

0196-2  
9



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**USO DEL CONDÓN EN  
ADOLESCENTES**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**P R E S E N T A :**

**GABRIELA VELÁZQUEZ ORROSTIETA**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

COMITE DE TESIS: MTRA. CORINA CUEVAS RENAUD  
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS  
DRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ  
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA



TECIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FEBRERO DEL 2003

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**INDICE**

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINAS</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4-5</b>
<b>ANTECEDENTES DEL USO DEL CONDÓN EN ADOLESCENTES Y PAPEL DE LA AUTOEFICACIA</b>	<b>6-9</b>
<b>LAS ACTITUDES Y LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA</b>	<b>10-22</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>23</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>25</b>
<b>VARIABLES</b>	<b>26-30</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>31-38</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>39-104</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>105-111</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>112-118</b>
<b>APÉNDICES</b>	<b>119-155</b>

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

Con base en la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), se investigó si la intención de usar condón en los adolescentes estaba relacionada con las variables: autoeficacia, conocimiento teórico del uso correcto del condón, actitud, norma subjetiva, experiencia sexual y sexo; y si alguna de estas variables podría ser predictora de la intención de usar condón.

Se trabajó con 919 adolescentes, estudiantes de preparatoria de ambos sexos. 193 tenían experiencia sexual y 726 no. De estos, 533 eran mujeres y 386 varones.

Los resultados indicaron que ninguna de las variables propuestas por la TCP influyó de manera determinante en la intención. Inesperadamente, dos variables sociodemográficas: "la falta de experiencia sexual" y "el sexo femenino", sí favorecieron la intención de emplear preservativo. Especialmente la variable "sexo femenino" tuvo una clara relación e influencia sobre la intención de emplear el condón "cada vez". Estos hallazgos se discuten considerando la injerencia de los guiones sociales en la intención de usar condón, así como las implicaciones biológicas y emocionales de este tipo de conducta.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

La epidemia del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es un fenómeno que irrumpió en la vida sexual de la humanidad en los últimos años y que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud sexual y reproductiva de esta década.

ONUSIDA, un programa de las Naciones Unidas para el SIDA, en su informe de diciembre del 2000 (ONUSIDA, diciembre 2000) señaló que a finales del ese año, existían 36.1 millones de personas con VIH. De éstos, 1.4 millones correspondían a América Latina. En esta región y el Caribe, se estimó que en 1999 se infectaron 567 personas por día, lo cual implica que muchas de estas personas morirán en la siguiente década, uniéndose a las 557 mil muertes ocasionadas por el SIDA en las últimas dos décadas ( MAP, UNAIDS-WHO, PAHO, Noviembre, 2000).

Considerando el número de casos reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, con base en la tasa de incidencia anual, se ubica en el décimo cuarto sitio en el continente americano y el sitio setenta y dos a nivel mundial (OPS,1999).

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. Después de un crecimiento inicial lento, a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, la epidemia registró un crecimiento exponencial. Al inicio de la década de los noventa este crecimiento se amortiguó, mostrándose una aparente tendencia hacia la estabilización en 1994 a la fecha, con alrededor de 4100 casos nuevos al año (CONASIDA y SSA, 2000).

Desde el inicio de la epidemia hasta diciembre del año 2000, en México se han registrado de manera acumulada 47,617 casos de SIDA. Sin embargo, debido a los fenómenos de retraso en la notificación y el subregistro, se considera que en realidad pueden existir alrededor de 64, 000 casos (op.cit.).

Lo mismo que en América Latina, en México la epidemia es un mosaico complejo de patrones de transmisión en el que el SIDA continúa propagándose a través de las relaciones sexuales entre varones, las relaciones sexuales entre varones y mujeres y el uso de drogas intravenosas. La transmisión sexual ha sido la causante del 86.7% de los casos acumulados de SIDA en México. De los 1151 casos diagnosticados en el 2001, el 99.9% corresponden a la categoría de "transmisión sexual" (CONASIDA 2001).

Según el reporte del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA del segundo trimestre del 2002, del 100% de casos registrados en este año, el 96.8% se debieron a la transmisión sexual. Por grupo de edad, el 83.1% corresponden a varones de 15 a 44 años y el 71.4% a mujeres del mismo rango.

La incidencia de SIDA por grupo de edad, muestra que en México, el grupo de edad en el que la infección alcanza su máximo nivel es el de 30-39 años (hombres y mujeres). Dicha información sugiere también que muchos de estos casos contrajeron la infección antes de cumplir los 20 años; en vista de que el periodo de incubación del virus va de 5 a 10 años.

De hecho, los jóvenes y en especial los adolescentes, son particularmente vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en general y específicamente al SIDA;

ESTADOS UNIDOS CON  
FALLA DE ORIGEN

debido a que aún cuando conozcan los riesgos de contraer SIDA, usan condones irregularmente o no los utilizan correctamente. Además, muchos expertos creen que los jóvenes son un grupo proclive a contraer el SIDA, debido a sus altos niveles de actividad sexual y a su potencial para tener múltiples parejas (Mc-Demt, Hawkins, Moore y Cittadino 1987; David, 1988). De esta manera, los adolescentes constituyen un segmento social clave en la propagación de la infección. Por esta razón, los programas educativos públicos centran su interés en esta población, con la finalidad de inducirlos a tomar medidas de protección, como el uso del condón.

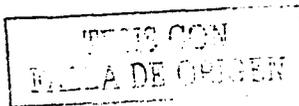
Así, el establecimiento de prácticas de sexo seguro durante la adolescencia es de gran importancia para limitar el riesgo de infección en la vida posterior (Krahe, y Reiss, 1995). Sin embargo, diversos estudios sugieren que los adolescentes, aún cuando están bien informados acerca de los riesgos de transmisión del SIDA, tienden a subestimar su riesgo personal y no contemplan la necesidad de protegerse (White, Phillips, Clifford, Davies, Elliot y Pitts, 1989; Rascoe, y Kruger, 1990; Moore y Rosenthal, 1991). De hecho, se ha encontrado que el uso del condón es la excepción, más que la regla entre los adolescentes sexualmente activos (Kegeles, Adler, y Irwing, 1988).

En México por ejemplo, dos encuestas llevadas a cabo, una por el Consejo Nacional Contra el SIDA (CONASIDA, 1994) y otra por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1988) indicaron que el porcentaje de los estudiantes preparatorianos de ambos sexos con actividad sexual que usan condón era de 44.4% y de 36.7% respectivamente.

Las anteriores consideraciones señalan la necesidad de explorar las variables que intervienen en la conducta preventiva de los adolescentes frente al SIDA; particularmente en el uso del condón, en vista de que el simple conocimiento de los riesgos de la enfermedad, entre otros factores, no es suficiente para que los adolescentes se abstengan del sexo o se protejan usando condón al ejercer su sexualidad.

Desde luego, múltiples factores, tanto individuales como sociales contribuyen para que los adolescentes se arriesguen a contraer el VIH (Diclemente, 1992 y 1997). La falta de empleo de condón para prevenir el SIDA, representa el extremo de un continuo conductual, de un proceso de decisión en el que se ponen en juego numerosas influencias internas y externas: interpersonales, sociales, económicas, psicológicas y culturales. Este complejo proceso no puede ser entendido desde una perspectiva unidimensional y mucho menos modificarse sin identificar estas influencias.

Por esta razón, es pertinente contar con un modelo teórico que explique la interacción entre algunas de las variables que podrían influir en el uso del condón: actitudes, creencias, expectativas, información adecuada, habilidades sociales e influencias medioambientales, etc. Desde la perspectiva de la teoría social cognitiva, estos modelos conductuales han demostrado ser útiles como fundamento para intervenir en la reducción del SIDA, especialmente en los adolescentes (Bandura, 1992, 1994). De ahí que la presente investigación tomó como base uno de estos modelos: La Teoría de la Conducta Planeada y exploró la relación existente entre las variables: actitud, norma subjetiva, autoeficacia, conocimiento teórico del uso y/o colocación correctos del condón, sexo de los adolescentes, experiencia sexual y la intención de usar el condón. Esto con el objeto de saber si alguna de estas variables podría ser predictora de esta conducta.



## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES DEL USO DEL CONDÓN EN ADOLESCENTES Y EL PAPEL DE LA AUTOEFICACIA

Existen investigaciones que han demostrado que el empleo del condón por parte de los adolescentes es insuficiente. Ya sea como medio preventivo de infecciones venéreas o como anticonceptivo (Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving, y Camacho Valladares, 1990), el condón es poco usado y los muchachos que sí lo hacen, tienen como objetivo principal evitar el embarazo (Barrera, Valdés, Servín, Ortiz Alamilla y Provenzal, Zamudio, y Espinoza, 1990; Pleck, Sonenstein, y Leighton, 1991) pero no prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y mucho menos el SIDA. Incluso, el uso del preservativo como anticonceptivo es transitorio, dado que prevalece la tendencia a reemplazarlo por las pastillas y otros recursos con menor grado de protección contra las ITS y el SIDA. Esto sugiere que los adolescentes están más preocupados por evitar la concepción que por el riesgo de infecciones (Nguyet, Minh Nguyet, Maheux, Bélland, y Pica, 1994).

Algunos estudios llevados a cabo con relación al SIDA, revelan que los jóvenes cuentan con un nivel relativamente alto de conocimiento sobre la enfermedad, sus vías de transmisión y prevención (Edgar, Freimuth y Hammond, 1988; Dorman y Rienzo, 1988 y Gottlieb, Varalis, Palmer y Conlon, 1988), no obstante, se encuentra que los adolescentes no traducen dicha información en un cambio conductual (Díaz Loving y Villagrán Vázquez, 1992 y Krahé y Reiss, 1995).

Lo anterior probablemente se deba a que el simple conocimiento teórico sobre la enfermedad del SIDA no es suficiente para que un adolescente tome la medida preventiva de usar condón (Gray y Saracino, 1989); ya que para emplearlo, también es importante que la persona cuente con toda la información concerniente a la manipulación del objeto: cómo se pone, dónde se compra, cómo se guarda para no dañarlo, etc.; lo cual constituye parte de su habilidad para usar el preservativo.

Sin embargo, hasta el momento, en la literatura se encuentra que la mayoría de los investigadores no se han preocupado por explorar cómo influye el conocimiento de la manipulación del condón en la conducta de empleo del mismo. Por el contrario, se han dedicado a estudiar únicamente qué tanta información general con respecto al SIDA tienen los adolescentes, esperando demostrar que la escasez de información tiene que ver con la falta de empleo del preservativo (Strunnin, y Hingson, 1987; Diclemente, Cherrie, Boyer, y Morales, 1988; Kegeles, Adler, y Irwin, 1988; Hingson, Strunnin y Berlin, 1990; Diclemente, Lanier, Horan, y Lodicio, 1991). No obstante, por muy enterado que esté un adolescente de los riesgos que corre de contraer SIDA si no usa preservativo en las relaciones sexuales, no se protegerá sino sabe cómo emplear el condón para evitar la infección. Es decir, si la persona desconoce cómo abrir el empaque del preservativo correctamente, como ponérselo sin que se rompa, etc. se percibirá a sí misma inepta para usar esta protección y también incapaz de conductas más complejas, como pedirle a su pareja que empleen el condón. Así, esta circunstancia aumentará su percepción de ineficacia y es posible que evite realizar estas tareas. Como Bandura (1977: p.193) lo menciona en su teoría de la Autoeficacia Personal: cuando un sujeto se percibe hábil para realizar una tarea es más probable que la lleve a efecto que cuando su expectativa es de ineptitud.

TRUCOS CON  
FALLA DE OPERACIÓN

Bandura planteó el concepto de "autoeficacia" en 1977. La define como "...la convicción de una persona respecto a su potencial para ejecutar una conducta con éxito" (Bandura , 1977; p.193). También postula que las percepciones de una persona acerca de sus propias capacidades influyen en la manera en la que actúa, en sus niveles de motivación, en sus patrones de pensamiento y en sus reacciones emocionales a las demandas del medio. La autoeficacia es elevada cuando el individuo considera que puede llevar a cabo una conducta o tarea. Es baja cuando anticipa que fracasará o que no tiene la habilidad para hacerlo. De acuerdo con la Teoría del aprendizaje social, las expectativas de autoeficacia se supone que se derivan de tres fuentes de información: la experiencia, la observación del comportamiento de otros y la retroalimentación proporcionada por los demás. Aunque inicialmente las experiencias de éxito o fracaso determinan la percepción de autoeficacia en un área particular de actividad, posteriormente, dicha percepción de autoeficacia influye en la elección de actividades y situaciones en las que la gente se siente eficaz.

Las expectativas de autoeficacia varían de acuerdo a tres dimensiones:

- a) Varían en magnitud. De esta manera, cuando las tareas se ordenan por grado de dificultad, las expectativas de autoeficacia de distintos individuos pueden limitarse a tareas simples, extenderse a las moderadamente difíciles o incluir a las más exigentes.
- b) Pueden diferir en generalidad. De acuerdo con que tan específica es la situación a la cual se circunscriben dichas expectativas de autoeficacia.
- c) Pueden adquirir distintos grados de fuerza. Las expectativas más débiles pueden extinguirse fácilmente en base a experiencias que niegan la capacidad percibida, en tanto que las más fuertes se conservarán a pesar de las experiencias adversas.

La autoeficacia no es una cualidad de la ejecución que pueda ser objetivamente evaluada, sino una reacción subjetiva a la posible ejecución y subsecuentemente, un reflejo de la ejecución en retrospectiva.

La teoría de Bandura se refiere a una autoeficacia específica en tanto que la percepción del sujeto se relaciona a una actividad o tarea en particular. Esto quiere decir que alguien podría percibirse altamente eficaz para realizar en algunas tareas y poco o moderadamente capaz para llevar a cabo otras.

En relación a la salud, Bandura (1997) , plantea que los programas que enseñan estrategias para ejercer el control sobre las conductas saludables, promueven en las personas una mayor autoeficacia y favorecen el establecimiento de intenciones de actuar de manera preventiva. Además, esto es más efectivo que el proporcionar simplemente información acerca de las causas y prevención de una enfermedad en particular.

La percepción de autoeficacia juega un papel tan importante en la intención de una persona de prevenir riesgos para su salud que, de acuerdo a Bandura (op.cit), la ineficacia percibida puede ser una barrera que impida a un sujeto tomar medidas preventivas y adoptar conductas saludables. Cuando una persona se percibe ineficaz, presenta conductas de riesgo como fumar, comer en exceso, etc., y se "resigna" a mantenerlas, aun cuando podría ejercer control sobre ellas. Este tipo de personas consideran que no pueden cambiar sus malos hábitos y que no cuentan con la capacidad necesaria para lograrlo. Si realizan algún esfuerzo, se rinden fácilmente, sobre todo si no consiguen resultados rápidos o si encuentran con alguna dificultad.

Desde el punto de vista de Bandura (op.cit.), lo que la gente necesita es creer firmemente en su autoeficacia para disminuir su rechazo a tomar medidas preventivas.

En los años recientes, ha habido una proliferación de modelos conceptuales acerca de la conducta saludable. Estos modelos presuponen que si bien el conocimiento adecuado de los riesgos de la salud es precondition del cambio, también es importante tomar en cuenta que existen ciertos factores personales que son necesarios para que las personas superen los impedimentos que encuentran para adoptar un nuevo estilo de vida. Así, la mayoría de estas teorías incluyen al concepto de "autoeficacia" como uno de los elementos que determinan que una persona adopte medidas preventivas y persista en ellas (Maddux y Rogers, 1983; Ajzen, 1985).

El concepto de autoeficacia es relativamente nuevo, ha sido estudiado recientemente. Desde los años setentas, los investigadores han explorado su utilidad para explicar fenómenos como el tabaquismo (Blittner, Golberg, y Merbaum, 1978 y De Vries, Kok, y Dijkstra, 1990), el control de peso (Jeffrey, Fjornsoon-Benson, Rosenthal, Lindquist, Kurth, y Johnson, 1984), el abuso del alcohol (Rist, y Watzil, 1983) y el ejercicio (Ewart, Taylor, Reese, y Debusk, 1984).

En relación a la conducta sexual, autores como Gilchrist y Schinke, S.P. (1983), y Levinson (1986), han estudiado el papel de la autoeficacia como variable en relación al comportamiento anticonceptivo; encontrando que el aumento de las expectativas de autoeficacia contribuye a incrementar la habilidad de las mujeres para usar métodos anticonceptivos de una manera efectiva.

Breakwell (1986) examinó la autoeficacia sexual en los adolescentes. La autoeficacia respecto a la propia capacidad para comportarse apropiadamente en situaciones sexuales. Este autor sugiere que los adolescentes varían en sus niveles de autoeficacia y, aunque generalmente la autoeficacia se incrementa con la edad, la maduración no elimina las diferencias individuales.

En otro estudio, Breakwell, Millward y Fife-Schaw (1994) reportan que la autoeficacia es un factor que determinará si un individuo que está motivado para practicar el sexo seguro (debido a su inquietud acerca del riesgo de infección o a su presión normativa) en realidad lo hará. De acuerdo con la teoría, la gente que tiene altos niveles de autoeficacia sexual es más proclive a llevar a cabo sus intenciones cuando se encuentra en la situación sexual real.

Al parecer, la autoeficacia sexual está intimamente relacionada a la autopercepción de tener control. Esta percepción de control involucra la elección de pareja, comportamientos y algo que se podría llamar "las reglas del compromiso" (por ejemplo cuando y dónde se tendrá sexo). También, la autoeficacia está asociada con altos niveles de asertividad en las relaciones; no obstante, en relación a las conductas de riesgo sexuales, algunos adolescentes que tienen una alta autoeficacia no toman precauciones Breakwell (1997:p.140). Desde el punto de vista de Breakwell, el concepto de autoeficacia en la conducta sexual merece mayor investigación, ya que puede ser un ingrediente importante de las decisiones concernientes a la sexualidad durante la adolescencia.

