

Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios

Luciana Ramos Lira*
Rolando Díaz-Loving**
Gabriela Saldívar*
Ydalia Martínez Y.**

Summary

The present study was conducted to obtain the beliefs related to the origin of AIDS in university students, as well as their relationship to demographic variables, knowledge and attitudes about AIDS, condom use, sexual behavioral patterns and perception of risk of infection by HIV. The interest in the area of beliefs stems from the large amount of national and international literature reporting that up to date, and against what should be expected, the knowledge of the syndrome is heavily influenced by prejudice and stereotyped beliefs.

The results of knowledge, attitudes, beliefs, risk perception and sexual practices in relation to AIDS, were obtained from a sample of 278 students (52% male and 48% female) with a mean age of 21.6 years, from the schools of Veterinary and Political Sciences of the Universidad Nacional Autónoma de México.

The questionnaire was developed based on the dimensions utilized by the World Health Organization and The Mexican National Council for AIDS (CONASIDA) for the areas of sexuality and AIDS. One-hundred and thirteen items were created and included in one of the eight areas:

- sociodemographic data,
- sexual life,
- contraception and condom use,
- knowledge and attitudes towards condom use,
- knowledge and attitudes towards AIDS,
- history of sexually transmitted diseases,
- history of needle use and
- drug consumption.

In addition, in order to evaluate the beliefs about the origin of AIDS, 13 items related to different explanations of the origin such as "AIDS is a punishment of God", "Is a result of having sexual relationships with prostitutes", "Is characteristic of people of low socio-economic levels", were included. Each item was placed on a 3 point likert scale measuring level of agreement to the statements.

Results show that the beliefs more accepted by the students were those which saw the origin of AIDS in the loss of values and irresponsibility in general, followed by beliefs related to lack of hygiene, immoral life, having sexual relationships with prostitutes, not controlling sexual urges and having a bisexual orientation. The beliefs least agreed on were with AIDS being a punishment of God and that AIDS would result from having sex with more than one person.

Analyses of variance for the beliefs by gender, sexual patterns and professional career showed several significant

differences. For example, females reported that AIDS is originated by sexual relationships with prostitutes more than males ($\bar{x} = 2.5$ vs. $\bar{x} = 2.2$, $F = 11.314$ (1,256) gl $p < .001$) and that AIDS is a product of lack of hygiene ($\bar{x} = 2.7$ vs. $\bar{x} = 2.5$, $F = 7.642$ (1,259) gl $p < .01$). Students from Veterinary showed higher means than students of Political Sciences in the same beliefs of the gender differences ($\bar{x} = 2.5$ vs. $\bar{x} = 2.2$, $F = 9.759$ (1,256) gl $p < .01$ and $\bar{x} = 2.7$ vs. $\bar{x} = 2.5$, $F = 4.665$ (1,259) gl $p < .05$, respectively).

Factor analysis with orthogonal rotation of the beliefs yielded two conceptually congruent dimensions, with factor weights larger than .40. The first factor which was termed "Moral" (6 items), reflects beliefs closely related to loss of values and irresponsibility ($\alpha = .56$), the mean for the dimension was 2.37 with a SD of $\pm .37$. The second factor was called "Social/sexual" (3 items) and refers to beliefs that AIDS basically originates for lack of adequate sexual orientation and education ($\alpha = .65$, $\bar{x} = 1.94$, $SD = \pm .61$). The correlation between factors was $r = .26$.

The two factors were correlated or submitted to analysis of variance with variables of knowledge and attitudes towards AIDS and condom use, sexual behavior and risk perception.

For the moral dimension, those student who considered condoms adequate for use with wives and regular partners had higher morality beliefs ($\bar{x} = 2.4$) than those that did not ($\bar{x} = 2.3$), $F(1,236) = 4.27$; $p < .05$. With relation to sexual behavior, the fewer sexual partners in life was correlated with more moral beliefs ($r = -.21$). While students who confessed at least one occasion in which they should have protected themselves from HIV transmission and did not, had less moral beliefs regarding the origin of AIDS ($\bar{x} = 2.2$) than those who said they had never been in danger ($\bar{x} = 2.4$), $F(1,238) = 4.54$; $p < .05$.

For the Social/sexual dimension, significant correlations with beliefs about risk practices were found. For example, those who indicated that it is more risky to have sexual relations with many people ($r = .22$; $p < .001$), engage in mutual masturbation with occasional sexual partners ($r = .19$; $p < .001$), having sexual relations using a condom with someone who uses drugs with needles ($r = .19$; $p < .01$), using public bathrooms ($r = .16$; $p < .01$) and having oral sex with an unknown person ($r = .16$; $p < .01$), had higher scores in the beliefs that indicate that AIDS originates in sexual orientation and lower socio-economic groups. At the same time, those students who said that condom use goes against their religious principles ($\bar{x} = 2.2$ vs. $\bar{x} = 1.9$; $F(1,237) = 6.65$; $p < .05$) and those who did not have a regular sexual partner ($\bar{x} = 2.0$ vs. $\bar{x} = 1.8$; $F(1,247) = 7.56$, $p < .01$) had higher scores in the Social/sexual dimension.

The findings of the present study unfortunately indicate a persistence in beliefs that associate the origin of AIDS with moral evaluations and not with specific behavioral patterns. The results are discussed considering the implications of the stigma and prejudice that persist around

* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

** Departamento de Psicología Social, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

AIDS and its victims, including among others the "just world" hypothesis advanced by Lerner (1980).

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo conocer las creencias relacionadas con el origen del SIDA en estudiantes universitarios y su relación con algunas variables demográficas y otros aspectos tales como conocimientos sobre el SIDA, actitudes hacia éste y al uso del condón, vida sexual y percepción de riesgo.

A partir de un estudio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA realizada en estudiantes de la Universidad Autónoma de México, se presentan los resultados obtenidos en 278 participantes de ambos sexos. Un 52% de hombres y un 48% de mujeres, con una edad promedio de 21.6 años \pm 2.77; 35% estaban inscritos en la carrera de Veterinaria y el 65% restante en Ciencias Políticas.

