

EL IMPACTO DEL SIDA SOBRE SECTORES DE POBLACION

SIN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

**José M^a León Rubio, Luisa Aguilar Domínguez y
Eva Mediavilla Durán**

*Dpto. de Psicología Social
Universidad de Sevilla*

RESUMEN

Se llevó a cabo un primer estudio para determinar la relación entre el grado de conocimiento sobre la etiología y patogenia del SIDA y las costumbres sexuales de una muestra de estudiantes universitarios, a partir de su ejecución en sendos cuestionarios elaborados al efecto. Para la selección de la muestra se utilizó un sistema de muestreo tipo cluster. Los resultados obtenidos indican que no existe relación entre el grado de conocimiento sobre el SIDA y las costumbres sexuales en una muestra de estudiantes universitarios que mayoritariamente confiesan ser heterosexuales y monógamos, sugiriéndose que tales resultados pueden deberse a que este sector de la población no percibe un riesgo objetivo de contraer la enfermedad. Indicándose que muy probablemente una línea de investigación más fructífera en lo que se refiere al impacto del SIDA sobre sectores de población sin factores de riesgo asociados, sea la de analizar la reacción de este tipo de población hacia los grupos de riesgo. Por ello, se efectuó un segundo estudio que tenía por objetivo determinar la relación entre el nivel de información sobre el SIDA y las

actitudes hacia grupos sociales marginales con factores de riesgo asociados, tales como homosexuales y toxicómanos.

ABSTRACT

The first study purpose was to determine the relationship between the level of knowledge about the ethiology and pathogeny of AIDS and sexual customs in a sample of university students. Two questionnaires developed by authors, were administered sample selected through a cluster sampling technique. The main results showed no statistically significant relationship between knowledge of AIDS and sexual customs in this sample of subjects self-defined as heterosexual and monogamous. It was suggested that these results can be due to the fact that this population sector have no perceptions of being at the risk of being infected with AIDS. Other lines of research on AIDS are discussed. A second study was carried out to determine the relationship between the level of information about of AIDS and attitudes towards marginal social groups with associated risk factors, such as homosexual and toxicoman groups.

PRIMER ESTUDIO

Como hemos señalado en otra ocasión (Martínez y León, 1987), existen numerosos factores de orden político, económico, ético y legal, asociados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que han hecho de esta enfermedad además de un problema médico, uno social (Anabitarte, 1986; Bennett, 1987; Christ y Wiener, 1985; Delgado, 1988; Rosenkrantz, 1986; Usieto, 1986; Velimirovic, 1987), generándose desde la estructura de análisis de las ciencias sociales un número importante de estudios e investigaciones (Sieber, 1986), entre las que no faltan las aportadas por la psicología (Arranz y cols., 1984, 1986; Batchelor, 1984a, 1984b; Bayés, 1986, 1989; Bayés y Arranz, 1988; Glaser y Kiecolt-Glaser, 1987; Golubjatnikov, 1983; Malyon y Pinka, 1983; Morin, Charles y Malyon, 1984), muchas de las cuales adoptan un

enfoque psicosocial al objeto de analizar el impacto psicológico y social del SIDA sobre determinados colectivos de alto riesgo y, en base a los datos obtenidos, formular programas de prevención y modelos de servicios sociales y de salud que sean eficaces y eficientes para abordar el problema (Coates, Temoshok y Mandel, 1984; Forstein, 1984; Ines y Johnson, 1986; Joseph y cols., 1984; Kessler, 1986; Martin, 1986; Martin y Vance, 1984; McWhirter, 1986; Ortiz, 1988; Starr, 1986; Triplet y Sugarman, 1987). El presente estudio se inscribe en esta línea de investigación, si bien en este caso, atendiendo la recomendación de Strudler-Walston (1984) de intentar conocer el impacto del SIDA sobre sectores de población distintos a los de alto riesgo, el interés se ha centrado en la evaluación de dicho impacto sobre el comportamiento sexual de los estudiantes universitarios, sector de población del que se carece de datos al respecto y cuyo conocimiento podría ser de gran utilidad para elaborar campañas de información dirigidas a generar hábitos de conducta preventivos, así como para evaluar la efectividad de las ya desarrolladas (Martínez y León, 1987).