En relación a la importancia de la autoeficacia en el uso de los condones para prevenir infecciones transmisibles sexualmente (ITS) y el SIDA, existen investigaciones que se han propuesto demostrar la influencia de esta variable en tal fenómeno. Este es el caso de Brafford y Beck (1991) quienes incluso han desarrollado una escala de medición de

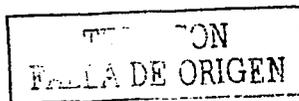
las expectativas de autoeficacia para usar el condón. Bandura, el propio autor de la teoría de la autoeficacia, en 1988, hizo hincapié en la posible asociación entre la autoeficacia y el uso del condón; diciendo que el ejercer control en situaciones de carácter sexual que conllevan la posibilidad del riesgo de infección, requiere que los individuos posean una percepción de autoeficacia así como las estrategias para comunicarse en relación a la sexualidad, el uso de prácticas seguras, así como negociar su uso con la pareja. Bandura también hace la observación de que el uso del condón para prevenir la infección del SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, difiere del empleo del preservativo para prevenir el embarazo; ya que en esta última situación se considera la anticoncepción como una responsabilidad exclusiva de la mujer. Para Bandura, usar condones requiere que la gente tenga influencia y control sobre ella misma, así como sobre los otros. Bandura (1988: p.2) dice al respecto:

*"...El ejercicio la sexualidad involucre el manejo de relaciones interpersonales. Los problemas de llevar a cabo prácticas sexuales seguras se deben a que la autoprotección tiene que ver con las prestaciones interpersonales y los sentimientos. En estas situaciones interpersonales, la influencia del deseo de poder, de la atracción, de los deseos de aceptación social, del miedo al rechazo y de la vergüenza..., pueden nulificar aún la más fuerte consideración individual de la necesidad y de la capacidad de protegerse. Así, entre más débil sea la autoeficacia percibida, es más probable que los factores sociales y afectivos incrementen la probabilidad de una conducta sexual riesgosa"*

De esta manera, Bandura, (1977) destaca que la expectativa de realizar una tarea con éxito, en este caso el usar condón, es sumamente importante; sin embargo, tampoco es suficiente para que se produzca la conducta deseada si el sujeto carece de las capacidades necesarias para llevarla a cabo. Incluso, la motivación por sí sola, tiene una escasa influencia para que la gente actúe de cierta manera. Como Bandura lo señala en su obra "Self-efficacy: The exercise of control"

*"...Para que la gente construya un sentido de eficacia, debe desarrollar habilidades...Una vez capacitada con las habilidades, la gente es más capaz de adoptar conductas que promuevan la salud y de eliminar aquellas que la perjudican..." (1997: p. 286).*

En esta forma, las campañas publicitarias de carácter preventivo que en el caso del SIDA, promueven el uso del condón como una medida para evitar la infección, serían más efectivas si además de enfatizar que las personas cuentan con la capacidad de modificar sus prácticas de riesgo instruyesen a la población con respecto a cómo hacerlo; ya que al parecer, el conocimiento práctico acerca de cómo se manipula el condón y se coloca correctamente, así como las habilidades de negociación con la pareja, constituyen elementos básicos para que cualquier persona se sienta capaz de emplear el preservativo y efectivamente lo haga.



## LAS ACTITUDES Y LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA

Como fue planteado en el capítulo anterior, para que un adolescente use un condón, parece ser importante el conocimiento práctico del manejo de este como un indicador de habilidad que puede llevar al sujeto a evaluarse a sí mismo en relación con el objeto de tal manera que se sienta capaz de usarlo o no. A sí mismo, posiblemente sea relevante también considerar la manera en la cual la persona percibe al objeto mismo. Desde este punto de vista, la Teoría de las Actitudes proporciona un marco de referencia para explicar la influencia que pueden tener en la conducta las creencias de un sujeto sobre un objeto o entidad. Dado que las actitudes constituyen predisposiciones aprendidas a responder a un objeto de manera consistente, en función de lo que el sujeto considera que obtendrá si realiza una conducta determinada (Eagly y Chaiken, 1993 y Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santoro, y Villegas, 1998), pueden ser motivadores poderosos del comportamiento en relación con un objeto determinado. Pueden expresarse a través de las cogniciones, afectos y conductas (Ver figura #1). Incluso, desde el punto de vista de algunos psicólogos sociales como Villegas (1998; Salazar y cols., 1998), las actitudes pueden cumplir funciones cognoscitivas, utilitarias y económicas

a) Función Cognoscitiva: en la medida que las actitudes pueden desempeñar un papel mediador entre los estímulos y las respuestas de un individuo; de tal manera que forman parte de un sistema que "codifica", que "selecciona" e "interpreta", tanto los estímulos como las respuestas. Así, las actitudes son unidades de una visión totalitaria del mundo en que vivimos. A este respecto, autores como Fishbein y Ajzen (1975), plantean que las creencias de un individuo acerca de un objeto le proporcionan las bases para la formación de su actitud hacia este; dado que las creencias de una persona tienen que ver con la manera en la cual concibe el medio que la rodea.

b) Función Utilitaria: que también puede ser llamada adaptativa o instrumental asumiendo que, en términos generales, los individuos se esfuerzan por maximizar las recompensas y minimizar los castigos. De esta suerte, se desarrollan actitudes favorables hacia objetos "recompensantes", o que conducen a la obtención de consecuencias agradables, y desfavorables ante objetos que están relacionados a consecuencias no gratas. Así, las actitudes disponen favorablemente al individuo hacia objetos y procedimientos útiles para el logro de sus metas.

c) Función Económica: ya que las actitudes proveen "una guía práctica" de las conductas apropiadas frente a algunos objetos; en tal forma que los estereotipos y las creencias que configuran nuestro mundo actitudinal cumplen el papel de ser simplificaciones que ayudan a estructurar las experiencias y a categorizarlas.

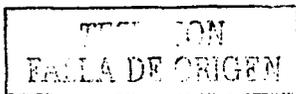
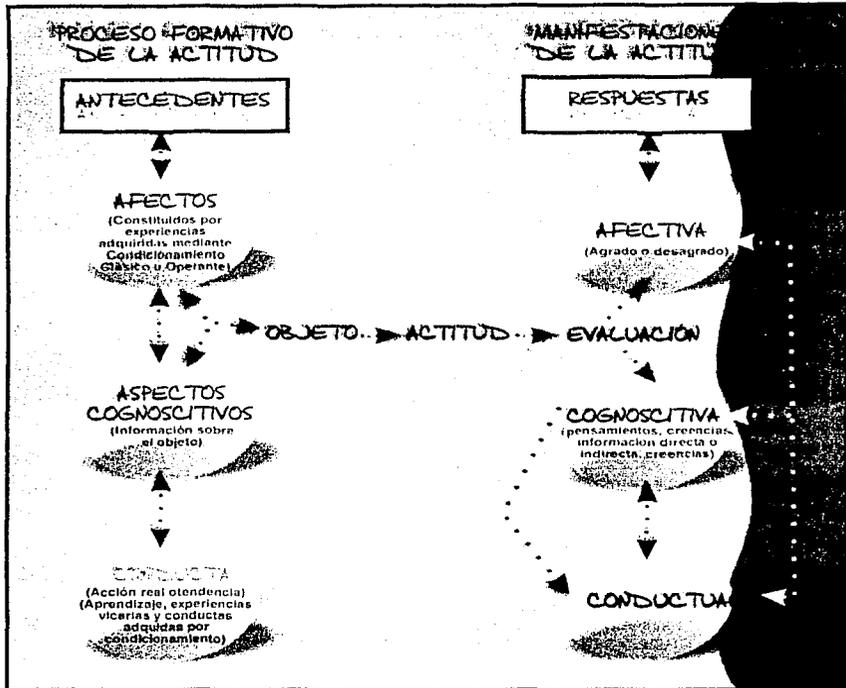


FIGURA No.1

ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO  
FORMATIVO DE LAS ACTITUDES Y ESFERAS DE MANIFESTACIÓN



Fuente: Elaboración Personal

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De esta suerte, si una persona tiene actitudes positivas hacia el condón, probablemente exhibirá conductas que denoten su agrado por este objeto, lo considerará una medida preventiva importante, buscará acercarse a él, conocerlo, emplearlo, mientras que si tiene actitudes negativas hacia él, lo aborrecerá, evitará el contacto con él y se opondrá a su uso. Por ejemplo, Morrison, Baker y Gillmore, (1994), hicieron una investigación sobre el uso del condón en jóvenes infractores, encontrando que si bien su conocimiento sobre el SIDA, el uso del condón y las ITS era elevado, mantenían actitudes negativas hacia el uso del preservativo y tendían a usarlo inconsistentemente. Así mismo, Díaz Loving y Villagrán, en 1992, informan que entre los estudiantes universitarios mexicanos, que tienen relaciones sin protección, existen creencias y actitudes hacia el uso del condón que pudieran considerarse posibles barreras para la intención de usarlo a futuro. Por ejemplo, consideran que no es placentero, que es caro, que hace que el hombre pierda la erección. De esta manera, ¿podrían ser las actitudes y creencias una variable importante en el uso del condón?

Díaz Loving y Alfaro Martínez (1995), que mencionan que las actitudes generales hacia el concepto de condón aunque sean positivas, tienen escaso valor predictivo; otros autores como Fishbein (1990) consideran que las actitudes hacia el condón sí pueden predecir su uso.

Particularmente, la Teoría de la Acción Razonada, TAR, (Fishbein, 1967, Fishbein y Ajzen, 1975), plantea un modelo del proceso psicológico que tiene lugar entre las actitudes y la conducta, asumiendo que una vez que la conducta ha sido identificada, tomando en cuenta la acción de la que se trata, el objeto, el contexto y el tiempo, el mejor predictor de la conducta es la intención de realizarla (Fishbein y Ajzen, 1975). De esta manera, la TAR considera que actitudes generales predicen conductas generales también. En contraste, actitudes específicas, particularmente actitudes hacia determinadas conductas tienden a ser buenos predictores de conductas específicas. Desde este punto de vista, el uso del condón es poco predecible a partir de la medición de las actitudes generales (agrado o desagrado) hacia la prevención del SIDA, como lo han hecho otros estudios; ya que se requiere medir actitudes hacia el uso del condón en particular, de tal manera que tanto la definición de la actitud como del objeto se encuentren en el mismo nivel de especificidad (Fishbein, 1990).

Debido a esto, estudios como el de Moore y Rosenthal (1991) han encontrado que las actitudes hacia las medidas preventivas del SIDA son predictores débiles de la conducta de riesgo actual (explican menos del 10% de la varianza) y constituyen medidas acerca de las creencias y sentimientos sobre el SIDA y su prevención en general, más que acerca del uso del condón en particular. De ahí que probablemente sería más adecuado trabajar con las actitudes hacia un objeto o situación específica: el uso del condón.

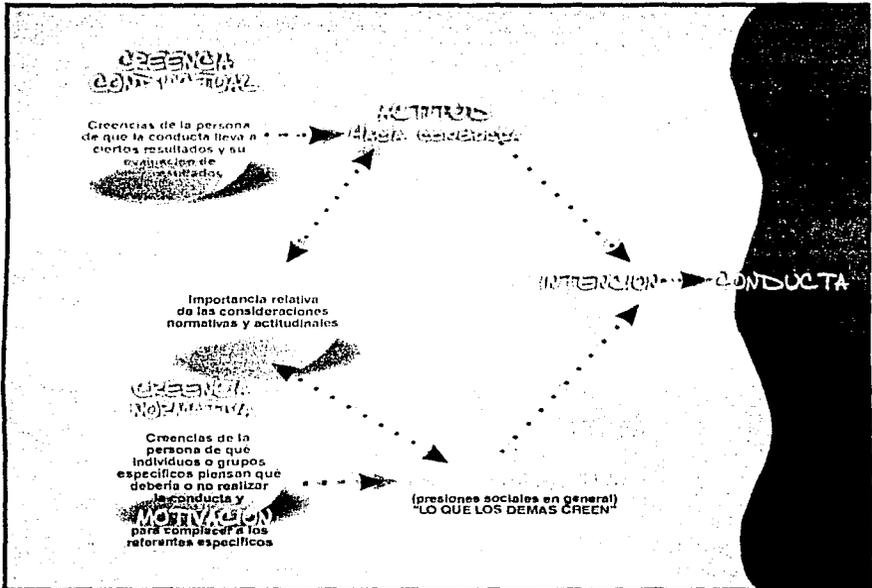
Una vez que la conducta ha sido identificada, la TAR asume que el mejor predictor de esa conducta es la intención de realizarla. En este sentido, Fishbein (1967) retoma los trabajos de Dulany (1961) sobre la probabilidad de que un individuo lleve a cabo una respuesta verbal en particular dependiendo de la intención de efectuarla, tomando en cuenta la ocurrencia de una conducta específica en un contexto o situación específica también. Con el fin de predecir más exactamente la conducta real a partir de la intención de llevarla a cabo, desde el punto de vista de Dulany, sería necesario preguntar qué intenciones tiene el sujeto de actuar según un contexto y circunstancias dadas y no solo explorar el propósito de efectuar un acto en general. Coincidiendo con Dulany, para Fishbein y Ajzen (1975) entonces, la mayoría de las conductas socialmente relevantes están bajo control voluntario y por lo tanto el determinante inmediato de cualquier

comportamiento es la intención de realizarlo. Así por ejemplo, si se desea predecir si un estudiante universitario de sexo masculino usará un condón la próxima vez que tenga relaciones sexuales con su pareja permanente, el mejor predictor será la "intención que tenga de usar un condón la próxima vez que tenga relaciones sexuales con su pareja permanente" y no, como se vio anteriormente, su "intención de evitar el SIDA" o su intención de usar un condón en general (Fishbein, 1990).

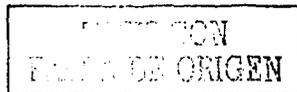
Así, la TAR pretende entender las determinantes de las intenciones de la conducta, como podrían ser las actitudes hacia el comportamiento y la percepción de la persona acerca de las presiones sociales que lo llevan a realizar o no la conducta. (Ver figura #2).

**FIGURA No.2**

**TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA (TAR)**



Fuente: (Fishbein, M.1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. Revista de Psicología Social y Personalidad. 6 (1 y 2)p.3.



Así, se asume que las conductas son una función de las intenciones para realizar esas conductas; estas intenciones están determinadas por actitudes hacia la realización del comportamiento (factor personal que hace referencia a los sentimientos positivos o negativos del individuo con respecto a realizar la conducta en cuestión) y normas subjetivas con respecto al mismo. A su vez, esas actitudes y normas subjetivas (presiones sociales que lo llevan a realizar o no la conducta, prescripciones percibidas) están determinadas por creencias conductuales y normativas. En términos generales, los individuos intentarán realizar una conducta cuando tengan una actitud positiva hacia realizarla, cuando crean que otras personas importantes para ellos piensan que lo deberían hacer (norma subjetiva) y deseen complacerlas.

Tomando como referencia la figura #2, la actitud de una persona para realizar una conducta está en función de sus creencias "más importantes" (predominantes en la mente) que le indican que al realizar la conducta logrará ciertos resultados y la evaluación personal de esos resultados (creencia conductual). Entre más crea que el realizar un acto específico lo llevará a logros positivos (o prevendrá resultados negativos), más favorable será la actitud (agrado o desagrado hacia la conducta) de esa persona hacia la conducta. Es importante reconocer que la actitud hacia una conducta está determinada por las implicaciones evaluativas de la totalidad de las creencias importantes que uno mantiene; las actitudes no están determinadas por una sola creencia. De esta manera, Fishbein (1967) concibe la actitud como "una predisposición aprendida a responder a un objeto de una manera" y considera que la actitud hacia una conducta es en sí misma, una función de las creencias conductuales, que representan las consecuencias percibidas de dicha conducta. Para obtener una estimación de la actitud, la TAR propone un modelo matemático, en el cual la fuerza de la creencia de la consecuencia de una conducta, es multiplicada por la evaluación de dicha consecuencia. Estos productos se suman para cada una de las creencias conductuales sobresalientes. La suma, para la teoría es llamada "actitud-valor-expectativa". Esta relación entre la actitud hacia la conducta y las creencias conductuales, se expresa algebraicamente:

$$AB = \sum_{i=1}^n b_i e_i \quad (1)$$

donde:

AB= actitud

b<sub>i</sub>= creencia de que la conducta tendrá cierta consecuencia "i"

e<sub>i</sub>= evaluación de la consecuencia

n= número de consecuencias

Esta suma (valor de la expectativa de la actitud),  $\sum_{i=1}^n b_i e_i$  debe correlacionarse

significativamente con la medida de actitud.

De manera semejante, la fuerza de la creencia normativa se multiplica por la motivación de la persona para complacer a cada referente en cuestión y, un estimado de la norma subjetiva se obtiene sumando los productos de cada referente. Esta relación puede expresarse algebraicamente:

$$SN = \sum_{j=1}^r b_j m_j \quad (2)$$

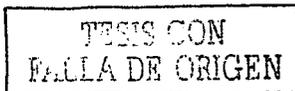
Donde:

$b_j$  = creencia normativa de que un referente "j" piense que el sujeto debe llevar a cabo la conducta

$m_j$  = motivación para complacer a ese referente "j"

$r$  = el número de referentes relevantes

Esta suma  $SN = \sum_{j=1}^r b_j m_j$



llamada "valor de la expectativa de la norma subjetiva" es vista como una medida indirecta de la presión normativa y debe correlacionarse significativamente con la medida de la norma subjetiva.

En esta forma, la norma subjetiva de una persona, con respecto a una conducta es, por una parte, una función de las creencias normativas de la persona acerca de qué grupos o individuos importantes piensen que él o ella debería (o no debería) realizar la conducta y por otra, de la motivación de la persona para estar de acuerdo con estos individuos o grupos.

De esta manera, el modelo presentado sugiere que la causa más próxima de la conducta es la intención de realizarla. Las actitudes influyen en la conducta, debido a su influencia sobre las intenciones, que son "decisiones de actuar de una manera determinada" (Fishbein y Ajzen 1975). De acuerdo a la TAR, la intención es determinada por la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva.

De acuerdo con esta propuesta, la intención es un constructo psicológico que representa la motivación de la persona para llevar a efecto una conducta de manera consciente y propositiva. Para Fishbein y Ajzen (1975), la gente actúa de acuerdo con lo que pretende. Así, las personas actúan de tal forma que eso les permita obtener consecuencias favorables y cumplir con las expectativas de otros que son importantes para ellos.

Al sugerir que la conducta está bajo el control de las intenciones, Fishbein y Ajzen (1975), se centran en las conductas que pueden considerarse "voluntarias". Debido a esto, su teoría ha recibido diversas críticas. Por ejemplo, Liska (1984) plantea que las intenciones pueden ser una de las variables asociadas a la conducta, pero no una causa suficiente. La restricción del modelo a la conducta voluntaria, excluye la conducta que requiere estrategias, habilidades, oportunidades y la cooperación de otros.

En oposición a las críticas de Liska, Fishbein y Ajzen (1975) argumentan que la necesidad de recursos o habilidades o bien la cooperación de otros, no requiere cambios en su modelo, solamente lleva a cambios en las intenciones si dichos recursos

o la cooperación necesaria no están disponibles. Cuando se trata de la intención que antecede a un acto que se realizará inmediatamente, la falta de las condiciones mencionada, tendrá un efecto mínimo, ya que llevará a la persona solamente a cambiar su intención, pero la intención en sí misma, conservará su valor predictivo de la conducta.

