

GÉNERO, AUTOEFICACIA Y ACTITUD HACIA CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

Dra. Fuensanta López Rosales y cols.

Facultad de Psicología. Centro de investigaciones

Universidad Autónoma de Nuevo León

N.L., México

Prepared for delivery at the 2001 meeting of the Latin American Studies Association, Washington DC, September 6-8, 2001

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se muestran los datos sobre diferencias de género con relación a la autoeficacia en la conducta sexual para prevenir el VIH, la actitud hacia el uso de preservativos, planificación de las relaciones sexuales y la monogamia, así como un conjunto de variables sobre fuente de conocimiento respecto al sexo, satisfacción de la información que se tiene, temas sobre los que se quisiera más información, si se tienen o no relaciones sexuales, si actualmente se planifican y se usa el preservativo o no, si se empleó y planificó la primera relación sexual, dónde tuvo lugar, en el caso en que esa primera relación no se empleó el preservativo cuál fue el motivo, evaluación de la eficacia del condón para prevenir el SIDA y valoración en orden de peligro de contagio del VIH de 15 conductas de riesgo.

Los datos proceden de un amplio proyecto de investigación sobre la prevención del SIDA en adolescentes, de 13 a 18 años, con relación a conductas sexuales de riesgo. Dicho proyecto, está financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y el Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica (PAICYT) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

La muestra fue tomada de 60 centros de salud del municipio de Monterrey y sus municipios colindantes, entre un grupo de adolescentes de 13 a 18 años de edad, donde hay un 57% de mujeres y un 43% de hombres.

El término de autoeficacia lo utiliza por primera vez Bandura (1977) en su artículo "Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change." El punto principal de esta perspectiva teórica es el papel que juegan las creencias en la motivación del individuo. En varias publicaciones, Bandura (1982, 1986) ha postulado que los juicios razonablemente precisos de la propia capacidad son muy similares a los resultados específicos observados y nos proporcionan una de las mejores herramientas para predecir y explicar los resultados conductuales, ya que son normalmente el tipo de juicios que el individuo utiliza cuando se enfrenta a las tareas a realizar. Según Bandura lo que un sujeto sabe, o lo que ha hecho previamente no son siempre los mejores predictores de su comportamiento subsecuente, ya que las creencias que posee sobre sus capacidades tienen una influencia poderosa sobre la forma en que puede comportarse.

El modelo de la autoeficacia es planteado por la teoría social cognitiva y postula que la motivación y el comportamiento humano está ampliamente regulado por la anticipación. Este mecanismo involucra tres tipos de expectativas: (a) las expectativas de resultados en cuanto a la situación, en las cuales las consecuencias son establecidas por los eventos sin participación personal, (b) las expectativas de resultados basándose en la acción, en donde las consecuencias son establecidas por la propia acción y (c) la autoeficacia percibida que se relaciona con las creencias de las personas sobre sus capacidades para realizar una acción determinada que les produzca un resultado deseado.

La forma en que se crea y utiliza un pensamiento de autoeficacia involucra un proceso donde el individuo al estar realizando una conducta interpreta los resultados de sus acciones y utiliza esas interpretaciones para crear y desarrollar creencias sobre su capacidad para realizar conductas parecidas en contextos similares y comportarse de acuerdo a las creencias desarrolladas. En situaciones de riesgo sexual por ejemplo, las creencias que un adolescente desarrolla sobre su competencia para rechazar ofrecimientos sexuales o usar protección sexual, permite determinar lo que puede hacer con su conocimiento y habilidades aprendidas. De esta forma su comportamiento final es el resultado de la interacción de lo que ha hecho y de sus creencias sobre su capacidad para hacerlo.

Existen cuatro fuentes de las cuales se derivan los pensamientos de autoeficacia:

Experiencias de éxito, son el resultado de las tareas realizadas y son la fuente de mayor influencia. Cuando se le solicita a los sujetos que midan los efectos de sus acciones, las interpretaciones que hacen sobre estos efectos, ayudan a crear sus creencias de autoeficacia. Los éxitos incrementan la autoeficacia, los fracasos la decrementan.

Experiencias vicarias, son los efectos producidos al observar las acciones de los demás. Esta fuente es menos efectiva que la anterior pero cuando la gente no tiene experiencia o no posee conocimiento sobre su propia habilidad, se vuelve más sensitiva a este tipo de influencia.

La persuasión social, involucra la exposición a los juicios verbales de los demás y es una fuente débil de información sobre la autoeficacia, pero puede jugar una parte importante en el desarrollo de las creencias del individuo.

Los estados emocionales y fisiológicos como la ansiedad, el estrés, la excitación y la fatiga también proporcionan información sobre la creencia de la propia eficacia.