En suma, el presente estudio tiene por objetivo principal comprobar si existe algún tipo de relación entre el grado de conocimiento sobre la etiología y patogenia del SIDA y los hábitos y costumbres sexuales de una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Sevilla, a partir de su ejecución en sendos cuestionarios contruidos a tal efecto. Asimismo, se pretende analizar dicha relación en función de las variables edad y sexo.

METODO

La población del presente estudio estuvo compuesta por la totalidad de los alumnos matriculados durante el curso 88-89 en la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación (Sección Psicología) de la Universidad de Sevilla.

Para la selección de la muestra se utilizó un sistema de muestreo tipo cluster; tomando como unidades los grupos de clase, de los que se seleccionaron aleatoriamente la mitad. La muestra utilizada en este estudio presentaba las siguientes características: 244 sujetos voluntarios, de los cuales 100 (41%) eran hombres y 144 (59%) mujeres, con un rango

de edad comprendido entre 17 y 37 años, y una edad media de 20.26 años.

Se utilizó un diseño descriptivo, en el que al margen de la medición y evaluación de las variables enumeradas anteriormente en la formulación del objetivo de la investigación, se controlaron otras dos: el ser donante de sangre y el haber recibido una transfusión sanguínea dentro de los doce últimos meses.

Por lo que respecta a las principales variables de este estudio, cabe señalar que el "grado de conocimiento sobre el SIDA" fue medido a partir de un índice numérico resultante de sustraer al número de aciertos el número de errores cometidos por cada sujeto en la ejecución del Cuestionario sobre "Conocimiento de la etiología y patogenia del SIDA". Los ítems "en blanco", sin respuesta, no fueron computados. Dicho cuestionario fue elaborado expresamente para esta investigación en base a la documentación científica existente sobre el tema (De Vita, Hellman y Rosenberg, 1985; Delgado, 1988; Fumento, 1987; Rothenberg et al., 1987; Soberón, 1988; Usieto, 1987) y al análisis de contenido efectuado por Martínez, Godoy y Bautista (1988) sobre la información aparecida en los principales diarios de Andalucía durante el año 1985 respecto al SIDA. El referido cuestionario consta de 22 preguntas de información sobre diferentes aspectos de la etiología y patogenia del SIDA. De ellas 21 son cerradas con dos opciones de respuesta, la afirmativa y la negativa, y una abierta. La máxima puntuación que se puede alcanzar en el mismo es de 22 puntos.

La variable "hábitos y costumbres sexuales" no fue transformada en índice numérico alguno y su evaluación se efectuó a partir de la ejecución de los sujetos en un cuestionario diseñado con tal fin en base al trabajo previo de Aragonés (1980). Dicho cuestionario consta de 17 preguntas, según su contenido, 16 de ellas son de acción y 1 de intención. Por lo que respecta al tipo de respuesta que admiten del encuestado, 13 son cerradas con dos opciones de respuesta, la afirmativa y la negativa, y 4 categorizadas en múltiples opciones de respuesta.

Ambos cuestionarios van precedidos de 5 preguntas de identificación que tienen por objetivo determinar la edad, el sexo y estado civil del encuestado, y si es donante de sangre o ha recibido una transfusión sanguínea durante los doce últimos meses. Sendos cuestionarios se incluyen en anexo aparte. En el primero de ellos, hemos destacado la opción de respuesta considerada como verdadera.

El procedimiento para la aplicación de los cuestionarios fue el siguiente: Una vez elaborados éstos, fueron administrados en el orden inverso al que han sido expuestos anteriormente, de forma colectiva, en horas lectivas, y sin límite de tiempo para su ejecución. En las instrucciones se aseguró el anonimato. Los datos obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios fueron codificados y procesados mediante un ordenador marca IBM, modelo XT, y el paquete de programas estadísticos SPSS + .

RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos en el estudio fueron:

A.- Grado de conocimiento sobre el SIDA y costumbres sexuales.- Los diferentes cruces que se realizaron entre ambas variables no revelaron asociación estadísticamente significativa entre las mismas. Por lo que respecta al "grado de conocimiento sobre el SIDA" la media aritmética de la muestra fue de 13.72, con una desviación tipo de 7.61, siendo 22 la máxima puntuación alcanzada y 9 la mínima. En cuanto a la variable "hábitos y costumbres sexuales" cabe destacar los siguientes datos descriptivos: (a) El 68.4% de la muestra respondió afirmativamente poseer experiencia sexual y el 30.3% respondió negativamente, sólo el 1.2% de la muestra no contestó a este ítem; (b) El tipo de relaciones sexuales mayoritario en nuestra muestra fue el heterosexual, con 161 sujetos (66%), frente a 2 bisexuales (0.8%) y 4 homosexuales (1.6%). El 31.6% de los sujetos (77) no contestaron a esta cuestión; (c) El 41.8% de la muestra (102 sujetos) manifestó no tener experiencia de coito, mientras que el 38.9% (95 sujetos) manifestó poseer este tipo de experiencia y el 19.3% (47 sujetos) no contestó; (d) El tipo de anticonceptivo más utilizado por los sujetos de nuestra muestra es el preservativo; (e) El 46.7% de la muestra mantiene una relación sexual monógama fiel, mientras que el 27% no lo hace y el 26.2% no contesta; (f) Tan sólo 16 sujetos (6.6%) manifestaron mantener relaciones sexuales con desconocidos; (g) El 84% de la muestra da mucha importancia a la higiene en las relaciones sexuales y el 83.2% se preocupa por la salud de su pareja sexual; (h) Por último, cabe subrayar que el 73% de la muestra confiesa que no mantendría relaciones

sexuales con portadores del SIDA aunque se dispusiera de todas las medidas preventivas recomendadas para el caso.

B.- Sexo y grado de conocimiento sobre el SIDA.- No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en lo que respecta a su grado de conocimiento sobre el SIDA.

C.- Sexo y costumbres sexuales.- En este apartado cabe destacar que se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre: (a) Sexo y experiencias sexuales, la proporción de hombres con experiencias sexuales (76%) fue significativamente más alta que la de las mujeres (61%), con $X^2 (2) = 6.10, p < 0.5$; (b) Sexo y anticonceptivos, el porcentaje de hombres que utilizan alguna técnica anticonceptiva (54%) fue significativamente superior al de las mujeres (31.9%), con $X^2 (2) = 13.6, p < 0.5$; (c) Promiscuidad sexual, nuestros datos indican que los varones cambian más de pareja sexual al año que las mujeres, con $X^2 (2) = 11.4, p < .05$; y (d) Sexo y relación con desconocidos, la proporción de hombres (15%) que mantienen relaciones sexuales con personas recién conocidas fue muy superior a la de las mujeres (.65%), con $X^2 (2) = 20.36, p < 0.5$.

D.- Edad y grado de conocimiento sobre el SIDA.- No se halló relación significativa alguna entre ambas variables.

E.- Por último, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre donantes y no donantes de sangre en cuanto a su grado de conocimiento sobre el SIDA; así como tampoco entre los que habían recibido una transfusión sanguínea en los últimos doce meses y los que no habían sido transfundidos.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

A diferencia de los resultados obtenidos en otros estudios similares realizados con sujetos homosexuales (por ejemplo, McKusick,

Horstman y Coates, 1985), los hallazgos del presente estudio no permiten confirmar la expectativa de que existe una asociación entre el grado de conocimiento sobre el SIDA y los hábitos y costumbres sexuales, pues ninguno de los cruces que se realizaron entre ambas variables resultó ser significativo. Por lo tanto, los datos aquí expuestos parecen confirmar que no existe la referida asociación, al menos en lo que se refiere a un sector de población sin factores de riesgo asociados.

Las diferencias entre los resultados del presente estudio y los obtenidos en aquellos que utilizaron muestras de sujetos homosexuales, pueden explicarse en base a que la información que se posee sobre una enfermedad no es condición suficiente para provocar cambios en los estilos de vida de los sujetos (Bayés, 1987), sino que además es necesario que el sujeto perciba un riesgo objetivo de ser afectado por la misma, tal y como sugiere el "modelo de creencia de salud" de Becker (1974; para una actualizada y completa revisión de dicho modelo puede consultarse Sutton, 1982).