Sin embargo, como Liska lo plantea, cuando una conducta se llevará a cabo a largo plazo, la intención actual no necesariamente será el factor predictivo de un comportamiento, ya que además de la intención, pueden intervenir otros factores. Desde el punto de vista de Liska, quizá el mayor problema de la TAR es que difícilmente existe una conducta que esté totalmente bajo el control voluntario; aún conductas como "votar" requieren, en cierta medida, la posesión de algunas capacidades y la cooperación de otros. Para Liska, es mejor concebir un continuo conductual, donde se posicionen en distintos puntos, desde conductas que requieren escasas destrezas o cooperación de otros, como mover un brazo, hasta conductas más complejas que necesitan la intervención de habilidades, como tocar el violín, y además la participación de otros, como las relaciones o encuentros sexuales. Enfatizando la continuidad entre estas categorías, las intenciones en todo caso, serían buenos predictores de la conducta que no está condicionada a la existencia de recursos; mientras que dichos recursos tomarían el papel de predictores del comportamiento en el caso de conductas complejas.

Fishbein y Ajzen (1975) soslayan la anterior dificultad planteada por Liska, aduciendo que, aún careciendo de las habilidades necesarias, un individuo llevará a cabo la conducta ya que no siempre tiene conciencia de estas deficiencias y sólo después de haber fracasado cambiará su intención de realizarla. De esta manera, la intención para Fishbein y Ajzen conserva su valor predictivo aún en tales condiciones. Sin embargo, parecería que no siempre la gente modifica sus intereses de tal manera que lleve a efecto la conducta deseada o bien que obtenga los resultados deseados y es importante entender porqué no lo hace.

Warshaw y Davis (1985), en un estudio llevado a cabo con estudiantes universitarios, compararon la eficacia de las intenciones vs las expectativas para predecir dieciocho conductas llevadas a cabo por estos sujetos y encontraron que los planes de una persona no predicen su conducta tan bien como sus expectativas. Aunque Fishbein y Ajzen (1975) sugieren que tanto planes como expectativas son conceptos intercambiables y la intención de actuar es un plan consciente, Warshaw y Davis (1985), señalan la superioridad de las "expectativas" sobre todo cuando intervienen factores no voluntarios, como la anticipación de deficiencias en los recursos, las habilidades y las oportunidades para llevar a cabo una conducta.

Warshaw y Davis, plantean que la intención y la expectativa son conceptos diferentes. La intención es "el grado en el cual una persona formula un plan consciente para actuar o no, una conducta específica futura" (1985: p.214). La intención puede ser vista como un continuo que va desde un plan conscientemente formulado hasta un propósito vagamente establecido. En cambio, las expectativas son "estimaciones de la probabilidad de que una persona actúe, en realidad, de alguna manera específica en el futuro" (Warshaw y Davis, 1985: p.215) sin que se plantee un proyecto necesariamente. También la expectativa puede verse como un continuo que va desde la percepción de una alta probabilidad de realizar una conducta hasta una baja probabilidad de llevarla a cabo. Al formarse una expectativa, un sujeto puede considerar una serie de factores como la falta de habilidades y algunos otros elementos ambientales, fuera del control voluntario y la razón. De hecho, algunos autores como Brewin (1996:p.37) proponen la

existencia de dos sistemas cognitivos con diferentes funciones y propiedades; uno automático e inconsciente que involucra el procesamiento de información paralela en gran escala y otro consciente que requiere de mayor esfuerzo para actuar de manera propositiva. Para Brevin, la mayoría de los procesos cognitivos pueden incluir una gran cantidad de información, manejada extremadamente rápido y completamente fuera de la consciencia. Sin embargo, aun cuando las personas no tengan consciencia de este sistema de procesamiento cognitivo, pueden saber de sus productos; por ejemplo en la forma de pensamientos e imágenes. Cabe señalar que este procesamiento puede estar fuertemente influenciado por el aprendizaje previo y que un nuevo estímulo puede elicitar respuestas rutinarias de una manera relativamente inflexible. Así mismo, teóricos como Epstein (1994: p.710) conciben que el procesamiento cognitivo puede llevarse a cabo de dos modos o sistemas diferentes, uno racional: analítico, con propósito y verbal. Otro: experiencial: automático, natural y no verbal, bajo el cual el sujeto concibe el mundo en base a creencias implícitas.

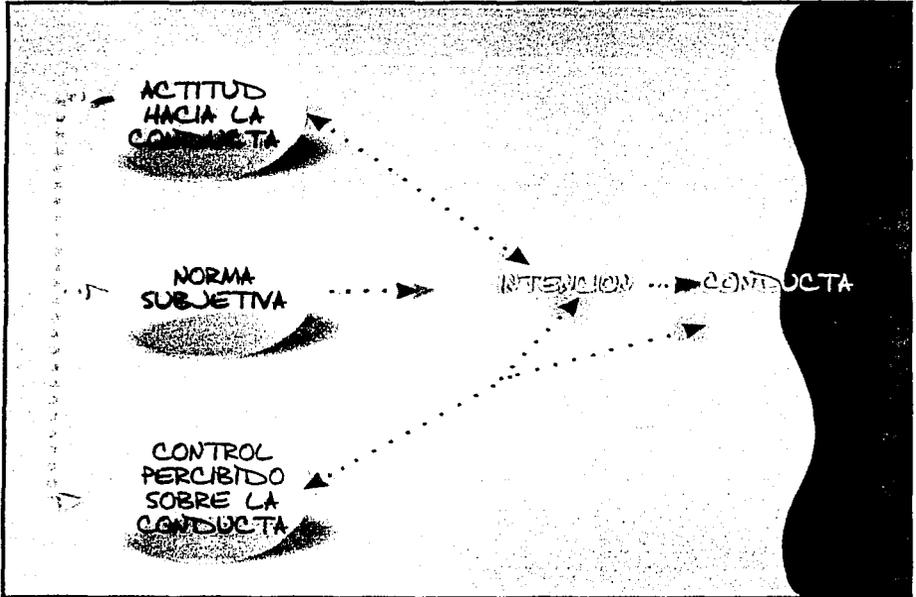
En realidad, parece razonable postular que la gente a veces actúa de una manera relativamente impulsiva o espontánea, sin formarse una intención explícita. Así, para Warshaw y Davis (1985), aunque la intención podría ser el mejor predictor de una conducta futura, en sus expectativas el sujeto si bien puede tomar su intención actual como un punto de partida, en realidad puede hacer también ajustes que reflejen el posible impacto de factores no voluntarios. Por ejemplo, el trabajo de Anderson (1983) sugiere que los ajustes que hace el sujeto en sus intenciones, están dictados en parte por qué tan fácilmente el sujeto se imagine a sí mismo ejecutando una conducta en diversos escenarios futuros.

En respuesta a algunas de estas críticas que ha recibido la Teoría de la Acción razonada (TAR), Ajzen propuso una teoría alternativa: "La Teoría de la Conducta Planeada" (TCP), que se basa en el modelo original de Fishbein-Ajzen (1975). Aunque Ajzen mantiene la postura de que el modelo de la Acción Razonada es válido para la conducta voluntaria, reconoce que la explicación debe revisarse para aquellas conductas que no están totalmente bajo control voluntario. Así, Ajzen (1985) propone medir el control percibido sobre la conducta (CPC) y recomienda que el CPC se sume a la TAR (figura #3).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIGURA No.3

UNA REPRESENTACIÓN DE LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA DE AJZEN



NOTA: "El control percibido" afecta la conducta de dos maneras: tiene una influencia sobre la intención de llevarla a cabo y también tiene un impacto directo sobre la conducta (línea punteada).

Fuente: Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, p.182.

TRFIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con Ajzen y Madden (1986: p.457), el CPC se refiere a las creencias del sujeto sobre la relativa facilidad o dificultad que encontraría al realizar una conducta, el cual puede tener una influencia sobre la conducta misma o sobre la intención de llevarla a cabo. Consistentemente con este punto de vista, existe evidencia empírica que apoya la inclusión de CPC en el modelo original de la TAR (Schifter, y Ajzen,1985; Ajzen,y Madden, 1986; Ajzen,1991; Madden, Ellen y Ajzen, 1992).

En la teoría de la Conducta Planeada, el "control" es tomado en cuenta como una variable llamada "Percepción del Control sobre la Conducta", CPC, dado que es difícil determinar el control real ejercido sobre el comportamiento. Cabe señalar que, de acuerdo con Ajzen (1985,1986) y Bandura (1977), este constructo es similar al concepto planteado de "autoeficacia" (Bandura, 1977).

Bandura (1997: p. 127) señala que, tal como lo sugiere Ajzen (1985: p.34 y 1986: p.457), el "control percibido sobre la conducta" corresponde al determinante conductual de autoeficacia": "En la Teoría de la Conducta Planeada, el control percibido sobre la conducta se mide y se define en términos de la facilidad o dificultad percibidas al llevar a cabo una conducta determinada"; mientras que, la autoeficacia como " la percepción de una persona acerca de si puede ejecutar exitosamente o no, una tarea determinada" ( Bandura, 1977: p.193). Para Bandura (1997: p. 127) . "la dificultad percibida es un concepto relacional que involucra la capacidad percibida para cumplir con las demandas percibidas de la tarea. Entre menos eficaces se perciban a si mismos los individuos, mas difícil percibirán que es la tarea". Bandura (1997, p.284) reconoce el gran poder predictivo que tiene el control percibido de la conducta y menciona la existencia de apoyo empírico (Dzewaltowski, 1989) que sustenta su aseveración de que el control percibido sobre la conducta mide esencialmente la percepción de autoeficacia. "de ahí que cuando la autoeficacia percibida se incluye como predictor, el control percibido sobre la conducta no contribuye de manera independiente a la explicación del comportamiento"(Bandura, 1997: p.284).

Además, Bandura (1997: p.127) plantea que Ajzen y sus colegas (Ajzen y Madden, 1986), han demostrado que el "control percibido sobre la conducta" afecta la ejecución de la conducta, tanto directa como indirectamente a través de su efecto sobre la intención: "La percepción de autoeficacia ejerce una influencia directa e indirecta similar sobre la ejecución de la conducta en conjunción con variables como la actitud y la norma subjetiva, planteadas también por la Teoría de la Conducta Planeada".

Ahora bien, Ajzen y Madden (1986: p.457) por su parte, señalan que " el uso del concepto de control percibido sobre la conducta más semejante al que ellos le atribuyen, es el de autoeficacia planteado por Bandura (1977), solo que... la Teoría de la Conducta Planeada sitúa este constructo dentro de una estructura más general de relaciones entre creencias, actitudes, intenciones y la conducta. Por otro lado, Ajzen (1985: p.34) hace hincapié en que el trabajo de Bandura (1977 y 1982) sobre autoeficacia "proporciona un soporte para la relación entre el control percibido y la ejecución de la conducta" ; ya que " la percepción de control puede influir en los intentos de actuar, independientemente de su exactitud (o correspondencia con la realidad). Una persona que tiene una visión pesimista sobre su control sobre la conducta puede no intentar nunca llevarla a cabo, de tal manera que no corroborará si se encuentra en un error. Como resultado, el control percibido se correlaciona con la ejecución de la conducta, aunque esta correlación tenderá a ser mayor solo cuando el control percibido corresponda al control real".

TRIS COM  
FALLA DE OR

De acuerdo con la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985: p.36), uno de los factores que determinará la intención de actuar de cierta manera, "son las creencias de la persona acerca de sus probabilidades de éxito o fracaso" ... "De manera general puede decirse que una persona intentará llevar a cabo una conducta si ella cree que las probabilidades de éxito, sobrepasan a las probabilidades de fracaso...".

Ajzen (1985) y Ajzen y Madden (1986) plantean que varios factores pueden interferir con el control de la conducta pretendida; algunos internos, concernientes al individuo y otros externos. Ejemplos de factores internos serían: las habilidades, estrategias, el conocimiento, la adecuada planeación, la fuerza del deseo de hacerlo, las emociones, las compulsiones. Los factores externos serían: el tiempo, la oportunidad, la dependencia de la cooperación de otros, la información que proporciona el medio ambiente.

Para garantizar la exactitud en la predicción de la conducta, no solo se debe evaluar la intención, sino obtener una estimación de qué tan capaz es el individuo para ejercer control sobre la conducta en cuestión. De acuerdo con Ajzen (1985), la posibilidad de que una persona lleve a cabo una conducta dependerá en parte de la cantidad de control que tenga sobre ella. En la Teoría de la Acción Planeada, el control que las personas tienen sobre la conducta es un continuo; en un extremo se encuentran las conductas que requieren escasos recursos y, en el otro, "conductas-meta" en las que se hace necesario contar con recursos, oportunidades y estrategias o habilidades especiales; por ejemplo: usar condón.

Desafortunadamente es difícil sino imposible, garantizar una medición del control real y, aún consiguiéndolo, es necesario tener presente que toda conducta puede tener aspectos no voluntarios. Por ejemplo, una conducta predominantemente voluntaria como votar por algún partido político, puede ser frustrada por algunas circunstancias más allá de la voluntad de la persona. Así, podría suceder que el día de las elecciones la persona enfermara gravemente y no acudiera a votar; esto le impediría llevar a cabo toda la secuencia de conductas específicas para llegar a la meta: ponerse el saco, manejar o caminar hasta la casilla, etc.

Sin embargo es posible medir el control percibido sobre la conducta. Ajzen (1985), plantea que una persona percibe que controla una conducta porque tiene la expectativa de que la puede hacer exitosamente, porque tiene los recursos para llevarla a cabo (información, habilidades, etc.). En su trabajo de 1985, Ajzen señaló que el control percibido es una expectativa conductual. De ahí que las probabilidades subjetivas de éxito o fracaso pueden estar relacionadas con las creencias acerca de la presencia o ausencia de factores personales y externos que pueden facilitar o inhibir la ejecución de la conducta o bien influir en las intenciones de llevarla a cabo.

Al postular una relación entre el control y la intención, La Teoría de la Conducta Planeada asume que la gente tiende a ejecutar aquellas conductas en las que percibe que tiene control; ya que se considera apto para ejecutarlas y confía en su habilidad, tal como Bandura lo señala (1977). No obstante, la definición de Ajzen del "control percibido" no es explícita al señalar que la percepción de dificultad de la tarea, o escaso control sobre la conducta, tiene que ver con las probabilidades subjetivas de ineptitud para ejecutar la tarea; en tanto que la percepción de control o facilidad con la expectativa de destreza para efectuarla. De esta manera, aunque Ajzen (1985, 1986) plantea que la percepción de control sobre la conducta esta en función de la percepción de aptitud para efectuar una determinada tarea con éxito y Bandura, que es autor de la teoría de autoeficacia que son equivalentes ambos conceptos: *control percibido sobre la*



*conducta y autoeficacia*; en la presente investigación se consideró que el concepto de autoeficacia, en lugar del de control percibido sobre la conducta, era más claro para nombrar a la variable que se refirió a la percepción del sujeto de poseer control o habilidad para emplear el condón con éxito. Se pensó que entre *percepción de dificultad y autoeficacia* podía ser más determinante la percepción de autoeficacia para explicar la intención de usar condón; ya que si el sujeto se percibe autoeficaz es más probable que ejecute la conducta independientemente de que la perciba como fácil ó difícil.

Autores como Kok, de Vries, Mudde, y Strecher (1991: p.232), mencionan que " medir simplemente la percepción de dificultad de una tarea no necesariamente implica una estimación de habilidad"; de ahí que proponen que se mida la percepción de habilidad en relación a la situación específica en donde tiene lugar la conducta para incluir diferentes niveles de dificultad de la misma en relación al contexto donde tiene lugar. Con lo cual se contemplaría la fuerza y magnitud de la percepción de autoeficacia. Además, a partir de una muestra de situaciones relevantes donde se lleva a cabo la conducta, se evaluaría la dimensión de generalidad.

De acuerdo con lo planteado, un adolescente tendría la intención de usar un condón en la medida que se percibiera a sí mismo con el control de la conducta; es decir, emplearía el condón si se percibiera así mismo con los recursos necesarios para hacerlo.

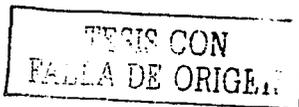
Existen investigaciones que han estudiado la influencia del control percibido sobre la conducta en la intención de usar condón.

Richard y Van der Plight (1991) tomaron como eje la Teoría de la Conducta Planeada y estudiaron la percepción de control sobre el uso del condón. Observaron que esta variable tiene una fuerte influencia sobre la tendencia a usar esta medida preventiva.

Otros estudios como el de Kashima (1993), que probó la aplicabilidad de las Teorías de La Acción Razonada y La Conducta Planeada al uso del preservativo, encuentran que ambas teorías son insuficientes para explicar la intención de usar condón. Con respecto a la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) plantean que el control percibido sobre la conducta no explica el empleo del preservativo. Lo anterior infiriendo el papel del control percibido sobre la conducta (CPC) a partir de medidas indirectas, como la creencia normativa en relación con la pareja.

Chan y Fishbein (1993) encuentran que, si bien el control percibido sobre la conducta (CPC) no mejora la predicción del uso del condón, es posible que el CPC en relación a la conducta de empleo del preservativo, no sea unidimensional; es decir, establecen que el CPC puede incluir más aspectos que el simple hecho de la percepción de la facilidad o dificultad de la tarea. Dado que los autores utilizaron solamente dos reactivos para medir el CPC, creen que es posible que existan diversos aspectos relacionados al uso del condón que influyan en el sujeto para que se vea así mismo hábil o inepto para llevar a cabo esta tarea y por lo tanto con escaso control de la conducta.

Por otro lado, sea ha demostrado que la autoeficacia es un factor que influye y predice la intención de actuar de manera determinada (de Vries, Dijkstra, y Kuhlman (1988); Kok, de Vries, Mudde, y Strecher (1991) y en la intención de usar condón (Paulussen, Kok, Knibbe y Kramer, 1989)



Considerando que el empleo del condón es una conducta compleja, en la que intervienen factores tanto internos, inherentes al individuo, como externos, relacionados con el medio ambiente; y que probablemente esta conducta no este determinada únicamente por la decisión consciente de llevarla a cabo, las variables cognitivas juegan un papel de suma importancia en su predicción.

La presente investigación se basó en el modelo teórico de la Conducta Planeada para explicar la intención de usar condón en los adolescentes, porque además de las actitudes y la norma subjetiva considera un tercer factor: la percepción del sujeto con respecto a su posible control o eficacia para llevar a efecto la conducta del empleo del preservativo. Además de las posibles influencias del entorno social (norma subjetiva, creencias normativas, motivación para complacer a los referentes sociales) en la intención de emplear condón, y las creencias del sujetos respecto a la conducta (actitud), esta variable cognitiva podría aportar mayor información acerca si el adolescente se percibe con los recursos para llevarla a cabo. De acuerdo con lo planteado en el marco teórico, independientemente de la realidad, esta visión personal puede ser muy importante en la determinación de la intención y conducta.