El instrumento, construido con base en las dimensiones e indicadores utilizados por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) para este tópico, se constituyó por 113 reactivos. Así mismo, para evaluar las creencias sobre el origen del SIDA, se incluyeron 13 preguntas relacionadas con explicaciones de diferente tipo tales como "el SIDA es un castigo de Dios", "es resultado de tener relaciones sexuales con prostitutas", "se origina en personas de escasos recursos", etc. Las preguntas eran respondidas en un rango de (1) en desacuerdo (3) de acuerdo. Los sujetos respondieron en forma grupal y autoadministrada el instrumento.

Los resultados muestran que las creencias que recibieron mayor aceptación por parte de los estudiantes fueron explicaciones tales como que el SIDA es resultado de la pérdida de valores y la irresponsabilidad, seguidas por aquellas relacionadas con la falta de higiene, la vida inmoral, las relaciones sexuales con prostitutas, el no controlar la ansiedad sexual y tener relaciones sexuales con personas de ambos sexos. Se observaron diferencias por género, tipo de carrera y experiencia sexual en cuanto a estas creencias.

El análisis factorial paso a paso con rotación ortogonal arrojó dos dimensiones conceptualmente congruentes, cuyos reactivos mostraron cargas superiores a .40.

La primera dimensión fue denominada "Moral", por reflejar creencias estrechamente relacionadas con la idea de que el SIDA es resultado de la pérdida de valores, irresponsabilidad, etc. ($\bar{x} = 2.37 \pm .37$). La segunda, se denominó "Social/sexual", por reflejar creencias de que el SIDA se da en los grupos sociales de escasos recursos económicos y básicamente por falta de orientación y educación sexual ($\bar{x} = 1.94 \pm .61$).

Estos factores fueron sometidos a correlaciones de Pearson o a análisis de varianza con variables relacionadas con conocimientos y actitudes hacia el SIDA y el uso del condón, vida sexual y percepción de riesgo. Los hallazgos indican que desafortunadamente persisten ciertas creencias asociadas al origen del SIDA que tienen que ver en gran medida con la evaluación moral de su causalidad, particularmente con el hecho de ser una enfermedad transmitida sexualmente. Los resultados son discutidos considerando el estigma y prejuicio que persiste respecto al SIDA y las víctimas de éste, incluyendo la posible influencia de la "hipótesis del mundo justo" de Lerner (1980).

Introducción

El conocimiento sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha sido fuertemente influido por una serie de creencias y actitudes equivocadas, relacionadas principalmente con el hecho de

que el virus que lo origina (VIH) es transmitido, entre otras formas, por la vía sexual y por que inicialmente las víctimas en el mundo occidental fueron los grupos homosexuales. Estas dos características parecen haber llevado a reacciones de miedo y confusión frente a las formas de contagio que no son nuevas. En general las enfermedades venéreas "...siempre inspiran miedo al contagio fácil y provocan curiosas fantasías de transmisión por vías no venéreas en lugares públicos" (24, pág. 33). Además, el hecho de que el SIDA apareciera primeramente en los grupos mencionados, ha llevado a reacciones de hostilidad hacia personas con una orientación homosexual y a que a todas las víctimas de SIDA se les considere pertenecientes a este grupo. Esta situación es aún más alarmante considerando que en América Latina, los indicadores epidemiológicos señalan que la distribución de casos está aumentando en poblaciones heterosexuales, sobre todo en mujeres cuya pareja es bisexual o utiliza drogas intravenosas (21). De este modo, el conocimiento sobre esta enfermedad parece estar muy enlazado con ciertas creencias equivocadas.

Según Pepitone (18) las creencias son conceptos normativos creados y fuertemente enraizados en grupos culturales, por lo que es difícil cambiarlas por medio de las estrategias planteadas tradicionalmente para el cambio de actitudes. Al ser "...estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa (...incluyendo) cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida" (19, pág. 63), las creencias se diferencian del conocimiento por su componente evaluativo y por tener varias funciones psicológicas: proporcionar apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal.

Jodelet (12) agrega que la creencia es un saber transmitido por los grupos ideológicos con los cuales interactúa el individuo, que las acredita y las considera verdaderas. Por esto las creencias dependen de factores culturales, históricos, individuales y ecológicos. Las creencias tienen una coherencia interna por medio de una lógica que organiza enunciados inverificables y forman parte del concepto de representación social, que involucra a una imagen conteniendo significados que permiten a los individuos o grupos interpretar y clasificar circunstancias. Son "...sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede e incluso, dar sentido a lo inesperado.." (13, pág. 472).

Las creencias se han hecho cada vez más especializadas, a fin de enfrentar sucesos de la vida cotidiana. Esto ha sucedido con fenómenos tales como las enfermedades, las cuales en muchos casos, como señala Sontag (24), no han sido tratadas simplemente como lo que son, situación más marcada en el caso del SIDA por las características ya mencionadas. Así, aunque según la clasificación de Pepitone (19) acerca de las creencias, aquellas relacionadas con la enfermedad inicialmente pueden ubicarse en la categoría natural-material, las referi-

das al SIDA parecen estar fuertemente enlazadas con creencias de tipo moral. Al respecto, Pescador y Bronfman (18) señalan que en este siglo en el cual se presume de la separación del discurso médico del teológico, del éxito en el enfrentamiento de epidemias y de no hacer interpretaciones metafóricas de enfermedades, el SIDA ha desafiado espacios públicos y privados de la vida humana. Aunque es un fenómeno nuevo como enfermedad, ha desatado reacciones tan antiguas como las que surgieron antes con la "peste", entendida ésta como una categoría cultural que refleja el desconocimiento o la amenaza de una enfermedad considerada irremediable. En este sentido, el buscar culpables y marginar a un grupo por considerar que sus miembros son las víctimas únicas de la enfermedad o transmisores premeditados del mal, es una "solución" que pretende marginar, presuponiendo que esto acabará con la enfermedad. Por tanto, no es sorprendente que las creencias acerca del origen del SIDA estén fuertemente influidas por prejuicios. Castro Pérez (5) define al prejuicio como una actitud hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, generada simplemente por su sola pertenencia a éste, pues se presume que comparte ciertas cualidades objetables. Consta de dos elementos básicos: una actitud negativa hacia alguien, y una creencia sobregeneralizada a propósito de ese alguien o del grupo al que pertenece. Señala que el prejuicio tiene una condición refractaria a evidencias contrarias por lo que por lo general son las creencias las que se adaptan y amoldan a la actitud negativa.