En el campo de la salud la autoeficacia percibida representa la creencia de que uno puede cambiar las conductas de riesgo a través de la acción personal, por ejemplo al emplear las habilidades propias para evitar situaciones que pueden producir enfermedad. La eficacia para enfrentarse con situaciones de alto riesgo depende parcialmente de la creencia de un individuo en que puede ser agente activo de sus propias acciones y de que posee las habilidades necesarias para hacerlo.

Para iniciar y mantener una conducta que proteja la propia salud no es suficiente la percepción del resultado, el individuo debe percibirse como capaz de realizar la conducta requerida, Bandura, (1992); Maddux, (1993); O'Leary, (1992) y Schwarzer, (1992), han realizado investigaciones sobre el papel de la autoeficacia como predictor del cambio conductual en el dominio de la salud. La autoeficacia percibida también ha sido estudiada con respecto a la prevención de conducta sexual sin protección, Levinson, (1982). La correlación entre la autoeficacia percibida y la intención de usar condones (.74) y el uso reportado de condones (.67) ha sido estudiado por Kok, De Vries, Mudde y Strecher (1991).

La baja autoeficacia ha sido asociada con depresión, ansiedad y desamparo. Las personas con baja autoeficacia poseen una autoestima baja y desarrollan pensamientos pesimistas sobre su desempeño. Los niveles de autoeficacia pueden mejorar o dificultar la motivación para realizar comportamientos, los niveles altos son característicos de individuos que realizan tareas y metas con mayor nivel de complejidad. Las personas tienden a percibir situaciones pesimistas u optimistas en función de su nivel de autoeficacia. Cuando ocurren fracasos las personas con mayor autoeficacia se recuperan más rápido y se mantienen trabajando en sus metas. Esta línea de pensamiento puede ser entrelazada con los estudios que vienen a mostrar que las mujeres son más autoeficaces que los hombres en la prevención del SIDA, percibiéndose más capaces para rechazar la participación en conductas de

riesgo. No obstante, en el uso adecuado de preservativo se valoran como más autoeficaces los hombres (Kasen, Vaughan y Walter, 1992; Ochoa, Bayés y Villamarín 1995; López Rosales y Cols., 1999).

OBJETIVOS

Estudiar el perfil diferencial entre el hombre y la mujer en relación a la autoeficacia para prevenir el VIH, actitud hacia el uso del preservativo, la planificación sexual y la monogamia, satisfacción con la información sexual, fuente de la misma, temas sobre los que se desearía más información, si se tienen o no relaciones, si se planifican las mismas, si se planificó y el uso preservativo en la primera relación sexual, en caso de no utilizarse cuál fue el motivo, lugar dónde tuvo lugar dicha primera relación, números de compañeros sexuales, valoración de la eficacia del preservativo y del peso de unas conductas de riesgo para contraer el VIH.

MÉTODO

MUESTRA

El estudio se realizó en una muestra de 962 pacientes adolescentes tomados de 60 centros de salud públicos. La muestra fue capturada en febrero de 1998. El 57% son mujeres y el 43% varones. Hay un 85.5% de solteros, 11.5% de casados, 2.6% de separados y un 0.4% de convivientes. El 61.6% pertenecen a la clase social media-baja, el 36.5 a la clase baja, el 1.5% a la media-alta y el 0.4% a la clase alta. Los 60 centros de salud están distribuidos por todo el municipio de Monterrey y sus municipios colindantes (San Pedro Garza García, San Nicolás de los Garza, Guadalupe, Santa Catarina, Escobedo y Apodaca).

El nivel de estudio prevalente es de secundaria (52,7), seguido de preparatoria (25,5%), técnica (11,6%), primaria (10,3) y facultad (0,4%). La edad media es de 16,24 años con una desviación típica de 2,1 y una moda de 15 años. La distribución de edad describe una curva leptocúrtica, concentrándose entre los 14 y 17 el 70% de los casos, precisamente se trata de una muestra de adolescentes.

No se consideró el motivo de consulta para la selección de la muestra. Ningún sujeto tenía diagnóstico de SIDA y el porcentaje de VIH+ es desconocido.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En primer lugar se tiene la autoeficacia en la conducta sexual para prevenir el VIH. La autoeficacia se mide a través del *Self-Efficacy for AIDS* de Kasen, Vaughan y Walter (1992), tomando su formato del estudio de López Rosales y Cols. (1999) (SEA-27). Dicho instrumento de medida consta de 27 reactivos tipo Likert con una variación de 5 puntos. Su distribución se ajusta a una curva normal $N(95, 26)$. Tiene un nivel de consistencia interno elevado ($\alpha=0,89$ a $0,91$), buena validez discriminativa y presenta una estructura tetradimensional, si se define por una técnica de rotación ortogonal (Varimax):