Tomando como fundamento la Teoría de la Conducta Planeada, la presente investigación estudió si las variables: autoeficacia, norma subjetiva, creencias normativas, motivación para complacer a los referentes sociales, actitud, sexo y experiencia sexual, se relacionaban con la intención de emplear el preservativo.

Ya que el medir la percepción de autoeficacia podía tener el inconveniente de mostrar solamente la exageración de la persona acerca de su dominio sobre la conducta, además, se exploró si los sujetos de la investigación poseían conocimientos teóricos con respecto al uso y colocación correctos del condón. Esto como un indicador de la capacidad real del sujeto para usar preservativo.

De acuerdo con la Teoría de la Conducta Planeada, se esperaba que todas estas variables estuvieran relacionadas con la intención de emplear condón. Es decir, que a mayor intención fuera mayor también la autoeficacia, el conocimiento teórico sobre el uso y colocación correctos del condón, la actitud positiva hacia el empleo del preservativo y que existiera una norma subjetiva para los sujetos. También se esperaba encontrar diferencias entre los distintos grupos: con y sin experiencia sexual y de acuerdo al sexo.

Finalmente, cabe señalar que, siendo el empleo del preservativo una conducta compleja, la presente investigación sólo tomó en cuenta algunas variables que, de acuerdo a los antecedentes teóricos presentados, parecían tener influencia en este fenómeno.

TRABAJE CON  
FOLIO DE ORIGEN

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SIDA constituye un problema de salud pública importante que puede combatirse con medidas preventivas como el condón; dado que las relaciones sexuales sin protección son la principal vía de contagio de esta infección. Mundialmente se han realizado campañas de uso del condón con este objetivo.

Entre los adolescentes, al parecer el simple conocimiento teórico de la enfermedad del SIDA y la posibilidad de prevenirla mediante el uso del condón, no es suficiente para que lo empleen.

En vista de que el uso del condón es un fenómeno complejo y considerando la discrepancia observada entre el conocimiento sobre el SIDA y la falta de empleo del condón, la presente investigación se propuso como objetivo indagar si las variables: "conocimiento teórico del uso del condón", "autoeficacia", "actitud", "norma subjetiva", "creencias normativas", "motivación para complacer a los referentes sociales", "sexo" y "experiencia sexual", influyen en la intención de usar el preservativo en los adolescentes. Se tomó como marco de referencia la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1985, 1986). Se exploró la influencia de dichas variables sobre la intención de usar condón; la posible relación entre las mismas. Para tal efecto, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿La intención de usar condón en los adolescentes, con experiencia y sin experiencia sexual, está relacionada con la actitud hacia el empleo del preservativo, el conocimiento teórico del uso del condón, la percepción de autoeficacia, la norma subjetiva, la motivación para complacer a los referentes sociales y el sexo de los sujetos?

TRICIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer si la intención de usar el condón en los adolescentes, estaba relacionada con las variables: *actitud del sujeto hacia su uso, conocimiento teórico del manejo adecuado del mismo, autopercepción de eficacia para su empleo, la norma subjetiva, las creencias normativas, la motivación para complacer a los referentes*, la experiencia sexual y el sexo de los sujetos.

**OBJETIVOS PARTICULARES:**

Como objetivos particulares, se exploró si existían diferencias en cuanto a las variables: *actitud hacia el uso del condón, conocimiento teórico del manejo adecuado del mismo, autopercepción de eficacia para su empleo, la norma subjetiva, las creencias normativas y la motivación para complacer a los referentes*, de acuerdo con el sexo y la experiencia sexual de los adolescentes.

En cuanto al conocimiento teórico del manejo adecuado del condón, se estudió si había diferencias entre los adolescentes pertenecientes a distintos grados escolares.

Por otra parte, también se investigó si alguna de las variables mencionadas podría ser predictor de la intención de emplear preservativo en los adolescentes.

Para tratar de responder a la pregunta de investigación principal, se elaboraron las siguientes hipótesis de trabajo:

TRABAJO CON  
FOLLA DE ORIGEN

## HIPÓTESIS

H1.: "Existen diferencias en el conocimiento teórico de la manipulación y colocación correctas del condón entre los alumnos de los distintos grados de bachillerato"

Ho1: "No existen diferencias en el conocimiento teórico de la manipulación y colocación correctas del condón entre alumnos de los distintos grados de bachillerato"

H2: "Existe relación entre el conocimiento teórico de la manipulación y colocación correctas del condón y la percepción de autoeficacia para emplearlo"

Ho2: "No existe relación entre el conocimiento teórico de la manipulación y colocación correctas del condón y la percepción de autoeficacia para emplearlo"

H3: "Existe relación entre la intención de usar condón y la percepción de autoeficacia para emplearlo"

Ho3: "No existe relación entre la intención de usar condón y la percepción de autoeficacia para emplearlo"

H4: "Existe relación entre las actitudes hacia el empleo del preservativo y la intención de usarlo"

Ho4: "No existe relación entre las actitudes hacia el empleo del preservativo y la intención de usarlo"

H5: "Existe relación entre la norma subjetiva de los adolescentes y la intención de emplear condón"

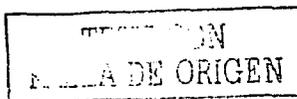
Ho5: "No existe relación entre la norma subjetiva de los adolescentes y la intención de emplear condón"

H6: "Cuando existe una alta percepción de autoeficacia para el empleo del condón y un alto conocimiento teórico sobre la manipulación y colocación correctas del preservativo, la intención de usar condón aumenta"

Ho6: "Cuando existe una alta percepción de autoeficacia para el empleo del condón y un alto conocimiento teórico sobre la manipulación y colocación correctas del preservativo, la intención de usar condón no aumenta"

H7: "Cuando existe una alta percepción de autoeficacia para el empleo del condón y una actitud positiva hacia su empleo, la intención de usar preservativo aumenta"

Ho7: " Cuando existe una alta percepción de autoeficacia para el empleo del condón y una actitud positiva hacia su empleo, la intención de usar preservativo no aumenta"



## VARIABLES

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

#### 1.- *Intención de usar condón:*

##### DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Fishbein y Azjen (1975: p.292) señalan que la Intención es " la decisión a actuar de una manera determinada con respecto a un objeto dado, en una situación específica...". En cuanto a la intención o decisión consciente del sujeto de usar condón, Fishbein (1990: p.4-5) señala que es necesario considerar que los hombres ejecutan la acción de emplear condón, en tanto que las mujeres no, son sus parejas quienes lo hacen. Sin embargo, las mujeres pueden influir en la probabilidad de que sus parejas usen preservativo, si les piden su empleo.

##### DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Respuesta a cuatro reactivos (similares a los propuestos por Fishbein, 1990), dos para varones y dos para mujeres con respuesta tipo Likert. Dichos reactivos decían:

##### SUJETOS FEMENINOS:

- 1.- "Le diré a mi pareja que use un condón cada vez que tengamos relaciones sexuales"
- 2.- "Le diré a mi pareja que use un condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales"

##### SUJETOS MASCULINOS

- 3.- "La próxima vez que tenga relaciones sexuales usaré condón"
- 4.- "Cada vez que tenga relaciones sexuales usaré un condón"

En la presente investigación se consideró que tanto el pedir el empleo del preservativo como usarlo evaluaban la "intención de usar condón", debido a que la acción de se da en el contexto de una relación íntima con otra persona y requiere la cooperación de la pareja para llevarse a efecto. De ahí que se estableció que los reactivos que exploraban la probabilidad de que el adolescente en su próxima relación sexual usara o pidiera el uso del condón, median la "intención de usar el condón la próxima vez"; mientras que aquellas preguntas que se referían a la decisión del adolescente de usar o pedir el uso del condón cada vez que tuviera relaciones sexuales, evaluaban "la intención de usar condón cada vez". Además, como medida general de la intención de emplear preservativo, la sumatoria de "la intención de usar el condón la próxima vez" y de "la intención de usar el condón cada vez", constituía una medida global de la intención de emplear preservativo y esta variable se le llamó "intención total".

ESTUDIO CON  
FUENTE DE ORIGEN

## 2.- *Conocimiento del uso del condón:*

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Información sobre el uso correcto del condón masculino y femenino: manipulación y colocación correctas para que el preservativo no se zafe o se rompa.

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Respuestas a un cuestionario sobre las reglas básicas del manejo y colocación correctas del condón, que constó de 19 preguntas de opción múltiple<sup>1\*\*\*</sup>.

## 3.- *Percepción de Autoeficacia para el uso del condón:*

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

De acuerdo con Bandura (1977: p.193) la *Autoeficacia Personal*, es "la percepción de una persona acerca de si puede ejecutar exitosamente o no, una tarea determinada".

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Respuestas a la escala de autoeficacia del uso del Condón, desarrollada por Brafford y Beck (1991). La cual exploró que tan hábiles se consideraban los sujetos de estudio para usar con éxito el condón, para manejarlo y para colocárselo en diversas situaciones.

## 4.- *Actitud hacia el empleo del condón:*

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

De acuerdo a la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein (1967: p.483), la actitud se definió como " una predisposición aprendida a responder a un objeto de una manera consistente", en función de lo que el sujeto considera que obtendrá si realiza una conducta determinada; es decir, si emplea el condón.

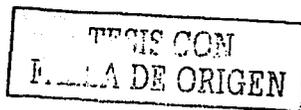
### **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Respuestas a la escala multidimensional (de cinco factores) de actitud hacia el uso del condón, desarrollada por Helweg-Larsen y Collins (1994).

## 5.- *Norma Subjetiva:*

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

De acuerdo a la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein (1967: p.489 y 1990: p.6-7), la norma subjetiva es "la creencia del sujeto acerca de si las personas importantes para él, opinan que él debería actuar de determinada manera" ; es decir, para efecto del presente estudio, si debería usar condón.



<sup>1\*\*\*</sup>En la sección de "instrumentos" se describe cada uno de ellos.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Respuesta a la pregunta:

"La gente que es importante para mí, piensa que yo..."

DEBERÍA	EN PARTE DEBERÍA	NO SÉ	EN PARTE DEBERÍA	NO DEBERÍA
5	4	3	2	1
...usar condón cuando tenga relaciones sexuales"				

Similar a la usada en investigaciones anteriores por Fishbein (1990) y Kashima (1993).

**6.- Creencias normativas.**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Se entendió por "creencias normativas", las "creencias de la persona de qué individuos o grupos de individuos específicos piensan que él debería o no, realizar la conducta " (Fishbein, 1990: p.9).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

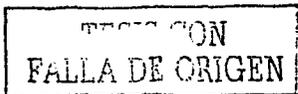
Los siguientes reactivos, ocho en total, similares a los desarrollados por Fishbein (1990: p.13); se utilizaron para medir la probabilidad de que el referente social en cuestión pensara que el adolescente debería o no debería usar condón la próxima vez que tuviera relaciones sexuales. Se usó una escala Likert de cinco puntos para evaluar la respuestas. Dichos reactivos, eran:

- 1.-"Mis padres piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 2.-"Mi pareja piensa que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 3.-"Mis parejas anteriores pensaban yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 4.-"Mis amigos piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 5.-"Mis parientes más cercanos piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 6.-"Mis maestros piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 7.-"Mis compañeros piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 8.-"Mis hermanos (as) piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"

**7.- Motivación para complacer a los referentes sociales.**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

De acuerdo con Fishbein (1967: p.488), la motivación para complacer a los demás que le son importantes al sujeto, " es el deseo o falta de deseo de hacer lo que el cree que la gente opina que debería".



#### **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Para medir el deseo de complacer a los referentes sociales, se plantearon ocho reactivos, que fueron la contraparte de los de creencias normativas (Fishbein 1990). Se uso una escala de respuesta tipo Likert para calificar a dichos reactivos.

- 1.- "En términos generales yo deseo hacer lo que mis padres piensan que debo hacer"
- 2.- "En términos generales yo deseo hacer lo que mi pareja piensa que debo hacer"
- 3.- "En términos generales yo deseo hacer lo que mis parejas anteriores piensan que debo hacer"
- 4.- "En términos generales yo deseo hacer lo que mis amigos piensan que debo hacer"
- 5.- "En términos generales yo deseo hacer lo que mis parientes más cercanos piensan que debo hacer"
- 6.- "En términos generales yo deseo hacer lo que mis maestros piensan que debo hacer"
- 7.- "En términos generales yo deseo hacer lo que mis compañeros piensan que debo hacer"
- 8.- "En términos generales yo deseo hacer lo que mis hermanos (as) piensan que debo hacer"

#### **8.- Sexo:**

##### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

De acuerdo con Alvarez Gayou y Mazin (1987: p.1) se considera "sexo" a "la serie de características físicas, determinadas genéticamente que colocan a los individuos de una especie ...en los extremos reproductivamente complementarios" : hombre o mujer.

##### **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

De acuerdo con la pregunta número "1" de la Ficha de datos sociodemográficos (Apéndice # 2), la declaración del sujeto de pertenecer al sexo masculino o femenino.

#### **9.- Experiencia sexual:**

##### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

En la presente investigación, se usó el término "relaciones sexuales" para referirse a la actividad sexual coital, con dos modalidades de respuesta:

- 1) Ha tenido
- 2) No ha tenido

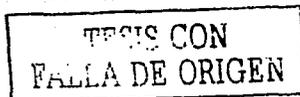
##### **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Empleando la pregunta número 4 de la Ficha de datos sociodemográficos (Apéndice # 2), se les preguntó a los sujetos si habían tenido alguna vez relaciones sexuales.

#### **10.- Grado Escolar:**

##### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Nivel de estudios académicos.



**DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Con la pregunta número 3 de la Ficha de datos sociodemográficos (Apéndice # 2) se les pidió a los sujetos que se ubicaran en el grado de bachillerato al que pertenecían.

VARIABLE DEPENDIENTE

○

CRITERIO

La variable dependiente en la presente investigación fue La intención de usar condón.

VARIABLES INDEPENDIENTES

○

PREDICTORAS

- a) Conocimiento teórico del uso del condón
- b) Auto percepción de eficacia para el empleo del condón
- c) Actitudes hacia el uso del condón
- d) Norma subjetiva
- e) Creencias normativas
- f) Motivación para complacer a los referentes

Además de pretender dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, observando la posible influencia de las variables citadas (variables independientes) en la intención de usar condón (variable dependiente), se tomaron en cuenta también las siguientes variables concurrentes: sexo, experiencia sexual y grado escolar; por considerarse que la clasificación de los adolescentes, con base en dichas variables, podría explicar relaciones de variables con la intención de emplear el condón:

VARIABLES CONCURRENTES

○

SOCIODEMOGRÁFICAS

- g) Sexo
- h) Experiencia sexual
- i) Grado escolar

INVESTIGACION  
FELISA DE ORIGEN

## METODO

### SUJETOS

919 estudiantes de bachillerato, 386 hombres y 533 mujeres, pertenecientes al turno matutino de la Escuela Nacional Preparatoria "José Vasconcelos" No 5, UNAM . La edad de los sujetos fluctuó entre 15 y 20 años.

### MUESTRA

Se tomó una muestra estratificada con afijación proporcional, la cual se realiza cuando la población de estudio se encuentra dividida en subgrupos, con respecto a alguna variable, en este caso el grado escolar: 4º, 5º y 6º año. Dentro de cada grado escolar, se eligió una muestra cuyo porcentaje iba de acuerdo con el tamaño del estrato correspondiente (el procedimiento para elegir la muestra de estudio, se presenta en el Apéndice # 1). En total se trabajó con 21 grupos; 8 grupos de 4º año, 6 de 5º año y 7 de 6º año, los cuales sumaron en total 919 sujetos ( Ver Tabla # 1).

TABLA #1  
Distribución de los sujetos por grado escolar y por sexo.

GRADO	NÚMERO DE GRUPOS	n	PMUJERES	PVARONES
4º año	8	332	194	138
5º año	6	285	153	132
6º año	7	302	186	116
TOTAL	21	919	533	386

### ESCENARIO

El trabajo con los estudiantes se llevó a cabo en la Escuela Nacional Preparatoria Número 5 , "José Vasconcelos", de la UNAM ; en los salones de clase .

### DISEÑO

**TIPO ESTUDIO:** No experimental (Hernández Sampieri, 1991, p.185); ya que las variables relacionadas con el objeto de estudio (intención de usar condón) no fueron manipuladas por la investigadora y solamente se observaron las relaciones entre ellas tal y como se habían dado en su contexto natural.

**DISEÑO:** "Transeccional Correlacional" (Hernández Sampieri, 1991, p.186-187). Llamado transeccional correlacional debido a que lo que se midió fue la relación entre las variables en un momento determinado .

CON  
FUE DE ORIGEN

## INSTRUMENTOS

### FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

La ficha de datos sociodemográficos (se presenta en el apéndice # 2) contiene 6 preguntas sobre las variables categóricas: sexo, edad, grado escolar, experiencia sexual y experiencia en el uso del condón.

### CONOCIMIENTO DE USO DEL CONDÓN:

Se elaboró un cuestionario de 31 preguntas, para medir la cantidad de información que poseían los adolescentes con respecto a la manipulación y colocación correctas del condón (En el apéndice #3 se presenta el cuestionario original diseñado para explorar los conocimientos sobre el uso del condón femenino y masculino). Para construir dicho cuestionario, se tomaron como base las reglas básicas del manejo y colocación del condón; sugeridas por CONASIDA (Consejo Nacional del SIDA, 1989), por los Centros de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención (CDC, Atlanta, GA, Estados Unidos 1997, abril), por el Programa para una tecnología apropiada en salud (Program for Appropriate Technology in Health, PATH, Organización Internacional, 1995), por la Norma Oficial Mexicana (NOM-016-SSA1-1993, jueves 8 de septiembre de 1994), así como las recomendaciones de algunas revistas que han publicado artículos especializados sobre el uso correcto del preservativo. (Population Reports, serie H, no 8, septiembre, 1990 Traducción español, 1992, febrero).

Este cuestionario, constó de preguntas con cuatro opciones de respuesta que pretendían medir si los sujetos conocían las reglas básicas del manejo del condón para que no se dañara y para que pudiera ser colocado correctamente sin que se rompiera o se zafara. El primer cuestionario (apéndice # 3), tenía 31 preguntas.