Por otro lado, puede que el SIDA impacte de forma diferencial según que los sujetos pertenezcan o no a un grupo social con factores de riesgo asociados, de tal modo que en aquellos sujetos cuyo comportamiento está asociado a un riesgo objetivo de contraer la enfermedad es lógico que el impacto del SIDA deje sentir sus efectos sobre tales comportamientos, mientras que en aquellos otros cuya conducta no implica riesgo de contraer la enfermedad puede que el impacto del SIDA afecte a sus actitudes hacia los "grupos de riesgo", por ejemplo, más que a su comportamiento personal.

Pese a que las mujeres suelen preocuparse más que los hombres por los temas relacionados con la salud y la atención médica (Rodríguez, 1984), en nuestro estudio no se han hallado diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a su grado de conocimiento sobre el SIDA.

Por último, es obligado señalar que muy probablemente una línea de investigación más fructífera en lo que respecta al estudio del impacto del SIDA sobre grupos de sujetos sin factores de riesgo asociados sea la emprendida por Triplet y colaboradores (Triplet, Spencer y Somerfield, 1985; Triplet y cols., 1986; Triplet y Sugarman, 1987), consistente en analizar la reacción de éstos hacia los grupos de riesgo.

En suma, esta investigación no aportó datos favorables respecto a que existe una asociación entre el grado de conocimiento sobre el SIDA y los hábitos y costumbres sexuales, al menos en una muestra de estudiantes universitarios que mayoritariamente confiesan ser heterosexuales y monógamos, sugiriéndose que tales resultados pueden deberse a que este tipo de sujetos no perciben un riesgo objetivo de contraer la enfermedad.

SEGUNDO ESTUDIO

Como consecuencia del estudio anterior, se planteó un segundo trabajo que, siguiendo la línea de investigación iniciada por Triplet y cols., tenía por objeto determinar cómo influye el nivel de información que sobre el SIDA poseen sujetos sin factores de riesgo asociados en sus actitudes hacia grupos sociales marginales con factores de riesgo asociados, tales como homosexuales y toxicómanos.

METODO

Al igual que en el estudio anterior la población del presente trabajo estuvo compuesta por la totalidad de los alumnos matriculados durante el curso 88-89 en la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación (Sección Psicología) de la Universidad de Sevilla.

Para la selección de la muestra, al igual que en el estudio anterior, se utilizó un sistema de muestreo tipo cluster; tomando como unidades los grupos de clase, de los que se seleccionaron aleatoriamente la mitad. La muestra utilizada en este estudio presentaba las siguientes características: 300 sujetos voluntarios, de los cuales 122 (47%) eran hombres y 178 (53%) mujeres, con un rango de edad comprendido entre 18 y 25 años, y una edad media de 21.21 años.

En este estudio también se utilizó un diseño descriptivo y la variable "grado de conocimiento sobre el SIDA" fue medida de igual modo. Para medir las actitudes hacia los grupos marginales se utilizó una

escala tipo Likert compuesta por 24 proposiciones (ver Barea y cols. 1989).

Ambos instrumentos fueron aplicados de forma colectiva, en horas lectivas, y sin límite de tiempo para su ejecución. En las instrucciones se aseguró el anonimato. Los datos obtenidos mediante la aplicación de ambos instrumentos fueron codificados y procesados mediante un ordenador marca IBM, modelo XT, y el paquete de programas estadísticos SPSS + .

RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos en el estudio fueron los siguientes:

A.- Nivel de información sobre el SIDA y actitud hacia los grupos con factores de riesgo asociados.- Para hallar el grado de asociación entre ambas variables se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson que arrojó un índice de correlación inverso, con $r = -.1583$, cuyo contraste de significación resultó ser estadísticamente significativo, con $Z = 2.72, p < .01$.