Esto ha sucedido mucho con el SIDA y su asociación con ciertos grupos, particularmente desde el punto de vista de la "moralidad". Es decir, con un orden en el cual los buenos son premiados y los malos castigados. Dichas creencias están muy relacionadas con la "hipótesis del mundo justo" de Lerner (16), según la cual las personas tienden a atribuir cualidades morales a aquellos que han tenido experiencias deseables o indeseables. Benson y Ritter (1) mencionan que las personas que sostienen esta creencia comúnmente también presentan actitudes tales como: autoritarismo, una orientación religiosa fundamentalista, creencia de que los pobres reciben lo que merecen y apoyo para mantener el *status-quo* sociopolítico, entre otras.

Al respecto, algunos resultados de la investigación a nivel internacional parecen apoyar la relación entre el SIDA y las creencias morales, particularmente sobre el "mundo justo". Se ha encontrado que personas heterosexuales, así como aquéllas con pocos conocimientos sobre el SIDA, reportan un alto porcentaje de actitudes negativas hacia los grupos de homosexuales y prostitutas (22,23). Kegeles, Coates, Christopher y Lazarus (14) han denominado a este tipo de confusiones "estigma relacionado con el SIDA", el cual puede llevar a que las verdaderas prácticas de riesgo no sean reconocidas, mientras que otras sean falsamente consideradas como foco de infección.

La situación en México no es mucho mejor. Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda (12) en una revisión de estudios realizados en 1987 con diferentes grupos, reportan que la población general y las personas dedicadas a la prostitución tenían menos conocimientos que los estudiantes, el personal de salud y los homosexuales. A pesar de estas diferencias, es preocupante que en todos estos grupos, aunque existían actitudes de solidaridad y preocupación para con los enfermos de SIDA, altos porcentajes de personas se pronunciaron por su aislamiento. La población general, los estudiantes y el personal de salud consideraron entre un 40% y un 60% que el SIDA es una enfermedad de homosexuales, mientras que éstos y las prostitutas consideraron en mucho mayor porcentaje que era una enfermedad que podía atacar a cualquiera. Es de interés que aún en los grupos más informados sobre las vías de transmisión del VIH seguían persistiendo creencias erróneas como lo son el contagio en albercas públicas, por contacto diario en escuela, trabajo y hogar y por piquetes de mosco. Con base en lo anterior, el objetivo del presente trabajo es conocer las creencias relacionadas con diferentes explicaciones acerca del origen del SIDA en estudiantes universitarios. Estas creencias son analizadas a partir de variables demográficas, así como con otros aspectos relacionados como conocimientos sobre el SIDA, actitudes hacia éste y uso del condón, vida sexual y percepción de riesgo.

Método

Se llevó a cabo un estudio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales y de salud, conductas de prevención, percepción de riesgo e intenciones conductuales relacionadas con el SIDA en estudiantes de 25 carreras de la Universidad Autónoma de México, a través de un muestreo por cuotas según sexo y semestre.

Sujetos

De los 3 064 estudiantes que participaron en este estudio, para este trabajo se analizan los datos de 278 de ellos. Un 52% pertenecían al género masculino y un 48%, al femenino, con una edad promedio de 21.6 años \pm 2.77; 35% estaban inscritos en la carrera de Veterinaria y el 65% restante en Ciencias Políticas. Un 59% había tenido relaciones sexuales en su vida y un 41% reportó no haberlas tenido.

Instrumento

Se construyó un cuestionario autoaplicable que abarca los aspectos de interés, tomando como base las dimensiones e indicadores utilizados por la Organización Mundial de la Salud y el CONASIDA para este tópico. Las preguntas involucraron tanto

opciones de respuesta cerradas como abiertas. Una primera versión fue piloteada en 100 estudiantes del 3er semestre de la Facultad de Psicología de la UNAM, considerando grupos ya constituidos.

A partir de esta prueba se definieron las secciones del instrumento en su versión definitiva, el cual se constituyó por 113 reactivos incluidos en ocho secciones:

- a) datos generales,
- b) vida sexual,
- c) anticoncepción y uso del condón,
- d) conocimientos y actitudes hacia el condón,
- e) información y actitudes hacia el SIDA,
- f) enfermedades sexualmente transmisibles,
- g) inyecciones y
- h) consumo de drogas.

Asimismo, se aplicaron diferentes instrumentos breves a ciertas carreras particulares, a fin de poder explorar otras variables psicológicas de interés. Para evaluar las creencias sobre el origen del SIDA, se incluyeron 13 preguntas relacionadas con explicaciones de diferente tipo tales como "el SIDA es un castigo de Dios", "es resultado de tener relaciones sexuales con prostitutas", "se origina en personas de escasos recursos", etc. Las preguntas eran respondidas en un rango de (1) en desacuerdo (3) de acuerdo. Este cuestionario fue aplicado a las carreras de Ciencias Políticas y Veterinaria. Los sujetos respondieron el instrumento en forma grupal y autoadministrada, teniendo una duración aproximada de 40 a 50 minutos.

Resultados

Las creencias que recibieron mayor aceptación por parte de los estudiantes (tabla 1) fueron explicaciones tales como que el SIDA es resultado de la pérdida de valores y la irresponsabilidad, seguidas por aquellas relacionadas con la falta de higiene, la vida inmoral, las relaciones sexuales con prostitutas, el no controlar la ansiedad sexual y tener relaciones sexuales con personas de ambos sexos. Las creencias con medias más bajas se relacionaron con que el SIDA es un castigo de Dios y es resultado de tener relaciones sexuales con más de una persona.