Para determinar si la redacción de los reactivos era entendible y su capacidad para diferenciar entre los distintos grados de conocimiento de la población y su grado de dificultad, este cuestionario se aplicó a una muestra piloto de 27 adolescentes. En las Tablas #2 y #3 ( Apéndice # 4) se presenta por separado las preguntas sobre el condón masculino y femenino, respectivamente, el número de sujetos que contestaron acertadamente, el porcentaje de dificultad de cada uno de los reactivos, así como del porcentaje que representa la probabilidad de responder acertadamente (que es complemento del porcentaje de dificultad).

Aquellos reactivos que obtuvieron más del 85% de aciertos o errores, se suprimieron del cuestionario, tomando en cuenta que más que establecer diferencias entre la población en cuanto al grado de conocimientos del uso del condón, producían una respuesta constante. En el apéndice #5 se presenta el cuestionario general final, que quedó conformado por 19 preguntas que incluían tanto conocimientos del uso del condón masculino como femenino y cuyo orden se distribuyó al azar.

TRABAJA CON  
FICHA DE ORIGEN

## ESCALA DE AUTOEFICACIA Y ACTITUD HACIA EL EMPLEO DEL CONDÓN

Los instrumentos: "Escala de Autoeficacia del Uso del Condón" y "Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón", cuya redacción original estaba en inglés, antes de aplicarlos, se llevó a cabo un proceso de "retrotraducción" para manejar los formatos en español.

El mencionado proceso de retrotraducción consistió en pedirle a una persona cuya lengua materna fuera el inglés, pero que hablara perfectamente español, que leyera las instrucciones y los reactivos de las escalas originales para que cambiara su redacción al español. Así mismo, se le pidió a otra persona cuya lengua materna fuera el español, pero que hablara perfectamente el inglés, que contrastara la traducción hecha por la primera persona con el original y que llevara a cabo las modificaciones pertinentes, con la finalidad de que el sentido de los reactivos no se perdiera. El siguiente paso fue tomar una muestra piloto de 27 adolescentes para revisar si la redacción de los reactivos era entendible. Se aplicaron las escalas a esta muestra de adolescentes y se hicieron las correcciones pertinentes en las preguntas. A continuación, se tomó otra muestra piloto, también de 27 adolescentes, y se volvió a aplicar dichas escalas hasta que los reactivos mostraron ser comprensibles.

### ESCALA DE AUTOEFICACIA

Para medir la percepción de autoeficacia personal, se empleó la Escala de Autoeficacia del Uso del Condón (Apéndice # 6) desarrollada por Brafford y Beck (1991). Dicha escala, consta de 28 reactivos, 21 positivos y 7 negativos, que exploran, de acuerdo con los autores, la percepción de autoeficacia de los adolescentes en relación con el uso del condón e informan una estructura factorial compuesta por los siguientes factores:

- a) La experiencia personal en relación con los condones o bien, la falta de ella
- b) La vergüenza para comprar condones
- c) El uso del condón en relación con el consumo de alcohol (menos inhibición, menos uso del condón)
- d) El miedo a insultar u ofender a la pareja si se le pide el uso del condón
- e) La reducción de la excitación sexual
- f) La pérdida de la espontaneidad
- g) Romper "el encanto" del momento
- h) No estar preparado; es decir, no acordarse de llevar un condón consigo
- i) La inseguridad acerca de lo que piensa la pareja acerca del uso del condón
- j) Vergüenza (no especificada)
- k) Comunicación con la pareja
- l) Vergüenza para hablar del temor a los condones
- m) Temor de que la pareja rechace el empleo del condón si se le propone
- n) La habilidad para mantener la erección mientras se coloca el condón
- o) Temor acerca de lo que piensen otros si el sujeto menciona que usa condones (por ejemplo que es homosexual si usa condones)

El formato de respuesta es Likert, con 5 opciones de respuesta, de 1 a 5, desde fuertemente en desacuerdo hasta fuertemente de acuerdo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ACTITUD

Para evaluar la actitud de los sujetos hacia el empleo del preservativo, se usó la Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón (Apéndice # 7), desarrollada por Helweg-Larsen y Collins (1994) en la Universidad de los Angeles California (UCLA). Esta escala, consta de 25 reactivos, 10 positivos y 15 negativos, que miden la actitud hacia el uso del condón. De acuerdo con los autores los reactivos se agrupan en los siguientes factores:

- a) La confiabilidad y efectividad de los condones
- b) El placer
- c) La reprobación social
- d) La vergüenza o incomodidad al negociar su uso
- e) La vergüenza al comprarlos

El formato de respuesta es en escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta, de 1 a 5, desde fuertemente en desacuerdo hasta fuertemente de acuerdo.

TRABAJA CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTENCIÓN DE USAR CONDÓN:

Para medir esta variable, se usarán cuatro reactivos, dos para los sujetos femeninos y dos para los sujetos masculinos (similares a los usados por Fishbein, 1990 y Kashima, 1993):

### SUJETOS FEMENINOS:

- 1.- "Le diré a mi pareja que use un condón cada vez que tengamos relaciones sexuales"
- 2.- "Le diré a mi pareja que use un condón la próxima vez que tengamos relaciones sexuales"

### SUJETOS MASCULINOS

- 3.- "La próxima vez que tenga relaciones sexuales usaré condón "
- 4.- "Cada vez que tenga relaciones sexuales usaré un condón"

Se usó una escala Likert de cinco puntos para evaluar dichas respuestas:

TOTAL DESACUERDO	DESACUERDO	INDECISO	DE ACUERDO	TOTAL ACUERDO
1	2	3	4	5

INTENCIÓN TOTAL. Sumatoria de los reactivos "intención de usar el condón la próxima vez" e "intención de usar el condón cada vez".

IMPRESO CON  
FALLA DE ORIGEN

## NORMA SUBJETIVA, CREENCIAS NORMATIVAS Y MOTIVACIÓN PARA COMPLACER A LOS REFERENTES

### NORMA SUBJETIVA

Para evaluar la norma subjetiva, se elaboró un reactivo cuya escala de respuesta fue de tipo Likert:

"La gente que es importante para mí, piensa que yo..."				
DEBERÍA	EN PARTE DEBERÍA	NO SÉ	EN PARTE DEBERÍA	NO DEBERÍA
5	4	3	2	1
...usar condón cuando tenga relaciones sexuales"				

### CREENCIAS NORMATIVAS:

A partir de una serie de entrevistas con una muestra piloto, se identificó los principales referentes sociales que los adolescentes creían que aprobarían o desaprobaban el uso del condón. Se encontró que dichos grupos o individuos, coincidían con los referentes propuestos por Fishbein (1990). Se crearon ocho reactivos para medir las creencias normativas de los adolescentes. Se pretendía medir la probabilidad de que el referente social en cuestión pensara que el adolescente "debería o no debería" usar condón la próxima vez que tuviera relaciones sexuales. Se usó una escala tipo Likert, desde "Fuertemente en desacuerdo" hasta "Fuertemente de acuerdo". Todos los reactivos están redactados en forma positiva:

- 1.-"Mis padres piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 2.-"Mi pareja piensa que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 3.-"Mis parejas anteriores pensaban yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 4.-"Mis amigos piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 5.-"Mis parientes más cercanos piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 6.-"Mis maestros piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 7.-"Mis compañeros piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"
- 8.-"Mis hermanos (as) piensan que yo debería usar condón la próxima vez tenga relaciones sexuales"

TRABAJE CON  
Escala DE ORIGEN

## **MOTIVACIÓN PARA COMPLACER A LOS REFERENTES:**

Se emplearon ocho reactivos (con base en la propuesta de Fishbein, 1990) para evaluar qué tanto la persona deseaba complacer, o hacer, lo que cada referente pensaba que debía. Para calificarlos se usó una escala tipo Likert de cinco puntos; desde "Fuertemente en desacuerdo" hasta "Fuertemente de acuerdo".

- 1.-"En términos generales yo deseo hacer lo que mis padres piensan que debo hacer"
- 2.-"En términos generales yo deseo hacer lo que mi pareja piensa que debo hacer"
- 3.-"En términos generales yo deseo hacer lo que mis parejas anteriores piensan que debo hacer"
- 4.-"En términos generales yo deseo hacer lo que mis amigos piensan que debo hacer"
- 5.-"En términos generales yo deseo hacer lo que mis parientes más cercanos piensan que debo hacer"
- 6.-"En términos generales yo deseo hacer lo que mis maestros piensan que debo hacer"
- 7.-"En términos generales yo deseo hacer lo que mis compañeros piensan que debo hacer"
- 8.-"En términos generales yo deseo hacer lo que mis hermanos (as) piensan que debo hacer"

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

## PROCEDIMIENTO

Se estableció el contacto correspondiente con la administración de la Escuela Nacional Preparatoria No 5 "José Vasconcelos" de la UNAM. Se hizo un convenio con la escuela. Se solicitó el permiso y las facilidades para la realización de la investigación y se estableció el compromiso de entregarle a la dirección un informe general con los resultados.

Se trabajó con los estudiantes del turno matutino. Con la información correspondiente al tamaño de la población escolar y del número de grupos en cada estrato, se eligió a los grupos que conformaron la muestra.

En cada grupo se aplicó de manera colectiva los instrumentos. Las aplicaciones se efectuaron en el periodo comprendido entre las 8 a 11 horas, dependiendo del horario de trabajo de los grupos.

Antes de iniciar la aplicación, se les dijo a los sujetos que se estaba realizando una investigación sobre cómo se sentían los jóvenes en relación a algunos aspectos que tienen que ver con el sexo y que se les pidió su colaboración, anónima, para la realización de la misma.

A continuación, se les presentaron los cuestionarios, en forma de cuadernillo, dándoles las siguientes instrucciones:

"El presente cuadernillo contiene 104 preguntas divididas en ocho cuestionarios. La longitud de cada cuestionario es variable. Cada cuestionario cuenta con instrucciones específicas que se encuentran al inicio de cada uno de ellos. No existe tiempo límite para contestar. Recuerda que tu participación es anónima. Por favor contesta lo más sinceramente posible. Tus respuestas son muy importantes para la realización del presente estudio".

El orden en el que se presentaron los instrumentos en el cuadernillo fue el siguiente:

- a) Ficha de Datos Sociodemográficos (6 preguntas)
- b) Cuestionario General Sobre Conocimiento del Uso del Condón Femenino y Masculino (19 preguntas)
- c) Reactivos sobre Intención de Usar Condón ( 2 preguntas)
- d) Escala de Autoeficacia Personal (28 preguntas)
- e) Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón (25 preguntas)
- f) Reactivo sobre la Norma Subjetiva (1 reactivo)
- g) Reactivos Sobre Creencias Normativas ( 8 preguntas)
- h) Reactivos Sobre Motivación Para Complacer a los Referentes (8 preguntas)

La investigadora supervisó el trabajo de los sujetos, haciéndoles la recomendación de ser lo más sinceros posible.

Cuando terminaron los estudiantes, entregaron su material a la aplicadora y finalmente se les agradeció su cooperación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

Se presenta el análisis de las pruebas empleadas, la descripción de la distribución de las respuestas, contrastación de las hipótesis y finalmente, se presenta un modelo explicativo de los resultados en relación con la intención de usar condón. Este capítulo se organiza en los apartados:

- A) Datos sociodemográficos que definen a la muestra de estudio
- B) Análisis psicométrico de los instrumentos empleados
- C) Análisis descriptivo de las variables
- D) Comparación de medias entre los grupos
- E) Comprobación de hipótesis
- F) Modelo Log- Linear

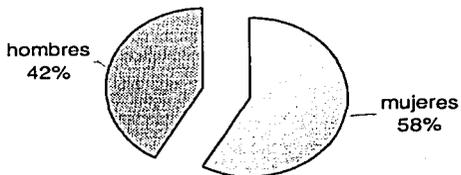
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

La muestra de estudio, estuvo constituida por 919 adolescentes, estudiantes de preparatoria. 58% eran del sexo femenino y el 42% restante del sexo masculino (gráfica #1).

GRÁFICA #1

### Distribución de los adolescentes de acuerdo con su sexo



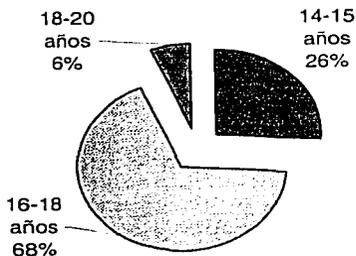
n= 919

TRICIE CON  
FAMILIA DE ORIGEN

La mayoría, 68%, tenían entre 16 y 18 años de edad (gráfica #2).

## GRÁFICA #2

### Distribución de los adolescentes por edad



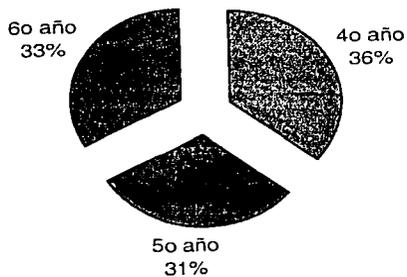
n= 919

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, se observó que el 36% de los adolescentes pertenecían al 4º año de bachillerato, el 31% a 5º año y el 33% a 6º año (gráfica #3).

**GRÁFICA #3**

**Distribución de la muestra por grados de bachillerato**



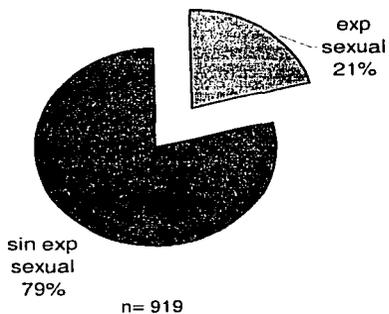
n= 919

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se encontró que sólo 193 de los 919 adolescentes en la muestra, es decir el 21%, habían tenido relaciones sexuales al menos una vez en su vida (gráfica #4).

**GRÁFICA #4**

**Distribución por experiencia sexual**

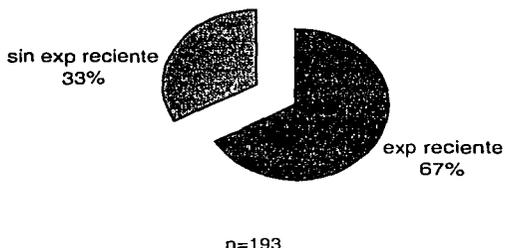


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De estos 193 adolescentes, que al menos una vez en su vida habían tenido relaciones sexuales, 129 ; es decir, el 67%, habían tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses (gráfica #5).

**GRÁFICA #5**

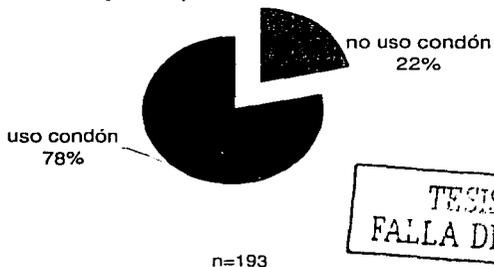
**Experiencia sexual reciente**



En cuanto al uso del condón, se observó que el 78% , es decir 151 de los sujetos que habían tenido experiencia sexual (193) habían empleado el preservativo cuando menos en una ocasión (gráfica #6).

**GRÁFICA #6**

**Sujetos que han usado el condón**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Finalmente, los 919 sujetos que constituían la muestra original, se dividieron en dos grupos. "El grupo 1", de 193 adolescentes con experiencia sexual (gráfica #4); quienes al menos una vez en su vida habían tenido relaciones sexuales. El " grupo 2", de 726 sujetos, por adolescentes sin experiencia sexual. Todos los análisis, se realizaron tomando en cuenta esta diferencia. Se consideró que la experiencia sexual es una variable muy importante en la conducta sujeto de este estudio. Bandura (1977) plantea que las expectativas de autoeficacia para la realización de una tarea, en este caso el empleo del condón, se basan en gran parte en las experiencias que las personas han tenido con un objeto o comportamiento en particular. Por otro lado, la percepción de cada sujeto acerca de su autoeficacia en el empleo del condón, podría reflejar su control real sobre la conducta o bien, sus habilidades para usar el preservativo.

TRUCO CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DEL CONDÓN

A partir de las respuestas de los 919 adolescentes, que conformaban la muestra total, se contabilizó el número de aciertos y errores en cada uno de los reactivos que integraron el cuestionario de conocimientos. Se calculó la dificultad de los reactivos como porcentaje de errores. Aquéllas preguntas en las cuales la mayoría de los sujetos contestaron erróneamente o acertadamente, se consideraron reactivos demasiado difíciles o demasiado fáciles. Se conservaron solamente los reactivos de dificultad media (Nunally, 1987). Los reactivos que obtuvieron el 80% o más, de aciertos o errores, fueron suprimidos del cuestionario. Las preguntas número 1, y 17 debían suprimidas del cuestionario por ser extremadamente fáciles, y la pregunta 19 por ser exageradamente difícil. De tal manera que el cuestionario final quedó conformado por 16 preguntas, que incluyen tanto conocimientos del uso del condón masculino como femenino.

En la tabla #2, se presentan las frecuencias de sujetos que en la muestra total (919), contestaron acertada o erróneamente, el porcentaje de dificultad así como de responder correctamente a cada uno de los reactivos. El promedio de dificultad de la prueba en general fue de 52.09%.

TRABAJA CON  
FUELA DE ORIGEN

**TABLA #2**

**FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE ERROR Y ACIERTO EN EL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DEL CONDÓN**  
*n*=919

	Número de reactivo	Número de Sujetos que acertaron	Número de Sujetos que Contestaron Erróneamente	Porcentaje de dificultad	Probabilidad de Responder Acertadamente
	2	329	590	64.2%	35.8%
	3	470	449	48.9%	51.1%
	4	644	275	29.95	70.1%
	5	462	457	49.7%	50.3%
	6	327	592	64.4%	35.6%
	7	431	488	53.1%	46.9%
	8	320	599	65.2%	34.8%
	9	391	528	57.5%	42.5%
	10	575	344	37.4%	62.6%
	11	464	455	49.5%	50.5%
	12	383	536	58.3%	41.7%
	13	466	453	49.3%	50.7%
	14	453	466	50.7%	49.3%
	15	529	390	42.4%	57.6%
	16	470	449	48.9%	51.1%
	18	331	588	64.0%	36.0%
<b>Total</b>	<b>16</b>			<b>52.09%</b>	<b>47.90%</b>

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Se contó el número de respuestas correctas de cada sujeto. El rango de calificación fue de "0" a "16". En la tabla # 3, se presentan las principales medidas de tendencia central de los tres grupos: total, con y sin experiencia.