- El primer factor (**SEAF1**) comprende 11 elementos que estiman la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias. Explica el 25,82% de la varianza total y presenta una consistencia interna muy elevada de 0,92.
- El segundo factor (**SEAF2**) comprende 8 elementos referentes al uso de preservativo. Explica el 14,29% de la varianza total. Su consistencia interna es moderadamente alta de 0,75.
- El tercer factor (**SEAF3**) comprende 4 elementos sobre el matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres. Explica el 9,6% de la varianza y tiene una consistencia interna moderadamente alta de 0,75.
- El cuarto factor (**SEAF4**) está compuesto por los 4 elementos que preguntan sobre la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas. Explica el 8,76% de la varianza total y tiene una consistencia interna alta de 0,8.

Se ha empleado una segunda escala que mide la actitud hacia el uso de los preservativos, planificación sexual y la monogamia desarrollada ex proceso para este estudio. Consta de 12 reactivos tipo Likert con una variación de 5 puntos. La suma de estos 12 elementos constituye la variable **EAS**.

A su vez, como variable dicotómica se mide el haber tenido o no relaciones sexuales (**relsexual**). En caso de contestación afirmativa, se evalúan como variable dicotómica haber utilizado o no preservativo en la primera relación con coito (**condón**), el haberla o no planificado el cómo y dónde de la relación sexual (**rsexfue**) y si se planifican o no las relaciones actuales (**ten-rel**). Se pregunta por el lugar dónde tuvo lugar la primera relación sexual con un formato de variable multinomial con 6 categorías (**lug-resx**). Como variables cuantitativas se pide el número de personas con las que se ha tenido relaciones sexuales (**numrel**) y la edad a la que se tuvo esa primera relación sexual (**edrsex**).

En el supuesto de haberse tenido, al menos una relación sexual, y no haber usado preservativo, se evalúa como variable multinomial la razón por la que no se empleó el preservativo (**razón**). Es una pregunta abierta. Por otra parte, se solicita a los sujetos que estimen la efectividad de preservativo, en una variable ordinal (**efcondon**) con tres valores [1($\geq 95\%$), 2 ($\geq 90\%$) y 3 ($< 90\%$)], y finalmente, especificamos 15 conductas de riesgo y se pide al sujeto que escoja tres y las ordene en base a su importancia como factor de riesgo para infectarse con el VIH. Sólo se estudia el número de personas que eligieron cada opción, por lo que se definen 15 variables dicotómicas con relación a si fue señalada o no por el sujeto (**riesgoA**, **riesgoB**, **riesgoC**, **riesgoD**, **riesgoE**, **riesgoF**, **riesgoG**, **riesgoH**, **riesgoI**, **riesgoJ**, **riesgoK**, **riesgoL**, **riesgoM**, **riesgoN** y **riesgoO**).

También, se pregunta sobre la información que poseen acerca de la sexualidad, de donde se extraen tres variables. Una numérica donde el sujeto se autoevalúa en qué grado es buena o mala la información que posee (1 al 5) (**sinf**); y las otras dos multinomiales, sobre qué tema le gustaría tener más información (**tema**) y la fuente principal de su información (amigos, libros, revistas, periódicos, televisión, escuela, papá o mamá) (**info**). El tema es una pregunta abierta.

La encuesta por medio del cual se obtuvo la información se puede ver en el Apéndice.

HIPÓTESIS

Se espera que las mujeres sean más autoeficaces que los hombres (SEA-27) y especialmente en los elementos y en el factor referentes a decir no a las relaciones sexuales de riesgo bajo diferentes circunstancias (A_1 a A_11 y SEAF1). Las mujeres mostrarán mayor tendencia a la monogamia y la planificación de las relaciones sexuales (EAS), su principal fuente de información sobre temas sexuales serán las amigas y la mamá (Info), habrá un menor porcentaje de mujeres sexualmente activas (relsexua) y el número de compañeros será menor (numrel). Los hombres serán más autoeficaces para el uso adecuado del preservativo (C_2). Dichas expectativas se basan en los resultados publicados por Kasen, Vaughan y Walter (1995), y Ochoa, Bayés y Villamarín (1997), López Rosales y Cols. (1998) y CONASIDA (1994).

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

En un única encuesta, se administró la Self-Efficacy AIDS (SEA-27), la Escala de Actitud sexual (EAS) y las preguntas para evaluar las otras variables (relsexual, rsexfue, lug-resx, numreal, edrsex, razón, efcondón, riesgoA, riesgoB, riesgoC, riesgoD, riesgoE, riesgoF, riesgoG, riesgoH, riesgoI, riesgoJ, riesgoK, riesgoL, riesgoM, riesgoN y riesgoO, sinf, tema, info,). Aproximadamente, se tarda entre 40 y 60 minutos en completarse la misma.

