien ¿utilizas el condón?

() SI () NO

99.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 103, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón en esta actividad sexual?

- A) Siempre que tengo este tipo de actividad sexual.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces.
- D) Casi nunca.

100.- ¿Con qué personas acostumbras masturbarte usando protección?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otra Cuál:

101.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando te masturbas en compañía de alguien?

- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- B) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

102.- ¿Quién decide usar protección, cuando te masturbas en compañía de alguien?

() TU () TU PAREJA () AMBOS

103.- ¿Con que tipo de persona acostumbras masturbarte sin usar protección?

- A) Con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otra Cuál:

104.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando te masturbas en compañía de alguien?

- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- B) Cuando no existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

105.- ¿Has permitido que otra persona te masturbe?

- SI
- NO

106.- Si tu respuesta fue NO pasa a la pregunta 115, en caso contrario, ¿con qué frecuencia has permitido que te masturbe otra persona (toma en cuenta los últimos 3 meses)?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces al mes.

107.- ¿Con qué tipo de pareja acostumbras realizar esta actividad sexual?

- A) Sólo con mi pareja estable.
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otra Cuál:

108.- Cuando has permitido que otra persona te masturbe, ¿utilizas el condón?

- SI
- NO

109.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 113, en caso contrario, ¿con qué frecuencia usas el condón?

- A) Siempre que tengo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces.
- D) Casi nunca.

110.- ¿Qué tipo de persona permites que te masturbe?

- A) Mi pareja estable.

- B) Parejas eventuales.
- C) Prostitutas (os)
- D) Personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

111.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando otra persona te masturba?

- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- B) Cuando existe algún riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

112.- ¿Quién decide usar protección en esta actividad sexual?

- TU
- TU PAREJA
- AMBOS

113.- ¿Qué tipo de persona permites que te masturbe sin usar protección?

- A) Mi pareja estable.
- B) Parejas eventuales.
- C) Prostitutas (os)
- D) Personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

114.- ¿En qué situaciones no utilizas el condón cuando te masturba otra persona?

- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

115.- ¿Has masturbado a otra persona?

- SI
- NO

116.- Si tu respuesta fue NO pasa a la pregunta 125, en caso contrario, ¿con qué frecuencia has masturbado a otra persona (toma en cuenta los últimos 3 meses)?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces al mes.

117.- ¿A qué tipo de pareja acostumbras masturbar?

- A) A mi pareja estable.
- B) A parejas eventuales.
- C) A prostitutas (os)
- D) A personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) A personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

118.- Cuando masturbas a otra persona, ¿utilizas el condón?

SI NO

119.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 123, en caso contrario ¿con qué frecuencia usas el condón cuando masturbas a otra persona?

- A) Siempre que tengo relaciones sexuales.
- B) La mayoría de las veces.
- C) La mitad de las veces.
- D) Casi nunca.

120.- ¿Con que tipo de persona utilizas el condón cuando la masturbas?

- A) Sólo con mi pareja estable
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otra Cuál:

121.- ¿En qué situaciones utilizas el condón cuando masturbas a otra persona?

- A) Sólo cuando me piden que lo utilice.
- B) Cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando desconozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

122.- ¿Quién decide usar protección en esta actividad sexual?

TU TU PAREJA AMBOS

123.- ¿Con qué personas no usas el condón cuando la masturbas?

- A) Con mi pareja estable
- B) Con parejas eventuales.
- C) Con prostitutas (os)
- D) Con personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Con personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

124.- ¿En que situaciones no utilizas el condón cuando masturbas a otra persona?

- A) Sólo cuando me piden que no lo utilice.
- B) Cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual.
- C) Cuando conozco la historia sexual de mi pareja.
- D) Otras. Cuáles:

125.- ¿En alguna ocasión has acariciado el cuerpo de otra persona, especialmente en las zonas sexuales?

SI NO

126.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, pasa a la pregunta 128, en caso contrario, ¿con qué frecuencia realizas esta actividad (toma en cuenta los últimos 3 meses)?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces al mes.

127.- ¿A quien acostumbras acariciar el cuerpo de otra persona, especialmente en las zonas sexuales?.

- A) A mi pareja estable.
- B) A parejas eventuales.
- C) A prostitutas (os)
- D) A personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) A personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

128.- ¿En alguna ocasión has permitido que otra persona te acaricie tus zonas sexuales?

- () SI () NO

129.- Si tu respuesta a la pregunta anterior fue NO, ya no sigas respondiendo, en caso contrario, ¿con qué frecuencia has permitido que otra persona te acaricie en tus zonas sexuales (toma en cuenta los últimos 3 meses)?

- A) Esporádicamente.
- B) De 1 a 5 veces al mes.
- C) De 6 a 10 veces mes.
- D) De 11 a 20 veces al mes.
- E) Más de 20 veces al mes.