**TABLA # 3**  
Medidas de tendencia central de las respuestas al cuestionario de "Conocimientos sobre el uso correcto del condón"

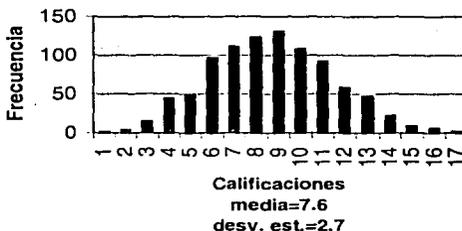
	Muestra Total n=919	Grupo sin experiencia sexual n=726	Grupo con experiencia sexual n=193
Media	7.6	7.4	8.6
Mediana	8	7	9
Desviación estandar	2.7	2.7	2.7
Coficiente asimetría	.126	.197	-.136
Coficiente curtosis	-.244	-.103	-.357

Se observa que el grupo con experiencia sexual obtuvo un puntaje promedio mayor que el resto de la muestra.

En las gráficas # 7, # 8, y # 9, se presenta la distribución de las calificaciones en cada uno de los grupos:

**GRÁFICA # 7**

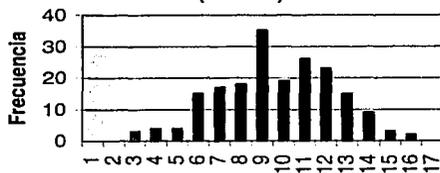
**Cuestionario de Conocimiento**  
**Distribución de calificaciones**  
**Grupo total**  
**(n=919)**



TOTAL CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICA # 8**

**Cuestionario de Conocimiento  
Distribución de calificaciones  
Grupo con experiencia  
(n=193)**

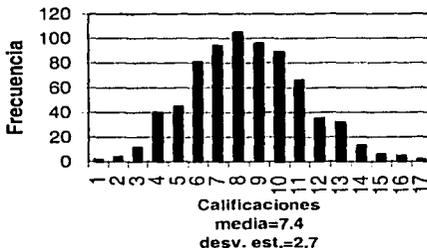


**Calificaciones  
media=8.65  
desv. est.=2.7**

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA # 9

**Cuestionario de Conocimiento**  
**Distribución de calificaciones**  
**Grupo sin experiencia**  
**(n=726)**



Se comparó con la prueba "t" las medias de los sujetos con experiencia y sin experiencia sexual en el cuestionario de conocimiento. Se encontró que la diferencia observada entre ambos grupos era estadísticamente significativa, con un nivel de confianza semejante al 100%. Los resultados se muestran en la tabla # 4.

TABLA # 4

RESULTADOS DE LA PRUEBA "t"  
 DIFERENCIAS EN INFORMACIÓN ENTRE LOS SUJETOS CON EXPERIENCIA SEXUAL Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL

VARIABLE DEPENDIENTE	GRUPO	n	MEDIA	t	pα*	NIVEL DE CONFIANZA
INFORMACIÓN	GRUPO CON EXPER. SEXUAL	193	8.65	5.63	.000	≅100%
	GRUPO SIN EXPER. SEXUAL	726	7.40			

• DOS COLAS

TUIC CON  
 FALLA DE ORIGEN

Además, para determinar si el sexo de los adolescentes y la experiencia sexual, inflúa en la cantidad de conocimiento que poseían, se efectuaron sendos análisis de varianza de dos vías sobre la calificación del cuestionario de conocimiento. Los resultados se presentan en las tablas # 5 y # 6 y en la gráfica #10. Se observa que el factor "experiencia sexual" y la interacción "sexo-experiencia sexual" arrojaron efectos significativos. El factor "sexo" no.

**TABLA # 5**  
PUNTAJE PROMEDIO OBTENIDO EN CONOCIMIENTO POR GRUPO  
CLASIFICADO POR EXP. SEXUAL Y SEXO

SEXO	EXPERIENCIA SEXUAL	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	n
SEXO FEMENINO	EXPER. SEXUAL	9.02	2.50	81
	SIN EXP. SEXUAL	7.07	2.57	452
	TOTAL	7.37	2.65	533
SEXO MASCULINO	EXPER. SEXUAL	8.38	2.83	112
	SIN EXP. SEXUAL	7.94	2.93	274
	TOTAL	8.07	2.90	386
TOTAL	EXPER. SEXUAL SIN EXP. SEXUAL	8.65	2.71	193
	SEXUAL	7.40	2.74	726
	TOTAL	7.66	2.78	919

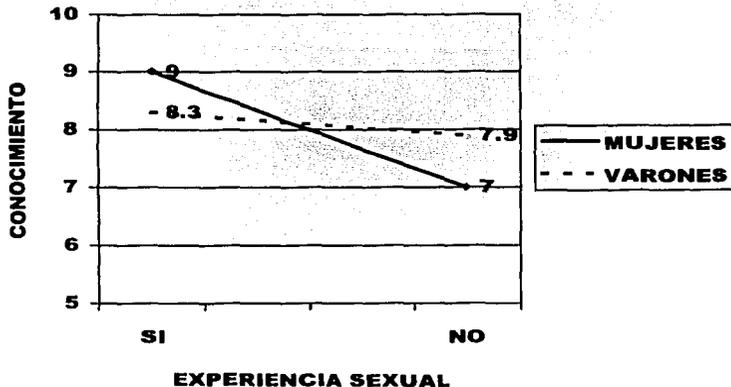
**TABLA # 6**  
RESULTADO DEL ANOVA: EXPERIENCIA SEXUAL Y EL SEXO SOBRE EL CONOCIMIENTO

FUENTE DE LA VARIACIÓN	sc	gl	CUADRADOS MEDIOS	F	p $\alpha$	NIVEL DE CONFIANZA
SEXO	1.937	1	1.937	263	.608	39%
EXP. SEXUAL	210.70	1	210.70	28 549	.000	$\cong$ 100%
INTERACCIÓN SEXO-EXPER.	84.113	1	84.113	11 426	.001	$\cong$ 100%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA # 10

MEDIAS DE CONOCIMIENTO POR SEXO Y EXPERIENCIA SEXUAL



Estos resultados muestran que las mujeres sin experiencia sexual obtuvieron el puntaje más bajo en conocimiento. En contraste, las mujeres con experiencia sexual, mostraron poseer la mayor información en relación con el resto de la muestra, incluso mayor que los varones con experiencia sexual.

TRUCIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ESCALAS DE: AUTOEFICACIA EN EL EMPLEO DEL CONDÓN Y DE ACTITUD HACIA EL EMPLEO DEL CONDÓN

### Análisis de reactivos

En las escalas de Autoeficacia y de Actitud, primeramente se llevó a cabo un análisis de reactivos para valorar su capacidad de discriminación. A partir del puntaje total de cada una, se obtuvieron los percentiles 27 y 73 con la finalidad de comparar los grupos bajo y alto en el puntaje total de cada escala. Se aplicó la prueba *t*, de Student, para comparar las medias de las respuestas de los sujetos en ambos extremos de la distribución. Los resultados se muestran en las tablas # 7 Y #8.

TRABAJE CON  
FOLLA DE ORIGEN

TABLA # 7  
ESCALA DE AUTOEFICACIA

Resultado de la prueba "t" de student y su probabilidad que compara las  $\bar{x}$  de los grupos extremos (percentiles 0 a 27 vs 73 a 100) en cada reactivo.

Grupo bajo n= 149 P 27		Grupo alto n=261 P 73			
REACTIVOS	n	Medias	t	p	
1	149	2.21	-15.973	.000	
	261	3.81			
2	149	2.97	-14.382	.000	
	261	4.41			
3	149	3.08	-13.500	.000	
	261	4.37			
4	149	3.37	-14.351	.000	
	261	4.7			
5	149	3.62	-17.474	.000	
	261	4.89			
6	149	3.51	-19.011	.000	
	261	4.85			
7	149	3.05	-16.745	.000	
	261	4.62			
8	149	2.80	-12.479	.000	
	261	4.25			
9	149	3.12	-12.484	.000	
	261	4.47			
10	149	3.30	-9.524	.000	
	261	4.44			
11	149	2.37	-17.064	.000	
	261	4.06			
12	149	3.01	-11.185	.000	
	261	4.23			
13	149	3.18	-17.590	.000	
	261	4.62			
14	149	2.7	-17.711	.000	
	261	4.36			
15	149	3	-11.882	.000	
	261	4.32			
16	149	3.71	-11.629	.000	
	261	4.77			
17	149	3.68	-13.920	.000	
	261	4.86			
18	149	3.66	-14.262	.000	
	261	4.85			
19	149	3.68	-13.514	.000	
	261	4.75			
20	149	2.77	-16.269	.000	
	261	4.30			
21	149	3.13	-22.006	.000	
	261	4.7			
22	149	2.28	-15.992	.000	
	261	3.7			
23	149	3.03	-16.977	.000	
	261	4.57			
24	149	3	-13.542	.000	
	261	4.32			
25	149	2.54	-9.703	.000	
	261	3.66			
26	149	3.28	-15.077	.000	
	261	4.5			
27	149	2.89	-21.311	.000	
	261	4.6			
28	149	2.75	-19.104	.000	
	261	4.53			

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA # 8  
 ESCALA DE ACTITUD

Resultado de la prueba "t" de student, y su probabilidad, que compara las X de los grupos extremos (percentiles 0 a 27 vs 73 a 100) en cada reactivo.

Grupo bajo n= 253 P 27	Grupo alto n=254 P 73
------------------------------	-----------------------------

REACTIVOS	n	Medias	t	p
1	253 254	3.81 4.61	-10.621	.000
2	253 254	3.71 4.63	-10.966	.000
3	253 254	3.34 4.34	-12.613	.000
4	253 254	3.14 4.08	-12.533	.000
5	253 254	3.57 4.18	-12.012	.000
6	253 254	2.58 3	-4.615	.000
7	253 254	3.36 4.46	-14.008	.000
8	253 254	3.08 4.24	-15.492	.000
9	253 254	2.65 3.31	-7.525	.000
10	253 254	3.14 4.27	-14.188	.000
11	253 254	3.87 4.87	-13.581	.000
12	253 254	3.31 4.57	-15.186	.000
13	253 254	3.8 4.79	-12.389	.000
14	253 254	3.66 4.78	-13.614	.000
15	253 254	3.15 4.02	-8.048	.000
16	253 254	3.11 4.57	-19.193	.000
17	253 254	2.94 4.53	-19.374	.000
18	253 254	3.15 4.39	-14.998	.000
19	253 254	2.98 4.19	-11.782	.000
20	253 254	3.14 4.49	-16.491	.000
21	253 254	3 4.57	-17.794	.000
22	253 254	3.02 4.6	-19.398	.000
23	253 254	3.49 4.30	-8.821	.000
24	253 254	2.82 4.56	-19.567	.000
25	253 254	2.87 4.43	-17.222	.000

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Se encontró que en todos los casos hubo diferencias significativas entre ambos extremos con una probabilidad menor que .000 .

A continuación, se llevó a cabo un análisis de las frecuencias de las respuestas a cada uno de los reactivos, con la finalidad de conocer su forma de distribución. Se calcularon los coeficientes de simetría o sesgo y curtosis.

Considerando que las variables medidas por las escalas de autoeficacia y de actitud, medidas en escala tipo Likert, son ordinales, de acuerdo con Muthen y Kaplan (1992), se estableció que el grado de anormalidad aceptable para los coeficientes de sesgo y curtosis era de  $\pm 2$ . Aquellos reactivos, cuyas medidas de asimetría y curtosis fueron superiores a los valores establecidos, de  $\pm 2$ , se suprimieron del instrumento correspondiente, y se omitieron en los siguientes análisis. Con este criterio, se eliminaron los reactivos 5 y 6 de la escala de Autoeficacia. En las tablas #9 y #10 se presentan las medidas de tendencia central, variabilidad y asimetría de los reactivos de las escalas de autoeficacia y de actitud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA #9

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y VARIABILIDAD, COEFICIENTES DE ASIMETRÍA Y CURTOSIS REACTIVOS DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA	COEFICIENTE DE CURTOSIS
1	3.15	3	1.12	-.412	-.405
2	3.83	4	1.08	-.758	.005
3	3.89	4	1.02	-.964	.653
4	4.22	4	.97	-1.371	1.679
5	4.40	5	.84	-1.590	2.844
6	4.34	5	.82	-1.394	2.429
7	3.97	4	1.02	-.895	.572
8	3.49	4	1.28	-.408	-.897
9	3.79	4	1.22	-.786	-.330
10	3.83	4	1.32	-.862	-.475
11	3.44	3	1.08	-.517	-.048
12	3.63	4	1.16	-.576	-.456
13	4.01	4	.91	-.791	.608
14	3.72	4	1.03	-.639	.157
15	3.61	4	1.22	-.496	-.806
16	4.22	5	1.10	-1.498	1.529
17	4.30	5	1.04	-1.650	2.0150
18	4.27	5	1.04	-1.590	1.937
19	4.21	4	.96	-1.314	1.439
20	3.63	4	1.02	-.520	.095
21	4.06	4	.91	-.792	.404
22	3.13	3	.98	-.239	.278
23	3.94	4	1.01	-.851	.467
24	3.71	4	1.04	-.589	.041
25	3.11	3	1.15	-.135	-.383
26	3.94	4	.89	-.628	.262
27	3.88	4	.98	-.755	.427
28	3.70	4	1.11	-.676	-.090

NOTA: Los coeficientes de curtosis destacados en "negritas" corresponden a los reactivos que se eliminaron del cuestionario por exceder el parametro establecido de  $\pm 2$ .

TESIS CON  
FOLIA DE ORIGEN

TABLA #10

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y VARIABILIDAD, COEFICIENTES DE SESGO Y CURTOSIS  
 REACTIVOS DE LA ESCALA DE ACTITUD

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA	COEFICIENTE DE CURTOSIS
1	4.25	4	.84	-1.361	2.1
2	4.24	4	.94	-1.560	2
3	3.90	4	.95	-.898	.577
4	3.64	4	.91	-.734	.490
5	3.80	4	.79	-.613	.603
6	2.76	3	.97	-.078	-.104
7	3.86	4	1	-.654	.033
8	3.63	3	.94	-.007	-.538
9	2.91	3	1.02	-.072	-.081
10	3.72	4	.95	-.422	-.078
11	4.37	5	.93	-1.649	2
12	3.96	4	1.06	-.903	.223
13	4.35	5	.92	-1.438	1.737
14	4.28	5	1	-1.615	2
15	3.61	4	1.21	-.562	-.634
16	3.77	4	1.03	-.473	-.391
17	3.71	4	1.10	-.518	-.525
18	3.66	4	1.06	-.670	.058
19	3.50	4	1.03	-.447	-.142
20	3.77	4	1.05	-.578	-.317
21	3.78	4	1.16	-.682	-.483
22	3.78	4	1.10	-.654	-.306
23	3.85	4	1.15	-1.038	.340
24	3.69	4	1.21	-.591	-.714
25	3.65	4	1.15	-.526	-.565

TRABAJO CON  
 FOLIA DE ORIGEN

## ANÁLISIS FACTORIAL

Se llevó a cabo un análisis factorial, con rotación ortogonal varimax, sobre los reactivos que permanecieron después del análisis de reactivos, con la finalidad de conocer la estructura de los instrumentos (Stevens, J., 1996).

Debido a que el análisis de resultados del cuestionario de conocimientos sobre el uso del condón mostró que existían diferencias entre los sujetos con y sin experiencia sexual, se realizaron tres análisis factoriales sobre los resultados de las escalas de *autoeficacia* y *de actitud*. Uno sobre el total de 919 sujetos, otro sobre los que dijeron tener experiencia sexual (193) y otro los que no tenían (726); así como un análisis del coeficiente de Alfa de Cronbach sobre cada uno de los factores resultantes como medida de consistencia interna. Aquellos factores que cuyo grado de consistencia interna resultó ser inferior a .70, se suprimieron de la escala correspondiente; en vista de que un coeficiente "alfa" menor a este criterio indicaría una falta de homogeneidad entre los reactivos que integraban el factor en cuestión.

Solo quedaron dos factores en la escala de autoeficacia y tres en la escala de actitud. En las tablas #11 y # 12 se presentan los resultados de sendos análisis.

TRIC CON  
FACIA DE ORIGEN

**TABLA # 11**  
**RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS FACTORIALES Y ALFA DE CRONBACH DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA**  
**EN LOS TRES GRUPOS**

Factor	Número de reactivo	Grupo total "Habilidad más placer" Carga Factorial N=919 S <sup>2</sup> = 25 α = .87 X̄=32.91	Grupo con Experienc. Sexual "Habilidad" Carga Factorial N= 193 S <sup>2</sup> = 23.2 α = .84 X̄=24.08	Grupo sin Experienc. Sexual "Habilidad más placer" Carga Factorial N= 726 S <sup>2</sup> = 24.5 α = .85 X̄=31.96	Contenido
	1	.78	.83	.75	Sex habil para ponerme un condon o ponerle uno a mi pareja
	11	.82	.82	.80	Me siento habil para usar un condon correctamente
	22	.79	.78	.78	Puedo ponerme un condon, o ponerle un condon a mi pareja, rapidamente
	14	.75	.76	.74	Puedo quitar y tirar cuidadosamente el condon despues de una relacion sexual con penetracion (coito)
	27	.67	.50	.69	Siento que puedo usar un condon exitosamente
	7	.56	.41	.55	Estoy seguro de que mi pareja, o yo, puede mantener la ereccion mientras usamos un condon
	23	.45		.51	Estoy seguro de que puedo usar un condon durante el coito sin reducir el placer sexual
	21	.42		.44	Me siento seguro de poder usar el condon con una pareja sin echar a perder el momento
	20	.35		.38	Me es facil incluir el condon en el juego sexual
	2	.44			Creo que puedo comprar condones sin sentir verguenza
II		"Miedo de lo que piense pareja"  S <sup>2</sup> =12 α = .87 X̄=12.78	"Miedo de lo que piense pareja"  S <sup>2</sup> = 18.8 α = .89 X̄=13.19	"Miedo de lo que piense pareja más inseguridad uso"  S <sup>2</sup> =12.4 α = .81 X̄=16.22	
	17	.88	.91	.79	No me sentiria seguro(a) de pedir el uso del condon a una nueva pareja, porque sentiria miedo de que pensara que tengo una enfermedad sexualmente transmisible
	18	.86	.89	.84	No me sentiria seguro(a) de pedir el uso del condon a una nueva pareja, porque sentiria miedo de que pensara que yo creo que tengo una enfermedad
	16	.88	.86	.87	No me sentiria seguro(a) de utilizar un condon con una nueva pareja sexual, porque sentiria miedo de que pensara que tengo experiencias homo-sexuales
	15			.45	Si mi pareja y yo trataramos de usar un condon y no fueramos exito sentiria pena de intentar usar otro nuevamente, por ejemplo si no hubiera podido desarrollarlo, si lo hubiera puesto al revés o si lo sintiera mojado

TECNOLOGIA  
**FALLA DE ORIGEN**

Se observa que las tres las estructuras factoriales son semejantes y que tienen valores aceptables de Alfa los dos primeros factores.