B.- Sexo y nivel de información sobre el SIDA.- No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto al nivel de información sobre el SIDA, con $Z = .008$. Las mujeres presentaron una puntuación media de 19.94, con una desviación tipo de 1.38 y los hombres presentaron una puntuación media de 19.96, con una desviación tipo de 2.18.

C.- Sexo y actitud hacia los grupos con factores de riesgo asociados.- Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a la puntuación media en la escala de actitud aplicada, con $Z = 4.15, p < .01$. Las mujeres presentaron una puntuación media de 101.22, con una desviación tipo de 11.06 y los hombres presentaron una puntuación media de 94.20, con una desviación tipo de 16.24.

D.- Edad y nivel de información sobre el SIDA.- No se halló correlación significativa alguna entre ambas variables.

E.- Edad y actitud hacia los grupos con factores de riesgo asociados.- Para hallar el grado de asociación entre ambas variables se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson que arrojó un índice de correlación de $r = .30$, cuyo contraste de significación resultó ser estadísticamente significativo, con $Z = 5.19$, $p < .01$.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

De los resultados anteriormente expuestos, merece una especial atención el hecho de que cuanto mayor es el nivel de información que se posee sobre el SIDA mayor es la actitud de rechazo hacia los grupos sociales con factores de riesgo asociados. Esta paradoja puede ser explicada en base a que la mayoría de la información sobre el SIDA se le ha suministrado a la población general ha estado caracterizada por el alarmismo, tal y como muestra el estudio de Martínez, Godoy y Bautista (1988) al que ya hicimos referencia anteriormente. Además, esto viene a probar la tesis mantenida por Usieto (1986) acerca de la sociogénesis del SIDA, según la cual, el estudio sociológico de los "sanos", los que no pertenecen aparentemente a ningún tipo de riesgo, pone de manifiesto que éstos se afirman en los argumentos de exclusión y diferenciación de los grupos marginales, pero ahora, con la validez de que no solamente son desviados, sino que además, enferman de SIDA, mueren con el SIDA y fundamentalmente contagian el SIDA.

Estos datos parecen confirmar que el SIDA impacta de forma diferencial según que los sujetos pertenezcan o no a un grupo social con factores de riesgo asociados, de tal modo que en aquellos sujetos cuyo comportamiento está asociado a un riesgo objetivo de contraer la enfermedad es lógico que el impacto del SIDA deje sentir sus efectos sobre tales comportamientos (ver Morin, Charles y Malyon, 1984), mientras que en aquellos otros cuya conducta no implica riesgo de contraer la enfermedad, como es el caso de nuestra muestra, el impacto del SIDA parece afectar fundamentalmente a sus actitudes hacia los mal llamados "grupos de riesgo" más que a su comportamiento personal.

Por otro lado, estos resultados vienen a poner de manifiesto que no es suficiente con que instruyamos a la población acerca de los diferentes aspectos médicos implicados en el SIDA, sino que además es necesario concienciarla del impacto social de esta enfermedad

Por último, destacar que la edad y el sexo pueden ser dos variables mediatizadoras de la actitud hacia los grupos de riesgo, de tal modo que las mujeres suelen presentar una actitud más positiva que los hombres respecto a tales grupos y que a mayor edad mayor aceptación de los mismos.

En suma, esta investigación viene a poner de manifiesto que las personas que confiesan ser heterosexuales y monógamas, aún poseyendo un alto nivel de información sobre la enfermedad, presentan actitudes de rechazo hacia aquellos grupos sociales marginados con factores de riesgo asociados, con lo cual se incrementa aún más su grado de marginación. Por tanto, se impone que las futuras campañas de prevención del SIDA, se haga más hincapié en el impacto psicosocial del mismo que en sus aspectos médicos.

REFERENCIAS

- ANABITARTE, H. (1986). Los grupos de riesgo y el SIDA. I Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA, Madrid. Policopiado.
- ARAGONES TAPIA, J.I. (1980). Notas sobre un estudio acerca de "El comportamiento sexual de una muestra universitaria española". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 35 (6).
- ARRANZ, P. y cols. (1984). Impacto psicológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en una población de alto riesgo: hemofílicos. En I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones al Area 3: Psicología y Salud. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, 204-207.
- ARRANZ, P. y cols. (1986). La hemofilia: propuesta de una modelo para estudiar el impacto del SIDA. *Psiquis*, VII (1), 9-14.
- BAREA, J. y otros (1989). Escala de actitudes hacia grupos marginados. Sevilla: Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla. Policopiado.