Se realizaron análisis de varianza de una entrada para observar si existían diferencias en las creencias en cuanto al género, el tipo de carrera y la experiencia sexual.

Respecto al género, las mujeres reportaron en mayor grado que los hombres, las creencias de que el SIDA se origina por relaciones sexuales con prostitutas ($\bar{x} = 2.5$ vs. $\bar{x} = 2.2$; $F(1,256) = 11.31$; $p < .001$), que el SIDA es producto de la falta de higiene ($\bar{x} = 2.7$ vs. $\bar{x} = 2.5$; $F(1,259) = 7.64$; $p < .01$), de la irresponsabilidad ($\bar{x} = 2.8$ vs. $\bar{x} = 2.7$; $F(1,260) = 4.21$; $p < .05$) y en forma marginal, que es resultado de no controlar la ansiedad sexual ($\bar{x} = 2.5$ vs. $\bar{x} = 2.3$; $F(1,260) = 3.03$; $p < .09$).

Considerando el tipo de carrera observamos que los estudiantes de Veterinaria presentaron medias

TABLA 1
Medias de las creencias sobre el origen del SIDA

<i>El SIDA</i>	<i>Medias</i>	<i>D.E.</i>
Es resultado de la pérdida de valores	2.7	62
Es resultado de la irresponsabilidad	2.7	59
Es resultado de la falta de higiene	2.6	70
Es resultado de un estilo de vida inmoral	2.6	74
Es resultado de tener relaciones con prostitutas	2.4	79
Es resultado de no poder controlar la ansiedad sexual	2.4	79
Es resultado de tener relaciones con personas de ambos sexos	2.4	71
Es resultado de la falta de cuidado	2.1	78
Es resultado de la falta de orientación sexual	2.0	79
Se origina en personas de escasos recursos	1.8	79
Es resultado de no usar preservativos	1.5	71
Es un castigo de Dios	1.3	63
Es resultado de haber tenido relaciones sexuales con más de una persona	1.2	53

significativamente más altas que los de Ciencias Políticas en estas creencias tales como que el SIDA es producto de tener relaciones sexuales con prostitutas ($\bar{x} = 2.5$ vs. $\bar{x} = 2.2$; $F(1,256) = 9.75$; $p < .01$), de la falta de higiene ($\bar{x} = 2.7$ vs. $\bar{x} = 2.5$; $F(1,259) = 4.66$; $p < .05$), de un estilo de vida inmoral ($\bar{x} = 2.6$ vs. $\bar{x} = 2.4$; $F(1,259) = 5.16$; $p < .05$), de la falta de cuidado ($\bar{x} = 2.4$ vs. $\bar{x} = 2.0$; $F(1,259) = 14.06$; $p < .001$), que se origina en personas de escasos recursos ($\bar{x} = 2.0$ vs. $\bar{x} = 1.6$; $F(1,259) = 13.00$; $p < .001$) y por falta de orientación sexual ($\bar{x} = 2.2$ vs. $\bar{x} = 1.9$; $F(1,256) = 8.81$; $p < .01$).

Respecto a la vida sexual, los estudiantes que no habían tenido relaciones sexuales reportaron en mayor grado que los que las habían tenido, que el SIDA es resultado de relaciones sexuales con prostitutas ($\bar{x} = 2.5$ vs. $\bar{x} = 2.3$; $F(1,256) = 4.20$; $p < .05$), de la falta de higiene ($\bar{x} = 2.2$ vs. $\bar{x} = 2.0$; $F(1,259) = 4.15$; $p < .05$) y de no controlar la ansiedad sexual ($\bar{x} = 2.5$ vs. $\bar{x} = 2.3$; $F(1,260) = 4.01$; $p < .05$).

A partir de un análisis de varianza de tres entradas considerando las variables mencionadas, observamos interacción entre éstas en algunas creencias, aplicándose la prueba post-hoc de Scheffé ($p < .05$) para definir las claramente. Las mujeres que no habían tenido relaciones sexuales creían en mayor grado que el SIDA es resultado de un estilo de vida inmoral ($\bar{x} = 2.7$) que aquellas que si habían tenido ($\bar{x} = 2.3$) $F(3,257) = 3.42$; $p < .05$). Las mujeres que cursaban la carrera de Veterinaria creían en mayor medida que el SIDA es producto de la falta de orientación sexual ($\bar{x} = 2.4$), en comparación con los hombres y mujeres de la carrera de Ciencias Políticas ($\bar{x} = 2.0$ y 1.9 , respectivamente) ($F(3,254) = 5.46$; $p < .01$).

El análisis factorial paso a paso con rotación ortogonal arrojó dos dimensiones conceptualmente con-

TABLA 2
Análisis factorial de las creencias sobre el origen del SIDA

	1	2
1.- Moral (AV 3.26)		
2.- Social/Educacional (AV 2.15)	% VAR	% VAR
	25.1	16.6
<i>El SIDA es resultado de:</i>		
Pérdida de valores	.79	.04
Irresponsabilidad	.66	-.04
Estilo de vida inmoral	.56	.51
No control de la ansiedad sexual	.55	-.05
Relaciones sexuales con personas de ambos sexos	.46	.23
Castigo de Dios	-.45	.12
alpha = .56		
<i>Personas de escasos recursos</i>		
Falta de cuidado	.09	.75
Falta de orientación sexual	.02	.59
	-.02	.54
alpha = .65		

gruentes, cuyos reactivos mostraron cargas superiores a .40.