En el factor I, los seis primeros reactivos son los mismos en las tres diferentes agrupaciones. Sin embargo, en el grupo sin experiencia se agregan tres reactivos. La comparación de las varianzas explicadas en los grupos con y sin experiencia indica que estos cuatro reactivos incrementan la varianza explicada en 1.3%. En el grupo total carga adicionalmente otro reactivo, es decir son 10 en total y la varianza explicada es 25%, 1.8% más que en el análisis del grupo con experiencia.

Los reactivos que aparecen en el análisis de grupo total y sin experiencia, y no están en el del grupo con experiencia, mencionan situaciones con las que los sujetos, sin experiencia (n=726), no han tenido contacto, describen percepciones y sus respuestas sólo puede ser imaginarias.

Las alfa de Cronbach son muy parecidas en los tres casos.

Los resultados del análisis factorial del grupo con experiencia sexual explican el 63.1% de la varianza total; mientras que, la del grupo sin experiencia sexual y en la muestra total, el 52.7% y el 52.9%, respectivamente.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA # 12**  
**RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS FACTORIALES Y ALFA DE CRONBACH DE LA ESCALA DE ACTITUD EN LOS TRES GRUPOS**

Factor	Número de reactivo	Grupo total Carga Factorial N=919 S <sup>2</sup> = 21 α = .87 X̄ =19.82	Grupo con Experienc. Sexual Carga Factorial N= 193 S <sup>2</sup> = 21 α = .88 X̄ =15.98	Grupo sin Experiencia Sexual Carga Factorial N= 726 S <sup>2</sup> = 21 α = .87 X̄ =19.60	Contenido
<b>Efectividad y Confiabilidad</b>	3	.86		.87	Pienso que los condones son un excelente anticonceptivo
	4	.85		.86	los condones son confiables
	1	.80		.81	Los condones son un método efectivo para el control del embarazo
	2	.79		.81	Los condones son un método efectivo de prevención del SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles
	5	.78		.80	Los condones ofrecen una protección confiable
<b>Vergüenza</b>	25		.87		Me siento muy incómodo(a) cuando compro condones
	21		.85		Es muy vergonzoso comprar condones
	24		.83		Es vergonzoso que te vean comprando condones
	22		.81		Cuando necesito condones dudo mucho para comprarlos
<b>II</b>		S <sup>2</sup> =13.6 α = .87 X̄ =14.89	S <sup>2</sup> =12 α = .81 X̄ =20.62	S <sup>2</sup> =14 α = .86 X̄ =14.61	
<b>Efectividad y Confiabilidad</b>	3		.84		Pienso que los condones son un excelente anticonceptivo
	4		.76		los condones son confiables
	1		.75		Los condones son un método efectivo para el control del embarazo
	2		.65		Los condones son un método efectivo de prevención del SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles
	5		.69		Los condones ofrecen una protección confiable
<b>Vergüenza</b>	25	.85		.85	Me siento muy incómodo(a) cuando compro condones
	21	.82		.82	Es muy vergonzoso comprar condones
	22	.80		.80	Cuando necesito condones dudo mucho para comprarlos
	24	.80		.79	Es vergonzoso que te vean comprando condones
<b>III</b>			S <sup>2</sup> = 8.6 α = .77 X̄ = 24.08		
<b>Disminución del Placer</b>	7		.75		Los condones pueden "dejar a perder" el acto sexual
	8		.71		Los condones son incómodos para la pareja
	10		.63		El uso de los condones interrumpe el juego sexual

TEXTO CON  
 FALLA DE ORIGEN

12		.54		Si una pareja está a punto de tener sexo y el hombre sugiere usar condón, es menos probable que lo tengan
11		.51		los hombres que sugieren el uso del condón son verdaderamente aburridos
13		.47		Las mujeres piensan que los hombres que usan condón son unos tontos

Se observa que el grupo con experiencia sexual arrojó un resultado de la estructura factorial en la que los factores I y II están invertidos en relación con los de las otras agrupaciones pero cargan exactamente los mismos reactivos. Para el grupo con experiencia sexual el primer factor es de vergüenza y el segundo de confiabilidad y efectividad.

El tercer factor en el grupo con experiencia, tiene un valor de  $\alpha = .77$  ningún otro factor tiene un alfa aceptable, agrupa reactivos relacionados con la posible disminución del placer y explica 8.6% de la varianza, por lo que se consideró aceptable para el análisis.

En la escala de actitud, la cantidad de varianza total explicada por la estructura factorial del instrumento en las muestras es similar. En el grupo con experiencia sexual es de 63.1% , en el grupo sin experiencia de 64.1% y en la muestra total 63.4%.

La experiencia es una variable importante en las percepciones, actitudes e intenciones. En la muestra de estudiantes de bachillerato, el 79% carecían de experiencia sexual. Los resultados de los análisis factoriales por separado y en conjunto mostraron diferencias menores.

Para comparar entre los grupos con y sin experiencia sexual era necesario hacerlo con un mismo metro; es decir que los índices fueran comparables. Para esto era necesario que las respuestas se calificaran con el mismo esquema factorial.

En el grupo sin experiencia sexual, ciertos reactivos, en la escala de autoeficacia y actitud, podrían oscurecer los resultados ya que incluían reactivos de los que sólo se puede saber por experiencia propia, se consideró que el esquema factorial más acorde con la realidad de las percepciones y actitudes hacia el uso del condón y la intención de usarlo era el que surgió de las respuestas de los que tenían experiencia. Por lo que se calificó a ambas muestras con la estructura factorial del grupo con experiencia. Esta decisión es de tipo lógico y no psicométrica o estadística.

Para calificar las respuestas de todos los sujetos, el instrumento de "Autoeficacia" quedó integrado por 9 reactivos agrupados en dos factores: "habilidad" y "miedo de lo que piense la pareja" ; mientras que el de "Actitud" por 15 reactivos agrupados en los factores: "vergüenza al comprar", "efectividad y confiabilidad" y "disminución del placer".

En el apéndice # 8, se presentan los resultados de cada uno de los análisis factoriales completos para las escalas de autoeficacia y de actitud.

FINES CON  
FALLA DE ORIGEN

## PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA EMPLEAR EL CONDÓN

Las respuestas de todos los sujetos, se calificaron con el esquema factorial encontrado a partir de los datos proporcionados por los sujetos con experiencia sexual. El rango de calificación fue de 9 a 45, a mayor puntaje, mejor la percepción de autoeficacia en el empleo del condón, así como mejor manejo de los factores o situaciones que forman parte de la percepción de destreza en el empleo del preservativo.

En la Tabla # 13 y en las gráficas # 11 y #12 se presenta las medidas de tendencia central, variabilidad y sesgo por grupo. Las gráficas, la media y la mediana, así como el coeficiente de asimetría, muestran que la percepción de autoeficacia está sesgada a la izquierda; lo que indica que la población en general posee una buena percepción de autoeficacia. En particular, los adolescentes con experiencia sexual obtuvieron el puntaje promedio mayor (media= 37.3) en la escala.

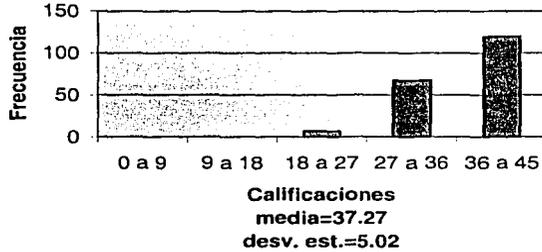
**TABLA # 13**  
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LAS RESPUESTAS A LA ESCALA DE AUTOEFICACIA  
**Puntaje Global**

	Muestra Total n=919	Grupo sin experiencia sexual n=726	Grupo con experiencia sexual n=193
Media	34.06	33.21	37.27
Mediana	34	7	9
Desviación estandar	5.6	2.7	2.7
Coficiente asimetría	-.340	.197	-.136
Coficiente curtosis	.034	-.103	-.357

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

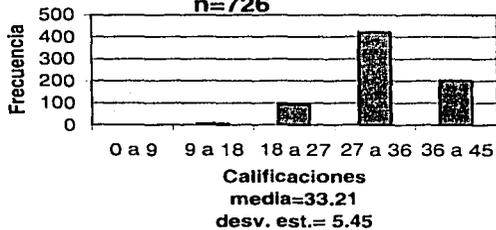
GRÁFICA # 11

**Cuestionario de autoeficacia  
Distribución de calificaciones  
Grupo con experiencia  
n=193**



GRÁFICA # 12

**Cuestionario de autoeficacia  
Distribución de calificaciones  
Grupo sin experiencia  
n=726**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Así mismo, haciendo el análisis por factores se tiene que en "habilidad" el rango fue de 6 a 30. La media teórica fue de 18. En el factor "miedo de lo que piense la pareja", el rango fue de 3 a 15. La media teórica de 9. En la tabla #14 se observa que las respuestas en estos factores también están sesgadas; ya que las medias obtenidas son mayores a la media teórica. Los promedios obtenidos por sujetos con experiencia sexual, en cada uno de los factores que integraron el cuestionario de autoeficacia, son superiores a los del resto de la muestra (tabla # 14).

**TABLA # 14**  
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, VARIABILIDAD Y SESGO POR GRUPO Y FACTOR

	MUESTRA TOTAL n=919		SUJETOS CON EXPERIENCIA SEXUAL n=193		SUJETOS SIN EXPERIENCIA SEXUAL n=726	
	"habilidad"	"miedo de lo que piense pareja"	"habilidad"	"miedo de lo que piense pareja"	"habilidad"	"miedo de lo que piense pareja"
Media	21.28	12.78	24.08	13.19	20.54	12.67
Mediana	22	14	25	15	21	14
Deviac Est.	4.75	2.84	4.08	2.78	4.64	2.85
Sesgo	-585	-1.517	-871	-1.996	-583	-1.413
Curtosis	406	2.076	.538	3.914	.552	1.757

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para saber si estas diferencias observadas entre los grupos con experiencia y sin experiencia sexual eran estadísticamente significativas, se aplicó la prueba "t" para muestras independientes. Los resultados se presentan en la Tabla # 15. Tanto en la prueba total como en cada uno de los factores: "habilidad" y "miedo de lo que piense la pareja", los resultados arrojaron valores son estadísticamente significativos.

**TABLA # 15**

RESULTADOS DE LA PRUEBA "t" QUE COMPARA LAS MEDIAS DE AUTOEFICACIA, "HABILIDAD" Y "MIEDO DE LO QUE PIENSE LA PAREJA" ENTRE LOS SUJETOS CON EXPERIENCIA SEXUAL Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL

VARIABLE DEPENDIENTE	GRUPO	n	MEDIA	t	P <sub>tt</sub> *	NIVEL DE CONFIANZA
AUTOEFICACIA	GRUPO CON EXP. SEXUAL	193	37.27	9.3	.000	≈100%
	GRUPO SIN EXPER. SEXUAL	726	33.21			
FACTOR "HABILIDAD"	GRUPO CON EXP. SEXUAL	193	24.08	9.64	.000	≈100%
	GRUPO SIN EXPER. SEXUAL	726	20.54			
FACTOR "MIEDO DE LO QUE PIENSE PAREJA"	GRUPO CON EXP. SEXUAL	193	13.19	2.27	.023	97.7%
	GRUPO SIN EXPER. SEXUAL	726	12.67			

\* DOS COLAS

ESTRUC CON  
FALLA DE ORIGEN

Se clasificó a los sujetos por experiencia sexual y sexo y se aplicó un análisis de varianza de dos vías sobre los resultados del cuestionario, con la finalidad de saber el efecto de las variables "experiencia sexual" y "sexo" sobre la percepción de autoeficacia de los adolescentes. Los resultados se presentan en las tablas # 16 y # 17, donde se observa que tanto la variable "sexo", como la "experiencia sexual", así como también la interacción entre ambas, resultaron ser significativas. Así mismo, en la gráfica # 13, puede observarse el efecto de interacción entre el sexo y la experiencia sexual sobre la calificación de autoeficacia.

**TABLA # 16**  
PUNTAJE PROMEDIO OBTENIDO EN AUTOEFICACIA  
COMPARACIÓN ENTRE EXP. SEXUAL Y SEXOS

SEXO	EXPERIENCIA SEXUAL	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	n
SEXO FEMENINO	EXPER. SEXUAL SIN	37.54	5.05	81
	EXP. SEXUAL	32.29	5.32	452
	TOTAL	33.09	5.60	533
SEXO MASCULINO	EXPER. SEXUAL SIN	37.08	5.01	112
	EXP. SEXUAL	34.73	5.34	274
	TOTAL	35.41	5.35	386
TOTAL	EXPER. SEXUAL SIN	37.27	5.02	193
	EXP. SEXUAL	33.21	5.45	726
	TOTAL	34.06	5.61	919

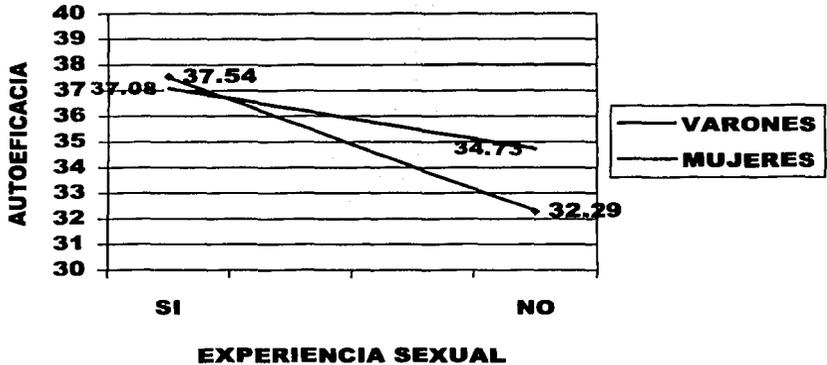
**TABLA # 17**  
EFECTO DE LA EXPERIENCIA SEXUAL Y EL SEXO EN LA AUTOEFICACIA  
RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

FUENTE DE LA VARIACION	sc	gl	CUADRADOS MEDIOS	F	p <sub>v</sub>	NIVEL DE CONFIANZA
SEXO	145 261	1	145 261	5 227	022	97%
EXP. SEXUAL	2131 33	1	2131 33	76 67	000	≥100%
INTERACCIÓN SEXO-EXPER	308 477	1	308 477	11 099	001	≥100%

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

GRÁFICA #13

MEDIAS DE AUTOEFICACIA POR SEXO Y EXPERIENCIA SEXUAL



Como se observa, las mujeres con experiencia sexual obtuvieron los mejores puntajes en la autopercepción de eficacia para emplear el preservativo, incluso superiores a los de los masculinos. En contraste, las mujeres sin experiencia sexual mostraron una pobre autopercepción de eficacia para usar el condón, aún peor que la de los varones inexpertos.

TRIE CON  
FALLA DE ORIGEN

## ACTITUD HACIA EL EMPLEO DEL PRESERVATIVO

Se procedió a calificar las respuestas de los sujetos. El rango de calificación fue de 15 a 75. Entre más alto era el puntaje obtenido en la escala, más positiva la actitud de los sujetos hacia el empleo del preservativo. La media teórica fue de 45.

El grupo de adolescentes con experiencia sexual obtuvo los mayores promedios en la escala de actitud. Los puntajes promedios obtenidos por cada grupo, así como las principales medidas de tendencia central se presentan en la tabla # 18 y en las gráficas # 14 y #15).

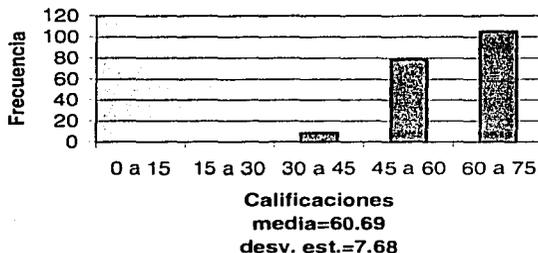
**TABLA # 18**  
PUNTAJES DE ACTITUD  
COMPARACIÓN ENTRE  
LOS GRUPOS

	MUESTRA TOTAL	SUJETOS CON EXPERIENCIA SEXUAL	SUJETOS SIN EXPERIENCIA SEXUAL
<i>n</i>	919	193	726
Media	58.60	60.69	58.04
Mediana	59	61	58
Dev. Est	7.80	7.68	7.74
Sesgo	- .232	-.563	-.156
Curtosis	.014	.194	.091

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

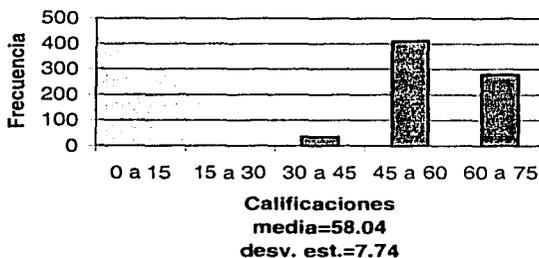
GRÁFICA # 14

**Cuestionario de actitud  
Distribución de calificaciones  
Grupo con experiencia  
n=193**



GRÁFICA # 15

**Cuestionario de actitud  
Distribución de calificaciones  
Grupo sin experiencia  
n=726**



INFORMACIÓN  
FALLA DE ORIGEN

Como se observa en las gráficas #14 y #15 y en la tabla #18, la media, la mediana y el coeficiente de asimetría muestran que las respuestas están sesgadas a la izquierda; lo cual indica que la población en general tiene una actitud positiva hacia el empleo del condón. En cuanto a cada uno de los factores, el factor "vergüenza" obtuvo una calificación mínima de 4 y máxima de 20. La media teórica fue de 12. El de "confiabilidad y efectividad" tuvo un rango de calificación de 5 a 25, con una media teórica de 15. En el de "disminución del placer" el rango fue de 6 a 30, con una media teórica de 18.

Las medias obtenidas por cada uno de los grupos (tabla # 19) muestran que también las respuestas de los sujetos a cada uno de los factores se encuentran sesgadas, aunque los sujetos con experiencia sexual obtuvieron mayores puntajes en cada una de las dimensiones que contempla la escala de actitud (Ver Tabla # 19).

**TABLA #19**  
FACTORES DE ACTITUD  
ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL

	SUJETOS CON EXPERIENCIA SEXUAL			SUJETOS SIN EXPERIENCIA SEXUAL		
	FACTOR VERGÜENZA	FACTOR EFECTIVIDAD Y CONFIABILIDAD	FACTOR DISMINUCIÓN DEL PLACER	FACTOR VERGÜENZA	FACTOR EFECTIVIDAD Y CONFIABILIDAD	FACTOR DISMINUCIÓN DEL PLACER
<i>n</i>	193	193	193		726	726
Media	15,98	20,62	24,08	14,61	19,60	23,82
Mediana	16	21	24	15	20	24
Devic Est	4,11	2,79	4,16	3,82	3,85	3,97
Varianza	16,97	7,79	17,37	14,59	14,83	15,77
Sesgo	-.908	-.577	-.415	-.337	-1,020	-.513
Curtosis	.012	.213	-.411	-.429	1,335	.511

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para saber si las diferencias entre los grupos eran estadísticamente significativas, se llevó a cabo una prueba "t" para muestras independientes, se encontraron diferencias significativas en el puntaje global de actitud, así como en los factores de "vergüenza" y "efectividad y confiabilidad"; no en el factor "disminución del placer", donde no se hallaron diferencias reales (Tabla # 20).