- BATCHELOR, W.F. (1984a). AIDS. *American Psychologist*, **39** (11), 1277-1278.
- BATCHELOR, W.F. (1984b). AIDS: A public health and psychological emergency. *American Psychologist*, **39** (11), 1279-1284.
- BAYES, R. (1986). Podemos aportar algo los psicólogos conductuales a la solución del problema del SIDA (AIDS)? *Papeles del Colegio. Psicólogos*, **27**, 49-53.
- BAYES, R. (1987). La prevención del cáncer. *Jano*, **XXXIII** (783), 45-55.
- BAYES, R. (1989). Factores psicológicos en la prevención, etiología y evolución del SIDA. *Revista Mexicana de Psicología*, **5**, 2, 203-210.
- BAYES, R. y ARRANZ, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano*, **XXXIV**, 1313-1322.
- BECKER, M.H. (ed.) (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Slack.
- BENNETT, F.J. (1987). AIDS as a social phenomenon. *Social Science and Medicine*, **25**, 529-539.
- COATES, T.J.; TEMOSHOK, L. y MANDEL J. (1984). Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDS. *American Psychologist*, **39** (11), 1309-1314.
- CHRIST, G. y WIENER, L. (1985). Psychosocial issues in AIDS. En V. De Vita, S. Hellman y S. Rosenberg (eds.), *AIDS, Etiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention*. Philadelphia, Penn.: Lippincott, 275-297.
- De VITA, V.; HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. (eds.) (1985). *AIDS, Etiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention*. Philadelphia, Penn.: Lippincott.
- DELGADO, A. (1988). *Manual del SIDA: Aspectos médicos y sociales*. Madrid: IDEPSA.
- FORSTEIN, M. (1984). The psychosocial impact of acquired immunodeficiency syndrome. *Seminars in Oncology*, **11** (1), 77-82.
- FUMENTO, M.A. (1987). AIDS: Are heterosexuals at risk? *Commentary*, **84**, 5, 21-27.
- GLASSER, R. y KIECOLT-GLASER, J. (1987). Stress-associated depression in cellular immunity: Implications for acquired immune deficiency syndrome. (AIDS). *Brain, Behavior and Immunity*, **1**, 107-112.
- GOLUBJATNIKOV, R. y cols. (1983). Homosexual promiscuity and the fear of AIDS. *Lancet*, **17** (2).
- INES, S. y JOHNSON, C. (1986). A model psychosocial services agency for persons with AIDS. *International Conference on AIDS, Paris*.
- JOSEPH, J.G. y cols. (1984). Coping with the threat of AIDS: An approach to psychosocial assessment. *American Psychologist*, **39** (11), 1297-1302.