La encuesta fue aplicada por personal del Centro de Salud. Un investigador perteneciente al proyecto iba a cada uno de los Centros participantes, explicaba la finalidad del estudio y la forma de aplicación del cuestionario, motivaba al personal para su aplicación y se facilitaba ejemplares. Luego se encarga de recogerlos y supervisar su adecuada aplicación. De todo el personal del centro, fueron los promotores sociales quienes más respondieron y quienes realmente realizaron el proceso de muestreo.

Los centros de salud se eligieron de forma azarosa, al igual que los pacientes, por tanto se trata de una muestra aleatoria simple.

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Para los cálculos estadísticos se empleó el SPSS8.0, aunque los datos fueron capturados con la hoja de cálculo Excel97.

Como técnica estadística paramétrica se emplean la t de Student para muestras independientes. Se contrasta el supuesto de homocedasticidad por la prueba F de Fisher-Snedecor. Como técnica no paramétrica se utiliza la χ^2 de Pearson. Se habla de diferencia significativa cuando se puede rechazar la hipótesis nula de igual de medias, porcentajes o frecuencias con una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se confirman las expectativas de que las mujeres se perciben más autoeficaces para evitar conductas sexuales de riesgo a través de las cuales puedan contraer SIDA (SEA-27). Las mujeres puntúan significativamente más que los hombres en todos los elementos referentes a la autoeficacia para decir no a diversas propuestas de relaciones sexuales (A_1 a A_11 y SEAF1), así como para negarse a mantener relaciones sexuales si no se emplea el preservativo (C_5 y C_6), no tener relaciones sexuales hasta el matrimonio (C_9) y tener relaciones sexuales con una sola persona (C_10). Por otra parte, se muestran más dispuestas a platicar sobre temas sexuales con sus mamás (C_12). Los hombres se perciben más autoeficaces para usar correctamente el condón (C_2). También, las mujeres son más autoeficaces que los hombres en el factor que estima la capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas (SEAF4). Datos que se pueden ver en las **Tablas 1 y 2**.

Respecto a la Escala de Actitud Sexual (EAS), los hombres perciben más que el preservativo disminuye más el placer (D_7); a su vez, se consideran con más recursos económicos para comprarlos (D_8). Las mujeres mantienen con mayor frecuencia que las relaciones sexuales deben tenerse con la misma persona de por vida (D_10). Datos que se pueden ver en la **Tabla 3**.

No muestran diferencia significativa ni en la satisfacción con la información sexual (sinf), pero sí respecto a la principal fuente de información (info) ($\chi^2=45.858$, $p=0.000$). En ambos la principal fuente de información es la escuela, seguida en las mujeres de la mamá, y en los varones de los amigos. También tiene mayor peso el papá en los varones que en las mujeres.

Como temas diferenciales sobre los cuales les gustaría tener información (tema) aparece en aborto en los hombres (15%) y la relación sexual en su dimensión humana en las mujeres (22%). En ambos sexos el tema dominante es el SIDA y las ETS.

El 28% de la muestra es sexualmente activa (relsexua), el 31% de los hombres y 26% de las mujeres, no habiendo diferencia significativa entre ambos porcentajes ($\chi^2=0.541$, $p=0.462$).

Hay diferencia significativa respecto a la edad de inicio de la actividad sexual (edrsex) ($t=3.127$, $p<0.000$), siendo más precoz el hombre ($\mu=13.66$ años y $\sigma=4.82$) que la mujer ($\mu=15.37$ años y $\sigma=4.07$). También, existe diferencia significativa respecto al número de compañeros sexuales (numrel) ($t=3.231$, $p=0.002$), con más compañeros sexuales los hombres ($\mu=2.22$ personas y $\sigma=2.89$) que las mujeres ($\mu=1.34$ años y $\sigma=1.09$). Precisamente, aparece una correlación significativa entre mayor número de compañeros sexuales (numrel) y menor autoeficacia para prevenir el SIDA (SEA-27) ($r=0.20$).

No hay diferencia significativa en relación con la planificación de la primera relación sexual (rsexfue) ($\chi^2=1.331$, $p=0.249$), las actuales (ten-rel) ($\chi^2=1.087$, $p=0.581$) ni el uso de preservativo (condón) ($\chi^2=3.533$, $p=0.06$). Entre las razones esgrimidas para no usar el preservativo en la primera relación (razón) aparece un argumento diferencial. Ningún hombre señaló más sí el 5% de las mujeres, el tener confianza en la pareja.

No hay diferencia respecto al lugar donde se tuvo la primera relación sexual (lug-resx) ($\chi^2=0.661$, $p=0.104$), en el 74% de los casos fue en la casa; ni en la valoración de la eficacia del condón (efcondón) ($\chi^2=1.895$, $p=0.388$), para la mayoría, el 43% de la muestra su eficacia es del 90 al 100%.