La primera dimensión fue denominada "Moral" (6 reactivos), por reflejar creencias estrechamente relacionadas con la idea de que el SIDA es resultado de la pérdida de valores, irresponsabilidad, etc. ($\bar{x} = 2.37 \pm .37$). La segunda se denominó "Social/sexual" (3 reactivos), por reflejar creencias de que el SIDA se da en los grupos sociales de escasos recursos económicos y básicamente por falta de orientación y educación sexual, obteniendo una media más baja, de $1.94 \pm .61$. La correlación entre ambas dimensiones fue de $r = .26$ ($p < .001$)

Las dos dimensiones fueron analizadas en términos de correlaciones de Pearson en las variables con un nivel de medición ordinal/intervalar y en análisis de varianza de una entrada en las variables de tipo nominal. Dichas variables incluían diversos aspectos como creencias, actitudes, conductas y percepción de riesgo de contagio de SIDA en diferentes grupos. Dada la gran cantidad de análisis realizados, reportaremos solamente aquellos en los que se obtuvieron resultados significativos.

Factor moral

En lo referente a conocimientos y actitudes, se encontró que los estudiantes que tendían a dar explicaciones morales sobre el origen del SIDA también creían que el tener sexo oral con un desconocido es una conducta riesgosa para contagiarse de SIDA ($r = .18$, $p < .01$). Así mismo, los que consideraron que el condón es apropiado para usarse con las esposas o parejas habituales obtuvieron una media mayor en moralidad ($\bar{x} = 2.4$) en comparación con los que no lo creían ($\bar{x} = 2.3$) ($F(1,236) = 4.27$; $p < .05$), y en forma marginal, los estudiantes que creían que el condón no era apropiado para usarse con parejas ocasionales presentaron un puntaje mayor en moralidad ($\bar{x} = 2.5$) que

los que no lo creían ($\bar{x} = 2.4$) ($F(1,238) = 2.79$; $p < .09$).

Respecto a la conducta sexual, se observó que a menor cantidad de parejas sexuales en la vida, mayor creencia en el factor moral ($r = -.21$, $p < .01$). Los estudiantes que consideraron que al menos en una ocasión debieron de haberse protegido de la infección y no lo hicieron, presentaron un puntaje menor en este factor ($\bar{x} = 2.2$) que los que consideraban que nunca habían estado expuestos a una situación de riesgo ($\bar{x} = 2.4$) ($F(1,238) = 4.54$; $p < .05$). Asimismo, los que no habían tenido alguna enfermedad sexualmente transmisible presentaron mayor moralidad ($\bar{x} = 2.4$) que los que sí habían tenido ($\bar{x} = 2.0$) ($F(1,230) = 4.53$; $p < .05$).

Factor social/sexual

En cuanto a conocimientos sobre prácticas de riesgo, los estudiantes que tendían a dar explicaciones sociales sobre el origen del SIDA, también tendían a considerar como prácticas de riesgo el tener relaciones sexuales con muchas personas ($r = .22$, $p < .001$), la masturbación mutua con una pareja ocasional ($r = .19$, $p < .001$), el tener relaciones sexuales con condón con una persona que se inyecta drogas ($r = .17$, $p < .01$), usar baños públicos ($r = .16$, $p < .01$) y tener sexo oral con un desconocido ($r = .16$, $p < .01$).

Asimismo, los estudiantes que manifestaron que el uso del condón va en contra de su religión, presentaron un puntaje mayor en este factor ($\bar{x} = 2.2$) que los que no lo manifestaron ($\bar{x} = 1.9$) ($F(1,237) = 6.65$; $p < .05$). De hecho, a mayor influencia de la religión en la forma de actuar, mayor creencia en la dimensión social/sexual ($r = .19$, $p < .01$). Los estudiantes que estaban de acuerdo con que no usar condón es motivo suficiente para rechazar tener relaciones sexuales presentaron un puntaje mayor en este factor ($\bar{x} = 2.0$) que los que no estaban de acuerdo ($\bar{x} = 1.8$) ($F(1,239) = 5.70$; $p < .05$), y en forma marginal, los que creían que el condón no es fácil de usar también presentaron puntajes mayores ($\bar{x} = 2.3$) que los que sí lo creían ($\bar{x} = 1.9$) ($F(1,240) = 3.03$; $p < .09$).

En la medida de la conducta sexual, los estudiantes que no tenían una pareja sexual regular obtuvieron puntajes más altos en el factor social/sexual ($\bar{x} = 2.0$) que los que sí la tenían ($\bar{x} = 1.8$) ($F(1,247) = 7.56$; $p < .01$) y en forma marginal, los estudiantes que no habían tenido relaciones sexuales obtuvieron puntajes más altos en este factor ($\bar{x} = 2.0$) que los que sí habían tenido ($\bar{x} = 1.9$) ($F(1,253) = 3.52$; $p < .09$). Asimismo, los que no habían sufrido alguna enfermedad sexualmente transmisible presentaron mayor puntaje ($\bar{x} = 2.0$) que los que sí habían sufrido ($\bar{x} = 1.5$) ($F(1,231) = 3.29$; $p < .10$).

En cuanto a percepción de riesgo en diferentes grupos, los estudiantes que creían en este factor, también tendieron a creer que los bisexuales en general y las mujeres homosexuales con una pareja

eran grupos con mayor riesgo de contagiarse de SIDA ($r = .23$, $p < .001$ y $r = .15$, $p < .01$, respectivamente).

Discusión

Los hallazgos del presente estudio indican que desafortunadamente persisten ciertas creencias asociadas con el origen del SIDA que tienen que ver en gran medida con la evaluación moral de su causalidad, particularmente con el hecho de ser una enfermedad transmitida sexualmente. El patrón de resultados apunta a la relación con un castigo colectivo por la "licenciosidad general" (pérdida de valores) y también con un castigo individual por irresponsabilidad. Estas creencias íntimamente relacionadas con la moral, coexisten con otras que se asocian con los valores tradicionales prevalecientes en una cultura, como lo son la higiene, las relaciones heterosexuales -mas no con prostitutas- y el control de la ansiedad sexual (24). Esto probablemente refleja un distanciamiento social entre los grupos, relacionado con factores económicos, educativos, etc., que origina estereotipos que determinan diferencias interculturales y como en este caso, intraculturales, producto de la coexistencia de sociedades modernas y tradicionales al interior de la cultura (7).