- KESSLER, S. (1986). **Social support services: AIDS action committees.** En M. Witt y W. Stackpole (eds.), *AIDS and Patient Management*. Owings Mills, Md.: National Health Publishing, 127-131.
- MALYON, A. y PINKA, A. (1983). Acquired immune deficiency syndrome: A challenge to psychology. *The Professional Psychologist*, **7** (4), 1-11.
- MARTIN, D. (1986). Coordination of social services for AIDS patients. *International Conference on AIDS, Paris*.
- MARTIN, J.L. y VANCE, C.S. (1984). Behavioral and psychosocial factors in AIDS. *American Psychologist*, **39** (11), 1303-1308.
- MARTINEZ, M.F.; GODOY, J. Y BAUTISTA, J.A. (1988). El SIDA y los medios de comunicación social. Un análisis de contenido. En *Sociedad y Bienestar Social. Resúmenes de trabajos presentados al II Congreso Nacional de Psicología Social, Alicante*. Valencia: Sociedad Valenciana de Psicología Social, 199.
- MARTINEZ, M.F. y LEON, J.M. (1987). Consideraciones psicosociales sobre el SIDA, *Psiquis*, **VIII** (9/10), 373-387.
- McKUSICK, L.; HORSTMAN, W. y COATES, T.J. (1985). AIDS and sexual behavior reported by gay men in San Francisco. *American Journal of Public Health*, **75**, 493-496.
- McWHIRTER, D. (1986). **Social impact on dating in the gay community.** En M. Witt y W. Stackpole (eds.), *AIDS and Patient Management*. Owings Mills, Md.: National Health Publishing, 125-127.
- MORIN, S.F.; CHARLES, K.A. y MALYON, A.K. (1984). The psychological impact of AIDS on gay men. *American Psychologist*, **39** (11), 1288-1293.
- ORTIZ, C. (1988). Actuación de un centro de salud municipal en la prevención del SIDA en Madrid. *II Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA, Madrid*. Policopiado.
- RODRIGUEZ, C. (1984). **Los andaluces, protagonistas de su salud: Opiniones sobre atención médica.** Sevilla: Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.
- ROSENKRANTZ, B. (1986). **Public Health and Social Disease.** En M. Witt y W. Stackpole (eds.), *AIDS and Patient Management*. Owings Mills, Md.: National Health Publishing, 164-166.
- ROTHENBERG, R. et al. (1987). Survival with the acquired immunodeficiency syndrome. *The New England Journal of Medicine*, **317**, 1297-1302.
- SIEBER, J. (1986). **Social research on AIDS.** En M. Witt y W. Stackpole (eds.), *AIDS and Patient Management*. Owings Mills, Md.: National Health Publishing, 173-175.
- SOBERON, G. (1988). SIDA: Características generales de un problema de salud pública. *Salud Pública de México*, **30**, 4, 504-512.

- STARR, P. (1986). Possible social consequences of the AIDS epidemic. Paper presented at the American Association for the Advancement of Science Meetings, Philadelphia, Penn.
- STRUDLER-WALSTON, B. (1984, Agosto). Discussion. En K. Gray (dir.), Psychological crisis of AIDS: A research perspective. Symposium conducted at the 92nd Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto.
- SUTTON, S.R. (1982). Fear-arousing communications: a critical examination of theory and research. En J.R. Eiser (ed.), Social Psychology and Behavioral Medicine. Nueva York: Wiley, 303-337.
- TRIPLET, R.G. y cols. (1986). The importance of victim characteristics in determining observer reactions to victims of serious illness. Conferencia anual de la Eastern Psychological Association, Nueva York. Policopiado.
- TRIPLET, R.G. y SUGARMAN, D.B. (1987). Reactions to AIDS victims: Ambiguity breeds contempt. Personality and Social Psychology Bulletin, 13 (2), 265-274.
- TRIPLET, R.G.; SPENCER, W.S. y SOMERFIELD, M.R. (1985). The effect of disease ambiguity on medical decision-making and attributions of victim responsibility. Conferencia anual de la Eastern Psychological Association, Boston. Policopiado.
- USIETO, R. (1986). Sociogénesis del SIDA. I Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA, Madrid. Policopiado.
- USIETO, R. (ed.) (1987). SIDA: Un problema de salud pública. Madrid: Díaz de Santos.
- VELIMIROVIC, B. (1987). AIDS as a social phenomenon. Soc. Sci. Med., 140, 541-552.

ANEXO

DATOS DE IDENTIFICACION

Edad Sexo Estado Civil

Ha recibido en los doce últimos meses alguna transfusión sanguínea?

SI NO

Es donante de sangre? SI NO

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de enunciados a los que nos gustaría que respondiese sinceramente, marcando con una "X" la opción de respuesta que considere oportuna. Le recordamos que el cuestionario es completamente anónimo, por lo que le rogamos conteste con la mayor sinceridad. GRACIAS.