Entre las conductas de riesgo diferencial aparecen las referentes a la promiscuidad. Las mujeres valoran como más peligrosas tener relaciones con más de un compañero sexual (riesgoH). En un pequeño porcentaje de mujeres aparece incluso como conducta de riesgo señalada el tener relaciones sexuales con el novio, seguramente ante la sospecha de infidelidad y la promiscuidad anterior de la pareja (riesgoM). Datos que se pueden ver en la **Tabla 4**.

En la interacción del sexo y la clase social aparecen como menos autoeficaces los varones de clase baja y las personas más autoeficaces la mujeres de clase alta.

CONCLUSIÓN

Sobre la base de nuestros datos tenemos un cuarto de la población adolescente sexualmente activa. En el caso de los chicos las relaciones sexuales de pareja se inician hacia los 13 años de edad y en las mujeres a los 15. Hasta los 18 años de edad, los hombres vienen a tener 3 parejas distintas y las mujeres 2. En estos primeros años de actividad sexual en pareja sólo el 26% usa regularmente el preservativo.

Por otro lado los resultados con respecto a la mujeres se perciben con mayor autoeficacia que los varones para poner en práctica sus habilidades preventivas contra el VIH, en cada una de las situaciones para rechazar relaciones sexuales; en forma similar para cuestionar a la pareja sobre su pasado sexual y de drogas, menos en preguntar si se ha tenido alguna experiencia homosexual ; así como para utilizar medidas de autoprotección sexual, con excepción de aquella que le corresponde al hombre por cultura como utilizar correctamente el condón varonil; acudir a tiendas para comprar condones y platicar con el papá sobre temas sexuales. Teniendo en cuenta que la principal fuente de información es la escuela y hay un interés por saber sobre el SIDA, enfermedades de transmisión sexual y embarazo, aparece necesario un programa psicodidactico aplicado desde la escuela. Tras su aplicación el giro de la incidencia creciente nos podrá dar la razón.

El programa psicodidactico con objetivo en reflexionar e incidir en la comunicación, las habilidades sociales y la inteligencia emocional enfocada a la prevención del VIH, para colaborar también en prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual o en el peor de los casos enfatizar el uso de preservativo en cuanto es un método anticonceptivo para esta etapa de la vida, donde las relaciones sexuales en ocasiones esporádicas y con más de una persona, es el método que se muestra más eficaz para prevenir el contagio por VIH. El programa ha de contemplar la familiarización con el uso de preservativo en el hombre y desvanecer el pudor o temor social a adquiridos. En el hombre se requiere desarrollar una mayor conciencia del peligro de contraer la enfermedad cuando se incurre en conductas de riesgo.

Toda campaña de prevención de la infección por VIH está justificada en adolescentes en cuanto que la mayoría de los casos y defunciones de SIDA se da en

personas de 30 años que llevan unos 10 años ya infectadas, por lo que contrayeron la enfermedad entre los 15 y 25 años de edad; es decir, en las primeras relaciones sexuales. Precisamente, en el caso de Monterrey la principal conducta de riesgo son las relaciones heterosexuales coitales sin uso del preservativo (CONASIDA, 1994). Así, es importante encarar el problema directamente y no negar la sexualidad del adolescente. Para que más se les asesore desde una pedagogía activa con valores democráticos y más prudentes, no constituyendo un factor facilitador o precipitante de su conducta sexual, tal como están revelando los programas aplicados en otros países (Brooks-Gunn, Boyer y Hein, 1988; Flora y Thoresen, 1988; Howard y McCabe, 1990; Lawrance, Levy y Rubinson, 1990; Joffe y Radius, 1993).

Presentamos a continuación una propuesta de diseño de programa psicodidactico de prevención del VIH en tres módulos para jóvenes nuevoleonenses:

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

IDEAS BASICAS.

Objetivos:

Especificar el significado de sexualidad, ETS, VIH y SIDA.

Examinar el proceso de transmisión y desarrollo del VIH.

Identificar las formas de evitar el proceso de transmisión y desarrollo del VIH.

PRIMERA SESIÓN

Presentación del tema

¿Cuál es la diferencia entre ETS, VIH y SIDA ?

Definición

Aspectos médicos

Educación sexual y su influencia en la reducción de casos de SIDA.

¿Qué se entiende por sexualidad ?

Importancia de la sexualidad en la adolescencia

Componentes de la sexualidad

Definición de la sexualidad

¿Qué es el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y cómo se transmite?

¿En dónde se encuentra el VIH?

¿Cómo actúa en el organismo?