Es interesante que conductas particulares que están empíricamente relacionadas con el SIDA, tales como el tener relaciones sexuales con muchas personas y no usar preservativos, no fueron consideradas como altamente riesgosas por la mayoría de los estudiantes. Al mismo tiempo, aspectos más generales relacionados con la pérdida de valores y la irresponsabilidad, fueron caracterizados como claros orígenes del SIDA y, por tanto, considerados por una mayoría de los estudiantes como precursores del riesgo de contagio por el VIH. En un artículo anterior (8) sobre percepción de riesgo, se encontró que el tener o no relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el uso o no del condón en estudiantes universitarios, no afectaba su percepción de riesgo personal de ser contagiado por el VIH. Dichos hallazgos, junto con los del presente trabajo, apuntan a la preocupante desvinculación entre la forma de la construcción cognoscitiva y la justificación que usan los estudiantes sobre las formas de contagio de SIDA, y los comportamientos particulares necesarios para realmente reducir la posibilidad de contagio. Cabe señalar que en la sección de preguntas abiertas del cuestionario, varios sujetos indicaron que se sentían seguros de no contagiarse porque aunque habían tenido varias parejas a lo largo de su vida, cuando tenían relaciones con una persona solamente salían con ella; es decir, que una monogamia serial les da la impresión de seguridad y baja promiscuidad. Otros estudiantes mencionaban que una forma de cuidarse del contagio era teniendo relaciones sexuales con cuidado. El patrón general de resultados parece sugerir que el nivel cognoscitivo que están utilizando los sujetos

para enfrentar el SIDA, es uno de los conceptos generales, amplios y alejados de las conductas particulares necesarias para realmente resolver el problema. Esta orientación, por una parte, los protege psicológicamente, ya que la pérdida de valores y la irresponsabilidad es algo que se puede achacar a la sociedad y no a ellos mismos. Surge una forma más de la hipótesis del "mundo justo" de Lerner (16) en la que otros por amorales son castigados, pero uno mismo es percibido como moral y, por tanto, no tiene por qué contagiarse de SIDA, sobre todo si se tienen conductas consideradas como de riesgo pero "con cuidado" o con alguien con quien se tiene una relación afectiva, "nuestra pareja monógama en turno". Por la otra parte, la protección psicológica se convierte en riesgo biológico, ya que no se realizan las prácticas específicas de prevención por no percibirse como parte del grupo "amoral" que sí se puede contagiar.

En general, las mujeres presentan un mayor grado de creencias tradicionales, lo que posiblemente se relaciona con los patrones de socialización diferenciales para cada género, donde los niños son educados para ser más instrumentales, mientras que las niñas son educadas en las premisas de femineidad y abnegación. Esta situación hace que la sexualidad sea considerada por las mujeres como algo secundario y no permitido abiertamente (6). Asimismo, los estudiantes de Veterinaria, menos relacionados por su carrera con el analizar factores sociales, tuvieron creencias más tradicionales, lo que puede responder a que el mismo contexto social y de pertenencia a su grupo mantiene este tipo de creencias de menor tolerancia social a aquello que es diferente. Los estudiantes que no han tenido relaciones sexuales y, en particular, las mujeres, también presentaron este tipo de creencias; probablemente el hecho de tener una vida sexual proporciona un conocimiento mayor sobre ésta y una actitud más liberal. Lo anterior concuerda con otros estudios en América Latina, como el de Cáceres, Rosasco, Muñoz, Gotuzzo, Mandel y Hearst (4), quienes encontraron entre los adolescentes de Lima, que las mujeres presentaban una actitud más negativa a la sexualidad humana, menor apertura a la anticoncepción, así como menos conocimientos sobre sexualidad humana y conocimientos sobre SIDA que los hombres. Dichas diferencias son explicadas por los autores como consecuencia del doble papel moral y la importante carga de discriminación que persiste hacia la mujer en cuanto a lo sexual, explicación con la que concordamos, haciendo necesario enfatizar en futuros estudios en estos aspectos. Asimismo, reportan que a mayor conocimiento sobre la sexualidad humana y el SIDA, los adolescentes tenían una actitud más positiva hacia la sexualidad y la anticoncepción; mientras que a menor conocimiento sobre éstas áreas se manifestaron más creencias machistas, mayor ansiedad en relación al SIDA y la tendencia a discriminar a personas con SIDA.

Las dimensiones subyacentes arrojan aspectos interesantes. Por un lado, existe el aspecto moral

frente al SIDA, íntimamente relacionado con una percepción de "castigo justo" por la conducta personal, más que por fuerzas más allá del control (como es el castigo de Dios). Los que sufren SIDA se lo merecen por su irresponsabilidad, exceso sexual y perversión sexual (bisexualidad), es decir, por traspasar ciertos valores tradicionales. Estos hallazgos concuerdan con otros estudios, por ejemplo Kegeles y cols. (14), Blendon (3) y Memon (17) señalan que muchos estadounidenses continúan estigmatizando a las víctimas de SIDA, percibiéndolas como merecedoras de la enfermedad, como un castigo por la conducta ofensiva o inmoral. St. Lawrence (25) encontró que los estudiantes piensan más fácilmente que los homosexuales son más merecedores del SIDA por su conducta inmoral.

Como ya Castro Pérez (5) había señalado, el SIDA es una enfermedad que parece reforzar prejuicios ya existentes de parte de los "normales", asimismo estigmatiza socialmente a sus víctimas por percibirseles poseedoras de un atributo profundamente desacreditador. El estigma se asocia primeramente con lo sexual, tema muy "sensible" en nuestra cultura. En segundo lugar, con ser una enfermedad además venérea y, por tanto, asociada con una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio y en consecuencia, inmoral. En tercer lugar existe una tendencia cultural a ver con rechazo los líquidos corporales (como el sudor, la orina, la saliva y el semen), la cual se acentúa al haberse comprobado que al menos la sangre y el semen son portadores del VIH. En cuarto lugar, es una enfermedad mortal.