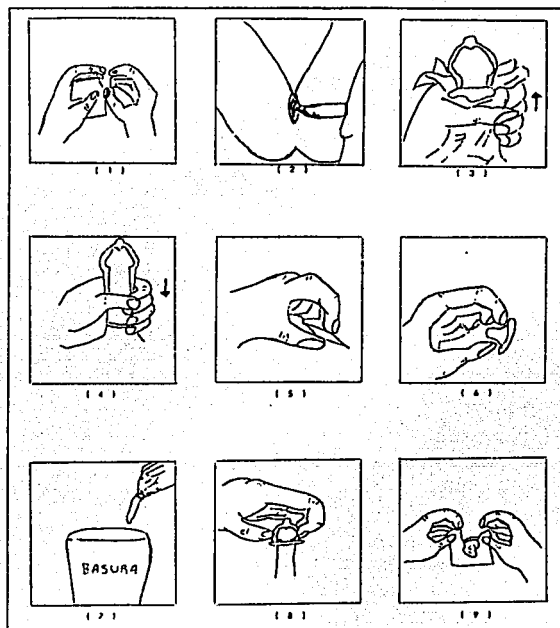
130.- ¿Qué tipo de persona permites que te acaricie tus zonas sexuales?

- A) Mi pareja estable.
- B) Parejas eventuales.
- C) Prostitutas (os)
- D) Personas con las que tengo relaciones de amistad.
- E) Personas desconocidas.
- F) Otras. Cuáles:

PARTE III. Pregunta 12.

A continuación se presentan una serie de dibujos en donde se observa una secuencia distorsionada de cómo usar el condón. Dentro del paréntesis escribe el número que corresponda a la secuencia correcta que debe seguirse para usar el condón. Si consideras que una imagen se encuentra de más, no la coloques en la secuencia.

Secuencia distorsionada de cómo usar el condón



La secuencia correcta es: () () () () () () () () () ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESPUESTAS CORRECTAS DE CADA REACTIVO DEL INSTRUMENTO DE ALFARO, RIVERA Y DÍAZ (1991) SOBRE LA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA.

ÁREAS EVALUADAS	NÚMERO DE ÍTEMS	NÚMERO DE OPCIONES POR ÍTEM	OPCIÓN CORRECTA	TOTAL DE ÍTEMS
EPIDEMIOLOGÍA	R1	4	3	6
	R26	4	1	
	R27	5	5	
	R28	4	4	
	R29	4	2	
	R31	2	1	
ETIOLOGÍA	R2	4	2	11
	R3	4	2	
	R4	2	2	
	R5	4	4	
	R6	2	2	
	R7	2	2	
	R8	2	1	
	R9	2	1	
	R13	2	1	
	R24	4	3	
	R32	2	2	
SINTOMATOLOGÍA	R10	2	1	7
	R11	2	2	
	R14	2	2	
	R33	2	2	
	R34	2	1	
	R36	2	1	
TRANSMISIÓN	R12	2	1	11
	R15	2	2	
	R16	2	2	
	R17	2	1	
	R18	2	2	
	R19	2	1	
	R20	2	2	
	R21	2	1	
	R22	4	2	
	R23	4	3	
	R37	2	2	
PREVENCIÓN	R25	4	2	11
	R30	4	3	
	R38	2	1	
	R39	2	1	
	R40	2	2	
	R41	2	1	
	R42	2	2	
	R43	2	1	
	R44	2	1	
	R45	2	1	
	R46	2	2	
TOTAL				46

ANEXO 2

Definición de las categorías de riesgo en cada uno de los elementos complementarios.

1. Frecuencia de la práctica. Las opciones son: esporádicamente, de 1 a 5 veces al mes, de 6 a 10 veces al mes, de 11 a 20 veces al mes, y más de 20 veces. Se consideró práctica de riesgo, si respondían a las cuatro últimas opciones.

2. Tipo de pareja. las opciones que se evalúan son: con la pareja estable, con parejas ocasionales, con prostitutas, con amistades, con personas desconocidas, otras. Excepto la pareja estable, la respuestas a las demás opciones se consideró práctica de riesgo.

3. Frecuencia de uso de protección (al realizar cada práctica sexual). Las opciones son: siempre que tengo relaciones sexuales, la mayoría de las veces, la mitad de las veces y casi nunca. La respuesta a las tres últimas opciones, se considero práctica de riesgo.

4. Pareja con la que se usa protección. Las opciones fueron similares al punto 2, e igualmente, excepto la pareja estable, las demás opciones son consideradas prácticas de riesgo.

5. Situaciones o razones por las que se usa protección. Las opciones son: cuando hay probabilidad de embarazo, sólo cuando me piden que lo utilice, cuando existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual, cuando desconozco la historia sexual de mi pareja. Las dos primeras opciones son consideradas prácticas de riesgo.

6. Iniciativa para usar protección. Las opciones son: tu, ambos, la pareja. Si responde a la última opción se considera práctica de riesgo.

7. Pareja con la que no se usa protección. Las opciones son: con la pareja estable, con parejas ocasionales, con prostitutas, con amistades, con personas desconocidas, otras. A excepción de la primera opción, las demás son considradas prácticas de riesgo.

8. Situación o razones por las que no se usa protección. Las opciones son: cuando no hay probabilidad de embarazo, cuando me piden que no lo utilice, cuando no existe riesgo de contraer alguna enfermedad sexual, cuando conozco la historia sexual de mi pareja. Las respuestas a las dos primeras opciones se considea práctica de riesgo.