Cuadro comparativo ETS/ VIH/ SIDA

¿Cómo se transmite el virus del SIDA?

Transmisión sanguínea (contacto sangre / sangre)

Transmisión sexual (contacto de fluidos infectantes / mucosas)

Coito vaginal

Coito anal
 Sexo bucogenital
 Transmisión vertical (transmisión perinatal)
 Durante el embarazo
 En el momento del parto
 Durante la lactancia
 Factores que facilitan la transmisión
 Comportamiento y situaciones de riesgo
 Para adquirir el VIH / SIDA
 Para adquirir / transmitir / reinfectarse por el VIH
 ¿Cómo se realiza el examen del VIH?
 ¿Qué hacer en caso de sospecha de haber adquirido el VIH?
 Pruebas para confirmar la seropositividad
 ¿Qué significa un resultado positivo o negativo?
 Evolución de la infección por el VIH
 Etapas de la evolución
 Primo - infección o síndrome mono - nucleósico
 Infección o período asintomático
 Infección con síntomas menores (inmuno - depresión)
 Infección grave (SIDA)
 Manifestaciones del SIDA
 Derechos de las personas portadoras del virus
 ¿Cuáles son?

SEGUNDA SESIÓN

Formas en que no se transmite el virus del SIDA
 Creencias y mitos
 Como prevenir la transmisión por vía:
 Sexual
 Educación sexual
 Abstinencia sexual
 Autoerotismo
 Sexo protegido
 Sanguínea
 Medidas higiénicas
 Controlar transfusiones
 Perinatal
 Evitar el embarazo si se sabe que se es portadora del VIH
 Práctica de la cesárea para evitar que el niño ingiera fluidos infectados
 ¿Qué es el sexo seguro?
 Alternativas para mantener relaciones sexuales sin riesgo

¿Cómo utilizar correctamente un condón?
 Pasos a seguir
 Nivel de eficacia
 Aspectos importantes al utilizar un condón

INTELIGENCIA EMOCIONAL IDEAS BASICAS.

Objetivos:

- 1.- Ampliar información relacionada con la educación afectiva.
- 2.- Contrastar esta información con la que ya se posee y aplicarla en la vida diaria.
- 3.- Desarrollar las herramientas cognoscitivas necesarias para que con esta información se desarrollen nuevas actitudes de cara a la resolución de conflictos que, tanto internos como externos, van surgiendo en la vida diaria.

PRIMERA SESIÓN

- 1.- Presentación del tema
- 2.- ¿Qué es la educación emocional o afectiva?
 A) Definición
- 3.- ¿Qué entendemos por inteligencia cerebral en contrapartida con la emocional?
 A) Diferenciar entre el CI y el coeficiente emocional

SEGUNDA SESIÓN

- 1.- Necesidades básicas
 - A) Definir las necesidades de más alto nivel y las de más bajo nivel.
 - B) Seguridad emocional: ¿qué función cumplen las figuras de apego?
 - C) ¿Qué ocurre cuando faltan esas figuras?
 - D) Apoyo social: ¿cuáles exigencias favorecen relaciones con iguales?
 - E) Objetivos de la Educación Emocional, ¿qué ocurre cuando falta un apoyo social?
 - F) Intimidación corporal: ¿qué es?
- 2.- Objetivos de la educación afectiva
 - A) Objetivos de la educación afectiva
 - B) Cómo desarrollar al máximo las funciones de las figuras de apego.
 - C) ¿Cuál es un modelo adecuado de conducta tanto en la escuela como en la familia?

TERCERA SESIÓN

- 1.- Palabras clave en la educación afectiva

- A) Afectividad: ¿Qué es? Preguntas de reflexión
- B) Autoestima: ¿Qué es? ¿Para qué sirve la educación emocional en la autoestima? Preguntas de reflexión.
- C) Empatía: ¿Qué es? ¿Cómo desarrollar la empatía en el ámbito escolar y familiar? Preguntas de reflexión.
- D) Figuras de apego: ¿Qué son? ¿Qué se necesita para tener figuras de apego fructíferas? ¿Cómo comprobar que hay un buen desarrollo en este aspecto? Preguntas de reflexión.
- E) Creatividad: ¿Qué es? Preguntas de reflexión. Variables de la educación emocional, ¿Cómo se consiguen? ¿Cómo favorece en las relaciones sociales?
- F) Autorrealización: 8 modos de alcanzarla. Preguntas de reflexión.

HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN. IDEAS BASICAS.

Objetivos:

- 1.- Asentar las bases de cómo se produce el aprendizaje de las habilidades sociales.
- 2.- Esclarecer los factores que intervienen en el diagnóstico de las habilidades sociales.
- 3.- Establecer las claves de la programación de la enseñanza de las habilidades sociales.
- 4.- Analizar las miniconductas específicas o componentes moleculares más importantes de toda conducta interpersonal.
- 5.- Detallar los componentes del adiestramiento en habilidades sociales.
- 6.- Discriminar entre la aserción, agresión y pasividad con el fin de expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma efectiva.