La creencia en la dimensión moral se relacionó con la tendencia a percibir el sexo oral con un desconocido como una práctica de riesgo de contagio del VIH, quizás por ser en sí misma esta una práctica "anormal". Las actitudes al condón parecieran llevar implícito que las relaciones sexuales son solamente permitidas en la relación matrimonial o pareja habitual, mas es inmoral usarlo con otras parejas. De hecho los estudiantes más moralistas eran los que habían tenido menos parejas sexuales en su vida, así como aquellos que no creían que deberían haberse protegido en alguna ocasión.

Larsen, Serra y Long (15) mencionan que la tolerancia social también se manifiesta en actitudes sexuales caracterizadas como liberales. La persona sexualmente liberal recomienda las prácticas de "sexo seguro", incluyendo el uso del condón. Esta tolerancia puede reflejarse también en actitudes más positivas hacia las víctimas del SIDA. Las personas sexual y socialmente conservadoras indudablemente preferirán la fidelidad marital o la abstinencia como medio de combatir el SIDA. Dado que éste se considera resultado de una conducta sexual no convencional, las actitudes sexuales liberales son, por tanto, predictivas de tolerancia. Al respecto, Bellinghausen (2) apunta que la polémica en torno a la publicidad del condón ha ejemplificado las distintas actitudes sociales hacia el SIDA y, por extensión, a la vida sexual. Para unos la monogamia es la única opción, incluso la intolerancia con-

servadora; para otros es fundamental defender la libertad sexual, en ocasiones con disposición a hacerla pública. "En el fondo se repite la pelea de siempre: tolerancia o represión" (pág. 638), y son estas posturas las que parecen presentarse también claramente en este estudio.

Por otro lado, el factor social/sexual concuerda con lo señalado por Sontag (24) respecto a que las enfermedades de tipo sexual generan una distinción entre los portadores putativos de éstas (que en general son sencillamente los pobres) y lo que se define como "población en general". Así el SIDA se percibe como una enfermedad que afecta a los ya estigmatizados, no sólo como sucedió en el primer factor por aspectos relacionados con lo que se percibe como "anormalidad" sexual, sino como en este caso, simplemente por pertenecer a un grupo socioeconómicamente desfavorecido. Al respecto, varios autores (9,11) concuerdan en señalar que el SIDA se identifica con grupos ya estigmatizados previamente, particularmente hombres homosexuales, y en países como Estados Unidos, con negros e hispanos. Al respecto, Hayes y Oziel (citados por Larsen y cols. 15) mencionan que los sesgos actitudinales hacia un grupo minoritario se asocian frecuentemente con sesgos hacia otros grupos minoritarios. Esto se relaciona con el concepto de personalidad autoritaria, cuyos rasgos desplegados continuamente, incluyen una rígida adherencia a los valores de la clase media, obediencia, respeto a la autoridad, agresión contra los no convencionales, destructividad, proyectividad (que el mundo es salvaje y peligroso) (15) y también con la hipótesis del "mundo justo" de Lerner (16). Los hallazgos de este trabajo muestran que efectivamente existen creencias de que tanto las personas con un estilo de vida inmoral, así como los pobres, son culpables de la enfermedad.

Los estudiantes con creencias de este tipo no habían tenido relaciones sexuales o no tenían pareja sexual regular. Esta dimensión subyacente se asoció con creencias de contagio casual en baños públicos o con algunas prácticas no riesgosas como la masturbación mutua o poco riesgosas como tener relaciones sexuales con condón con un usuario de drogas intravenosas, pero también se reconocieron prácticas de riesgo reales como tener relaciones sexuales con más personas y sexo oral con desconocidos. La religión se relacionó en forma interesante con esta dimensión más que con la de moralidad, así como con actitudes negativas hacia el condón. Esto pone de manifiesto que personas más conservadoras en términos de la sexualidad, son menos tolerantes hacia los grupos ajenos, lo que se relaciona con lo ya expuesto sobre el autoritarismo y las creencias en el "mundo justo". Esto se confirma con el hecho de que los estudiantes más conservadores percibieran a los bisexuales y a las mujeres homosexuales con una pareja como grupos de riesgo, siendo que en particular éstas últimas son uno de los grupos con un riesgo objetivamente menor de infección.

Se ha señalado en trabajos con estudiantes (10) que aunque tienen un buen nivel de conocimientos, solo una minoría traslada este conocimiento en cambios conductuales, sugiriéndose precisamente que esto se debe -entre otros factores- al estigma asociado con el SIDA y a no personalizar el riesgo del SIDA. Ahora bien, las manifestaciones de prejuicio y estigmatización "...no contribuyen a detener la propagación de la enfermedad sino que la favorecen, no permiten la identificación de posibles agentes de contagio sino que la inhiben, y no contribuyen a la reintegración de los enfermos a la normalidad sino que, a la marginación biológica de estos últimos, añaden la social" (5, pág. 633).

Al respecto, Pescador y Bronfman (18) señalan que por sus características, el SIDA, junto con el miedo, la incertidumbre y la ansiedad, ha puesto en marcha viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables por medio de la exacerbación de 25 prejuicios ya existentes. El difundir en forma poco responsable tales prejuicios se convierte en un aliado más de la enfermedad, pues produce reacciones antisociales que van desde la indiferencia ante los avances del mal (basada en la falsa seguridad, de que si no se es homosexual no hay riesgo), hasta la abierta hostilidad a ciertos grupos.