ANEXO A.- CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA

- 1.- El SIDA es producido por un virus específico.
SI NO
- 2.- Si ha respondido afirmativamente al ítem anterior, sabría decir el nombre del virus:
- 3.- Esta enfermedad se puede contraer por vía sanguínea.
SI NO
- 4.- El SIDA se puede contraer por vía sexual.
SI NO
- 5.- Por medio de la placenta se puede transmitir este virus al bebé.
SI NO
- 6.- El contacto físico superficial (caricias, dar la mano, etcétera) es una posible vía de transmisión del SIDA.
SI NO
- 7.- El virus del SIDA puede propagarse mediante agentes de transmisión aérea (moscas, mosquitos, ...).
SI NO
- 8.- A través del agua (piscinas, vasos de agua, ...) se transmite el SIDA.
SI NO
- 9.- El donar sangre conlleva un alto riesgo de contraer la enfermedad.
SI NO
- 10.- El SIDA disminuye la resistencia a las infecciones.
SI NO

11.- Por el mero hecho de tener anticuerpos del SIDA, ya se contrae la enfermedad.

SI NO

12.- Actualmente existe un alto número de enfermos de SIDA entre homosexuales, hemofílicos y heroinómanos.

SI NO

13.- El número de hemofílicos que contraen el SIDA ha quedado estancado.

SI NO

14.- Mantener relaciones homosexuales habituales es un factor de riesgo del SIDA

SI NO

15.- El cambiar frecuentemente de pareja sexual aumenta el riesgo de contraer la enfermedad.

SI NO

16.- Practicar el acto sexual con prostitutas conlleva un alto riesgo de contraer el SIDA.

SI NO

17.- El compartir la misma jeringuilla conlleva riesgo de contagio del SIDA.

SI NO

18.- En la actualidad existe ya una vacuna eficaz contra el SIDA.

SI NO

19.- El uso de preservativos es una medida eficaz para evitar el contagio del SIDA.

SI NO

20.- Mantener una relación monógama fiel reduce considerablemente el riesgo de contraer el SIDA.

SI NO

21.- Someter a los donantes de sangre a la prueba del SIDA es una medida preventiva.

SI NO

22.- El número de afectados de SIDA es cada vez mayor.

SI NO

ANEXO B.- CUESTIONARIO SOBRE HABITOS Y COSTUMBRES SEXUALES

1.- Ha tenido experiencias sexuales.

SI NO

2.- Señale qué tipo de relaciones sexuales mantiene habitualmente:

- Bisexuales (con personas de ambos sexos)
- Homosexuales (con personas de su mismo sexo)
- Heterosexuales (con personas del sexo contrario)

3.- Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales:

- Todos los días
- Casi todos los días
- Al menos una vez a la semana
- Al menos una vez al mes
- Al menos una vez al año

4.- Suele practicar los besos linguales en sus relaciones sexuales.

SI NO

5.- Practica la yuxtaposición (contacto sin penetración) de genitales con su pareja sexual.

SI NO

6.- Estimula oralmente los genitales de su compañero/a.

SI NO

7.- Su compañero/a estimula oralmente sus genitales.

SI NO

8.- Tiene experiencia en el coito.

SI NO

9.- Practica relaciones sexuales de tipo anal.

SI NO

10.- Utiliza alguna técnica anticonceptiva.

SI NO

11.- Si respondió afirmativamente a la anterior cuestión podría indicarnos qué técnica o técnicas utilizan Vd. y su pareja:

- Preservativos
- Píldora
- Cremas vaginales
- Diafragma
- Interrupción del coito
- Método Ogino
- Temperatura basal
- Duchas y lavados vaginales
- Dispositivo intrauterino
- Otros

12.- Mantiene una relación sexual monógama fiel.

SI NO

13.- Si respondió negativamente a la anterior cuestión indique con qué frecuencia cambia de pareja sexual:

- De 1 a 3 veces al año
- De 4 a 6 veces al año
- De 7 a 9 veces al año
- Más de 9 veces al año

14.- Suele mantener relaciones sexuales con personas recién conocidas.

SI NO

15.- Da mucha importancia a la higiene en las relaciones sexuales.

SI NO

16.- Le preocupa la salud de su pareja sexual.

SI NO

17.- Mantendría relaciones sexuales con un/a portador/a del SIDA utilizando preservativos y demás medidas preventivas.

SI NO