PRIMERA SESIÓN

Habilidades sociales.

- 1.- Conducta socialmente habilidosa y característica de la habilidad social.
 - Respuestas o hábitos adquiridos.
 - Complejidad cognitiva, compromiso intelectual.
 - Capacidad de ejecutar, la conducta, el resultado.
 - Sirven para ajustarse al medio; interacción social

- 2.- Aprendizaje social y habilidades sociales.
 - Modelo de reciprocidad
 - La conducta es experiencia del aprendizaje
 - Son resultado de un proceso intencional
- 3.- Diagnóstico de las habilidades sociales.
 - Habilidades sociales básicas:
 - Grupo 1: primeras habilidades sociales
 - Grupo 2: habilidades sociales avanzadas
 - Grupo 3: habilidades relacionadas con los sentimientos
 - Grupo 4: habilidades alternativas a la agresión
 - Grupo 5: habilidades para hacer frente al stress
 - Grupo 6: habilidades de planificación
 - Contacto humano: observar y escuchar, emitir conductas, finalidad del contacto.
 - Socialización.
- 4.- Metodología en la enseñanza de las habilidades sociales.
 - El no ajuste a la norma social
 - La pérdida del refuerzo positivo
 - La interacción, el ajuste y el recibir y emitir conductas

SEGUNDA SESIÓN

Comunicación

- 1.- Componentes verbales
 - Conducta que expresa sentimientos, actitudes, deseos opiniones, derechos.....
 - Tiene 2 objetivos:
 - Afectivos.
 - Instrumentales.
 - Contenido del habla:
 - íntimo, impersonal, sencillo, abstracto, informal, técnico.....
- 2.- Componentes no verbales.
 - La mirada.
 - La expresión facial.
 - La sonrisa.
 - Los gestos.
 - La postura.
 - La orientación.
 - La distancia / el contacto físico.
 - La apariencia personal.

- 3.- Componentes paralingüísticos
 - El volumen de la voz.
 - La entonación.
 - La fluidez.
 - La claridad.
 - La velocidad.
 - El tiempo de habla.

TERCERA SESIÓN

- 1.- Entrenamiento de habilidades sociales.
 - Modelamiento.
 - Representación de papeles.
 - Retroalimentación.
 - Generalización.
- 2.- Técnicas de entrenamiento en asertividad.
 - Expresar sentimientos (positivos o negativos).
 - Conducta asertiva.
 - Conducta pasiva.
 - Conducta agresiva.
 - Estrategias de exposición en situaciones sociales.
 - Estrategias para realizar respuestas asertivas más eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R.

Brooks-Gunn, J.; Boyer, Ch.B. y Hein, K. (1988). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents. *American Psychologist*. 43: 958-964.

CONASIDA (1994). Comportamiento sexual en la ciudad de México. Encuesta 1992-1993. México. Conasida.

Flora, J.A. y Thoresen, C.E. (1988). Reducing the risk of AIDS in adolescents. *American Psychologist*. 43: 965-970.

Howard, M. Y McCabe, J.B. (1990). Helping teenagers postpone sexual involvement. *Familiy Planning Perspective*. 22: 21-26.

Joffe, A. y Radius, S. (1993). Self-efficacy and intent to use condoms among entering college freshmen. *Journal of Adolescent Health*, 14: 262-268.

Kasen, S.; Vaugahan, R.D. y Walter, H.J. (1992). Self-Efficacy for AIDS Preventive Behaviors among Tenth Grade Students. *Health Education Quaterly*. 19. 187-202.

Kok, G.; de Vries, H.; Mude, A.N. y Strecher, V.J. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research*, 6(2): 231-238.

Lawrance, L.; Levy, S.R. y Rubinson, L. (1990). Self-efficacy and AIDS prevention for pregnanteens. *Journal of School Health*. 60: 19-24.

Levinson, R. A. (1982). Teenage women and contraceptive behavior: Focus on self-efficacy in sexual and contraceptive situations. Unpublished Doctoral Dissertation. Stanford, CA: Stanford University.

López, F. y Padilla V. SIDA, comunicación y educación; evaluación diagnóstica para el diseño, planeación y realización de un programa psicodidáctico del SIDA en jóvenes de 13 a 18 años del estado de Nuevo León. En M. Ribeiro y Raúl E. López (Eds.). Políticas sociales sectoriales: Tendencias actuales. México: Editorial Univ. Autónoma de N. L. 1999; I: 225-240.