Los hallazgos de este estudio permiten reflexionar acerca de la importancia de las creencias como una dimensión subyacente a las actitudes y conocimientos relacionados con el SIDA. Es notable que el conocimiento social sobre el origen del SIDA parece estar todavía fuertemente influido por una serie de mitos y confusiones. ¿Qué puede estar señalando esto? Probablemente que en realidad no se ha hablado con la claridad necesaria del problema, y más aún de las prácticas de sexo seguro. La sexualidad es un tema que necesariamente debe de

considerarse e interpretarse en términos de lo social (20). Al respecto, en México -como ha sucedido en otros países- las presiones ejercidas por grupos que consideran que el hablar explícitamente de la sexualidad promoverá la promiscuidad o la homosexualidad, ha dificultado el realizar campañas más francas sobre el problema. El precio de este silencio puede ser muy elevado.

Esta situación se ha convertido en una barrera para la penetración de la información objetiva, aun cuando se tenga el acceso a ella, como es el caso de los estudiantes universitarios que a pesar de tener más conocimientos sobre el SIDA y sus formas de transmisión, también mantienen creencias estereotipadas y prejuiciosas. Por esto es probable que no sea fácil realizar un cambio de actitudes en ellos e incidir satisfactoriamente en su conducta sexual, lo que será una tarea aún mayor en grupos con menos información. Esto lleva a la necesidad de que la Psicología Social realice más investigaciones en el área de las creencias a fin de generar estrategias para que los estigmas relacionados con el SIDA disminuyan o desaparezcan; también se requiere que otras disciplinas sociales se involucren para abordar un problema como el que nos preocupa. Pero además, que más allá de las presiones sociales ejercidas por ciertos grupos, se hable claramente sobre este problema.

Agradecimientos

La investigación a partir de la cual se realizó este trabajo fue financiada en parte por el Programa de Apoyos a la Investigación e Innovación Docente de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM. 28

REFERENCIAS

1. BENSON D E, RITTER C: Belief in a just world, job loss, and depression. *Sociological Focus*, 23(1):49-63, 1990.
2. BELLINGHAUSEN H: La nueva enfermedad. *Salud Pública de México*, 30(4):635-638, 1988.
3. BLENDON R J, DONELAND K: Discrimination against people with AIDS. *The New England Journal of Medicine*, 13:1022-1026, 1988.
4. CACERES C F, ROSASCO A M, MUÑOZ S, GOTUZZO E, MANDEL J, HEARST, N: Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1,2):109-122, 1992.
5. CASTRO-PEREZ R: Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio. *Salud Pública de México*, 30(4):629-634, 1988.
6. DIAZ-GUERRERO R: *Estudios de Psicología del Mexicano*. Editorial Trillas, México, 1967.
7. DIAZ-GUERRERO R, ISCOE I: El impacto de la cultura iberoamericana tradicional y del estrés económico sobre la salud mental y física. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(2):167-211, 1984.
8. DIAZ-LOVING R, RIVERA ARAGON, S: (En prensa) SIDA: Percepción de riesgo en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación Psicológica*, 1(2), 1992.
9. DUNDES A: At ease, disease- AIDS jokes as sick humor. *American Behavioral Scientist*, 30(1):72-81, 1987.
10. EDGAR T, FREIMUTH, V S, HAMMOND S L: Communicating the AIDS risk to college students: The problem of motivation change. Special Issue: AIDS. *Health Education Research*, 3(1):59-65, 1988.
11. HEREK G M, GLUNT E K: An epidemic of stigma. *American Psychologist*, 43(11):886-891, 1988.
12. IZAZOLA J A, VALDESPINO J L, JUAREZ L G, MONDRAGON M, SEPULVEDA J: Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Bases para el diseño de programas educativos. En: J Sepúlveda Amor, M Bronfman, G Ruiz Palacios, S Stanislawski y J L Valdespino (Eds.). *SIDA Ciencia y Sociedad en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 297-336, 1989.
13. JODELET, D: La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: S Moscovici (Ed.) *Psicología Social, II. Pensamiento y Vida Social. Psicología Social y Problemas Sociales*. Paidós, Barcelona, 1986.
14. KEGELES S M, COATES, T J, CHRISTOPHER T A, LAZARUS J L: Perceptions of AIDS: the continuing saga of AIDS-related stigma. *AIDS*, 3(SUPL. 1):S253-S258, 1989.

15. LARSEN K, SERRA M, LONG E: *AIDS* victims and heterosexual attitudes. *Journal of Homosexuality*, 19(3):103-116, 1990.
16. LERNER M: *The Belief in a Just World*. Plenum Press, Nueva York, 1980.
17. MEMON A: Young people's knowledge, beliefs and attitudes about HIV/AIDS: A review of research. *Health Education Research*, 5(3) :327-335, 1990.
18. PESCADOR, J J, BRONFMAN, M N: Sociedad y SIDA: viejas reacciones frente a nuevos problemas. En: J Sepúlveda Amor, M Bronfman, G Ruíz Palacios, S Stanislawski y J L Vaidespino (Eds.). *SIDA. Ciencia y Sociedad en México*, 375-390, 1989.
19. PEPITONE A: El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7 (1) : 61-79, 1991.
20. PIÑA J A, JIMENEZ S, MONDRAGON V : La relación entre la investigación y el diseño de programas preventivos para el SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 24 (1,2): 201-211, 1992.
21. PRECIADO J, MONTESINOS L: El SIDA: Desafíos para la Psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2): 177-187, 1992.
22. PRYOR J B, REEDER G D, VINACCO R Jr, KOTT T L : The instrumental and symbolic functions of attitudes toward persons with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (5): 377-404, 1989.
23. SHEEHAN E P, LENNON R, McDEVITT T: Reactions to AIDS and other illnesses: Reported interactions in the workplace. *The Journal of Psychology*, 123 (6):525-536, 1989.
24. SONTAG S: *El SIDA y sus Metáforas*. Muchnik Editores, Barcelona, 1989.
25. St. LAWRENCE, J S, HUSFELDT B A, KELLY J A, HOOD H V, SMITH Jr. S: The stigma of AIDS: Fear of disease and prejudice toward gay men. *Journal of Homosexuality*, 19(3):85-101, 1990.
26. TITINGER J, SIMKINS L: Mandatory AIDS testing: Factors influencing public opinion. *Psychological Reports*, 65: 835-843, 1989.