López, F.; Salinas, M.C.; y Landero, R. Se perciben más autoeficaces las mujeres en la prevención de conductas de riesgo sexual. Perspectivas Sociales 1999; 2(2): 77-86

López, F., Padilla, V. Conductas de riesgo sexual y clase social: Autoeficacia percibida. Rev. Sociotam . 2000; 10(2).

Maddux, J. E. (Ed.). (1993). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. New York: Plenum.

O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.

Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.

Ochoa, O.; Bayés, R. y Villamarín, F. (1995). El SIDA en los adolescentes mexicanos: Un análisis de las conductas de riesgo desde la teoría de la autoeficacia. *Revista Psicológica Contemporánea*. 5(2): 46-55.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.

Apendice– ENCUESTA APLICADA EN EL ESTUDIO

Edad _____ Sexo: Masc _____ Fem _____ Estado Civil _____
Total de personas que viven en tu casa (incluyéndote) _____
Cuántos cuartos para dormir tiene tu casa _____
Viven en tu casa otros parientes o hermanos(as) casados(as) SI _____ NO _____
Ultimo grado escolar que terminado _____ ¿Estudias actualmente? SI _____ NO _____ ¿Trabajas actualmente? SI _____ NO _____ Col. en que vives: _____

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a circular el grado de seguridad que creas tener.	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total segur
A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales ...?.					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos?	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas?	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto?	11	11	11	11	11
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de ...?.					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a?	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...?.					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón?	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? (mariguana, resistol, tinner)	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	9	9	9	9	9
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	12	12	12	12	12

Circula el grado de acuerdo que creas tener en relación a la siguiente serie de preguntas	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
D) Expresa el grado de acuerdo que tengas.					
1. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón.	1	1	1	1	1
2. El hombre es el que debe de comprar los condones.	2	2	2	2	2
3. El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual.	3	3	3	3	3
4. La mujer debe de traer los condones.	4	4	4	4	4
5. Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas.	5	5	5	5	5
6. El uso del condón es bueno para mi salud.	6	6	6	6	6
7. El uso del condón disminuye la satisfacción sexual.	7	7	7	7	7
8. Mi situación económica me permite comprar condones.	8	8	8	8	8
9. Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo.	9	9	9	9	9
10. Las relaciones sexuales solo deben de tenerse con la misma persona de por vida.	10	10	10	10	10
11. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales.	11	11	11	11	11
12. El SIDA es algo muy difícil que me de, aunque no me proteja.	12	12	12	12	12
13. Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es	13	13	13	13	13

La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste principalmente de: (Marca sólo aquella que consideres la más importante:

a) Amigos b) Libros c) Revistas d) Periódicos e) Televisión f) Escuela g) Papá h) Mamá

Sobre qué tema de sexualidad te gustaría tener más información: _____

Quién te ha proporcionado la información sobre sexualidad que consideras más importante:

Has tenido relaciones sexuales No Si

¡CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES!

¿Utilizaste el condón? No Si A veces

¿A qué edad fue tu primera relación sexual? ____ años

Tu primera relación sexual fue: Algo que planeaste Algo no planeado

En que lugar fue tu primera relación sexual:

a) En una casa. b) En un auto c) En un hotel d) En despoblado e) En la calle f) Otro ¿cuál?

Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales: _____

Actualmente si quieres tener una relación sexual:

- a) Tratas de planear el lugar, la situación y los detalles.
b) Dejas que todo suceda en forma natural y espontánea.

Menciona la razón principal por la cual no se usó el condón en alguna de tus relaciones sexuales (o en todas)

¿Cuál crees que es la efectividad del condón cuando se utiliza correcta y adecuadamente?

- a) 95 al 100% b) 90 al 100% c) menos de 90%

De las siguientes opciones, selecciona en base a su importancia las tres que consideres de más riesgo para contraer el SIDA.

Escribe en el paréntesis () la letra que corresponda a tu respuesta .

- a) Tener relaciones sexuales sin condón.
- b) Recibir transfusiones de sangre
- c) Ser infiel a la pareja
- d) Tener relaciones sexuales anales
- e) Tener relaciones sexuales por presión (amigos/as)
- f) Combinar el alcohol y las relaciones sexuales
- g) Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado
- h) Tener más de un(a) compañero(a) sexual
- i) Tener relaciones sexuales ocasionales (no planificadas)
- j) Tener relaciones sexuales con otra persona basándote en su apariencia saludable
- k) Tener relaciones homosexuales
- l) Tener relaciones sexuales con prostitutas
- m) Tener relaciones sexuales con el novio o novia
- n) Tener relaciones sexuales por placer
- o) Tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas

RESPUESTAS

() La de primer lugar en riesgo. () La de segundo lugar en riesgo. () La de tercer lugar en riesgo.