**TABLA # 20**

RESULTADOS DE LA PRUEBA "t" QUE COMPARA LAS MEDIAS EN ACTITUD ENTRE LOS SUJETOS CON EXPERIENCIA SEXUAL Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL

VARIABLE DEPENDIENTE	GRUPO	n	MEDIA	t	α*	NIVEL DE CONFIANZA
ACTITUD	CON EXPER. SEXUAL	193	60.6995	4.2	.000	≅100%
	SIN EXPER. SEXUAL	726	58.0427			
FACTOR "VERGÜENZA"	CON EXPER. SEXUAL	193	15.9845	4.368	.000	≅100%
	SIN EXPER. SEXUAL	726	14.6102			
FACTOR "EFECTIVIDAD Y CONFIABILIDAD"	CON EXPER. SEXUAL	193	20.6269	3.449	.001	≅100%
	SIN EXPER. SEXUAL	726	19.6061			
FACTOR "DISMINUCIÓN DEL PLACER"	CON EXPER. SEXUAL	193	24.0881	.805	.421	58%
	SIN EXPER. SEXUAL	726	23.8264			

\* DOS COLAS

TESIS CON  
FUELLA DE ORIGEN

Con el objeto de determinar si tenían efecto las variables "sexo" y "experiencia sexual" sobre la calificación de actitud, se llevó a cabo un análisis de varianza. Los resultados se muestran en las tablas # 21 y #22. Se observa que las variables "sexo" y "experiencia sexual" produjeron efectos significativos; no así la interacción sexo y experiencia sexual ( Ver gráfica # 16).

TABLA # 21  
PUNTAJE PROMEDIO EN ACTITUD EN LA CLASIFICACIÓN POR EXP. SEXUAL Y SEXO

SEXO	EXPERIENCIA SEXUAL	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	n
SEXO FEMENINO	EXPER. SEXUAL	61.77	7.64	81
	SIN EXP. SEXUAL	58.49	7.32	452
	TOTAL	58.99	7.46	533
SEXO MASCULINO	EXPER. SEXUAL	59.91	7.64	112
	SIN EXP. SEXUAL	57.29	8.34	274
	TOTAL	58.05	8.22	386
TOTAL	EXPER. SEXUAL	60.69	7.68	193
	SIN EXP. SEXUAL	58.04	7.74	726
	TOTAL	58.60	7.80	919

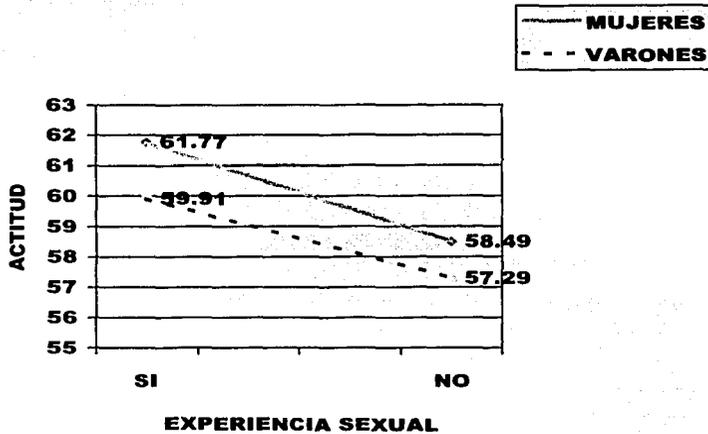
TABLA # 22  
RESULTADO DEL ANOVA SOBRE LA ACTITUD

FUENTE DE LA VARIACIÓN	sc	gl	CUADRADOS MEDIOS	F	p <sub>tt</sub>	NIVEL DE CONFIANZA
SEXO	343 308	1	343 308	5 773	016	98%
EXP SEXUAL	1284 868	1	1284 868	21 608	000	100%
INTERACCIÓN SEXO-EXPER	16 250	1	16 250	273	601	40%



GRÁFICA # 16

MEDIAS DE ACTITUD POR SEXO Y EXPERIENCIA SEXUAL



En la gráfica se observa que los sujetos con experiencia sexual y las mujeres, mostraron una actitud más positiva hacia el empleo del condón.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTENCIÓN DE USAR CONDÓN

En el análisis de la frecuencia de respuestas a los reactivos: "intención de usar el condón la próxima vez" e "intención de usar el condón cada vez", se observó que en general, el 90% de las respuestas, se ubicaron en las categorías: "total acuerdo" (alrededor del 65%) o "acuerdo" (alrededor 25%). Esto sucedió en todos los grupos: total, con y sin experiencia sexual, así como dividiendo a la muestra total de acuerdo con el sexo. Por esta razón, sólo se tomaron en cuenta las categorías de respuesta "total acuerdo" o "acuerdo".

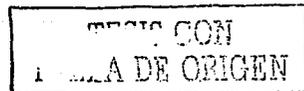
En todos los grupos, la diferencia entre las frecuencias observadas en estas categorías de respuesta fue estadísticamente significativa al aplicar la prueba de chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%. Esto demostró que la mayoría de las respuestas fueron de "total acuerdo" (tabla # 23).

**TABLA # 23**  
Frecuencias y porcentaje de la Intención de usar el condón "la próxima" o "cada vez" y " $\chi^2$ " que las compara por grupo

INTENCIÓN		PRÓXIMA VEZ				CADA VEZ			
Grupo	n	"total acuerdo"	"acuerdo"	X <sup>2</sup>	p	"total acuerdo"	"acuerdo"	X <sup>2</sup>	p
Total	919	614 (66.8%)	220 (23.9%)	186.13	< 0.01	617 (67.1%)	240 (26.1%)	165.8	< 0.01
Con experiencia	193	119 (61.7%)	54 (28%)	24.42	< 0.01	111 (57.5%)	64 (33.2%)	12.62	< 0.01
Sin experiencia	726	495 (68.2%)	166 (22.9%)	163.75	< 0.01	506 (69.7%)	176 (24.2%)	159.6	< 0.01
Mujeres	533	371 (69.6%)	105 (19.7%)	148.6	< 0.01	415 (77.9%)	104 (19.5%)	186.3	< 0.01
Varones	386	243 (63%)	115 (29.8%)	45.7	< 0.01	202 (52.3%)	136 (35.2%)	12.8	< 0.01

NOTA: X<sup>2</sup> crítica = 3.841

Se observa que los porcentajes de respuesta a las dos preguntas son muy semejantes.



### Intención total:

Para disponer de un índice de intención de usar el condón se sumaron las calificaciones de los reactivos "intención de usar el condón la próxima vez" e "intención de usar el condón cada vez", cuyo rango de calificación fue de 2 a 10. El 10 indicó un "total acuerdo" en cuanto a la decisión de usar el preservativo.

En la tabla # 24 se presenta las principales medidas de tendencia central de esta variable. Se observó que la mayoría de las calificaciones obtenidas por los tres grupos: total, con y sin experiencia, mostraron un "total acuerdo" en la intención de usar el condón.

**TABLA # 24**  
Medidas de tendencia central  
De  
"Intención Total"

	Muestra Total n=919	Grupo sin experiencia sexual n=726	Grupo con experiencia sexual n=193
Media	9	9.1	8.90
Mediana	10	10	10
Desviación estandar	1.35	1.34	1.38
Coficiente asimetría	-1.565	-1.67	-1.23
Coficiente curtosis	2.694	3.2	1.05

TECNOLOGIA CON  
FUELA DE ORIGEN

## NORMA SUBJETIVA

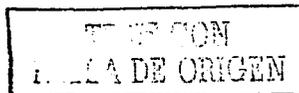
De las cinco posibles categorías de respuesta, el análisis de las frecuencias de respuesta en este reactivo mostró que en los tres grupos, la mayoría de los sujetos (más del 80%) opinaron que las personas que les son importantes, creen que ellos deberían usar condón (Ver Tabla #25).

**TABLA # 25**  
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE RESPUESTA AL REACTIVO "NORMA SUBJETIVA"

CATEGORÍA	Grupo Total n= 919		Grupo con exp Sexual n= 193		Grupo sin exp. Sexual n= 726	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
"no debería"	7	.8	2	1	5	.7
"en parte no debería"	3	.3	1	5	2	.3
"no sé"	74	8.1	11	5.7	63	8.7
"en parte debería"	66	7.2	12	6.2	54	7.4
"debería"	769	83.7	167	86.5	602	82.9

Al considerar las medidas de tendencia central principales, el reactivo de "Norma Subjetiva" mostró coeficientes de asimetría y curtosis elevados, en comparación con el parámetro de  $+2$  señalado por Muthen y Kaplan (1992). La mayoría de las respuestas de los sujetos se ubicaron en la categoría "debería" ("la gente que es importante para mí piensa que debería usar condón cuando tenga relaciones sexuales").

En la tabla # 26, se presentan los coeficientes de asimetría y curtosis del reactivo, así como las medidas de tendencia central más importantes. Como se observa, tanto en la muestra total (n=919), como en los grupos con experiencia (n=193) y sin experiencia sexual (n=726), los valores son similares, excepto los de asimetría y curtosis, que en el grupo con experiencia sexual son mayores. Para este grupo en particular existe una evidente concentración de las respuestas en la categoría "debería", lo que produce que la mediana sea igual a "5", debido a los coeficientes de asimetría y curtosis elevados. Esta forma de respuesta parece ser un estereotipo de la muestra por lo que no se incluyó este reactivo en los análisis, ya que se consideró que la escasa variabilidad en las respuestas, estorbaría encontrar diferencias entre los sujetos.



**TABLA # 26**  
**REACTIVO "NORMA SUBJETIVA"**  
**MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL**  
**Muestra Total**

n = 919

MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA	COEFICIENTE DE CURTOSIS
4.73	5	.69	-2.748	7.846

*Grupo con Experiencia sexual*

n = 193

MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA	COEFICIENTE DE CURTOSIS
4.77	5	.67	-3.342	12.12

*Grupo sin Experiencia Sexual*

n = 726

MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA	COEFICIENTE DE CURTOSIS
4.73	5	.69	-2.61	6.9

TRABAJO CON  
 LA FUENTE DE ORIGEN

## CREENCIAS NORMATIVAS

De los ocho reactivos que exploraron qué persona opinaba que los adolescentes debían usar condón la próxima vez que tuvieran relaciones sexuales, se encontró en los tres grupos que en el reactivo # 1, la mayoría de los adolescentes identificaron a sus padres como referente social (ver tabla # 27).

**TABLA # 27**  
 "CREENCIAS NORMATIVAS"  
 PORCENTAJES DE "TOTAL ACUERDO" Y "ACUERDO"

REFERENTE	Grupo Total n= 919		Grupo con exp. Sexual n= 193		Grupo sin exp. Sexual n= 726	
	"Fuertemente de acuerdo" %"	"Acuerdo" %"	"Fuertemente de acuerdo" %"	"Acuerdo" %"	"Fuertemente de acuerdo" %"	"Acuerdo" %"
Padres	66	22.1	74.1	18.7	64.9	23
Pareja	38.8	39.7	40.4	40.9	38.4	39.4
Parejas anteriores	23.6	36.7	28	40.9	22.5	35.5
Amigos	37.6	40.6	39.4	40.9	37.2	40.5
Parientes mas cercanos	39.5	41.9	39.9	45.6	39.4	40.9
Maestros	43.7	40.2	44	38.9	43.7	40.5
Compañeros	34.4	42.4	36.8	43	33.7	42.3
Hermanos	44.1	39	47.7	37.3	43.1	39.4

Dado que el reactivo "norma subjetiva" indicó que para la mayoría de los adolescentes la gente que les es importante opina que deberían usar condón y el reactivo #1 de "creencias normativas" que eran sus padres su principal referente social, estos reactivos se consideraron equivalentes. Ninguno de estos reactivos se empleó para el análisis de los resultados.

TRABAJO CON  
 LA FUENTE DE ORIGEN

## MOTIVACIÓN PARA COMPLACER A LOS REFERENTES SOCIALES:

En la escala de "Motivación para complacer a los referentes sociales", conformada por ocho reactivos con cinco posibilidades de respuesta: "*fuertemente de acuerdo*", "*acuerdo*", "*indeciso*", "*en desacuerdo*" y "*fuertemente en desacuerdo*", se encontró que la cantidad de frecuencias de respuesta en los rubros de "*fuertemente de acuerdo*" y "*acuerdo*", contrastó con los índices observados en las creencias normativas; ya que si bien los adolescentes refirieron que son los padres quienes consideran que deben usar preservativo, no manifestaron en consecuencia el mismo deseo de hacer lo que ellos les prescriben, como tampoco destacaron a ninguno de los otros referentes sociales (tabla # 31).

TRABAJO CON  
PALA DE ORIGEN

**TABLA # 31**  
**DESEO DE COMPLACER A CADA UNO DE LOS REFERENTES**  
**PORCENTAJES DE RESPUESTA**

Grupo Total n= 919					
REFERENTE	<i>fuertemente de acuerdo*</i>	<i>"de acuerdo"</i>	<i>"indiferente"</i>	<i>"en desacuerdo"</i>	<i>fuertemente en desacuerdo*</i>
Padres	16.2	24.3	28.9	22.1	8.5
Pareja	9.8	21.5	27.9	26	14.8
Parejas anteriores	8.3	15.7	29.1	29.2	17.8
Amigos	11.2	16.6	31.6	23.4	17.2
Parientes más cercanos	13.6	21.2	26.7	23.2	15.3
Maestros	15	22.1	25.2	22.4	15.2
Compañeros	12.3	17.8	27.4	26.2	16.2
Hermanos	17.2	25.8	20.7	22.9	13.5
Grupo con exp. Sexual n= 193					
REFERENTE	<i>fuertemente de acuerdo*</i>	<i>"de acuerdo"</i>	<i>"indiferente"</i>	<i>"en desacuerdo"</i>	<i>fuertemente en desacuerdo*</i>
Padres	11.9	25.9	29	22.8	10.4
Pareja	12.4	25.4	26.9	24.9	10.4
Parejas anteriores	11.4	18.1	29	25.9	15.5
Amigos	11.9	17.1	32.6	21.2	17.1
Parientes más cercanos	14	22.8	23.3	22.8	17.1
Maestros	14	20.2	23.8	23.8	18.1
Compañeros	13	15.5	26.4	27.5	17.6
Hermanos	15.5	21.2	25.4	22.8	15
Grupo sin exp. Sexual n= 726					
REFERENTE	<i>fuertemente de acuerdo*</i>	<i>"de acuerdo"</i>	<i>"indiferente"</i>	<i>"en desacuerdo"</i>	<i>fuertemente en desacuerdo*</i>
Padres	17.4	24.7	29.8	20.2	8
Pareja	9.1	20.1	28.5	26.3	16
Parejas anteriores	7.4	15	29.9	29.2	18.5
Amigos	11	16.5	31.3	22	17.2
Parientes más cercanos	13.5	20.8	27.7	23.1	14.9
Maestros	15.3	22.6	25.6	22	14.5
Compañeros	12.1	18.5	27.4	26.2	15.8
Hermanos	17.6	20.5	25.9	22.9	13.1

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En cuanto a las medidas de tendencia central principales, se observó que los coeficientes de asimetría, curtosis y la mediana, indicaron que la mayoría de las respuestas se ubicaron en la categoría de "indeciso" (Md=3). Por esta razón, los reactivos no se emplearon para el análisis de datos (tabla # 32, # 33 y # 34).

**TABLA # 32**  
**REACTIVOS DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN**  
**MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, VARIABILIDAD Y SESGO**  
**n=919**

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA	COEFICIENTE DE CURTOSIS
1	3.22	3	1.20	-1.69	-954
2	2.86	3	1.20	.106	-903
3	2.67	3	1.18	.302	-723
4	2.73	3	1.24	.332	-891
5	2.91	3	1.28	.117	-1.069
6	2.96	3	1.30	.061	-1.119
7	2.84	3	1.25	.188	-934
8	3.10	3	1.31	-.092	-1.148

**TABLA # 33**  
**REACTIVOS DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN**  
**MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, VARIABILIDAD Y SESGO**  
**n=193**

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA	COEFICIENTE DE CURTOSIS
1	3	3	1.20	.054	-1.012
2	3.06	3	1.20	-.047	-.952
3	2.81	3	1.23	.237	-.902
4	2.74	3	1.26	.343	-.937
5	2.94	3	1.31	.031	-1.117
6	2.88	3	1.31	.111	-1.102
7	2.80	3	1.27	.247	-.919
8	3.04	3	1.31	-.054	-1.145

TESIS CON  
 VALOR DE ORIGEN

TESIS CON  
 VALOR DE ORIGEN

**TABLA # 34**  
**REACTIVOS DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN**  
**MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, VARIABILIDAD Y SESGO**  
*n*=726

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA	COEFICIENTE DE CURTOSIS
1	3.28	3	1.20	- .229	-.904
2	2.80	3	1.20	- .147	- .871
3	2.64	3	1.16	.313	- .673
4	2.73	3	1.24	.330	- .876
5	2.90	3	1.27	.141	-1.054
6	2.99	3	1.29	.049	-1.123
7	2.85	3	1.24	.173	- .934
8	3.12	3	1.31	-1.02	-1.148

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

## HIPÓTESIS

A continuación, se presenta el análisis estadístico para contrastar las hipótesis de la investigación. Aunque el diseño del presente estudio es correlacional, se hicieron hipótesis de diferencias con algunas variables clasificatorias ordinales.

### HIPÓTESIS # 1:

Para someter a prueba la hipótesis #1 que dice: "Existen diferencias en el conocimiento teórico de la manipulación y colocación correctas del condón entre los alumnos de los distintos grados de bachillerato"; se tomó la calificación del cuestionario de información y los puntajes promedios obtenidos por cada uno de los grados de bachillerato se sometieron a un análisis de varianza simple. Los resultados fueron los siguientes:

**TABLA # 35**  
PROMEDIO DE CONOCIMIENTO EN LOS 3 GRADOS DE BACHILLERATO  
MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

GRADO	<i>n</i>	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
4º AÑO	332	6.71	2.6
5º AÑO	284	7.93	2.82
6º AÑO	303	8.45	2.63
TOTAL	919	7.66	2.78

**TABLA # 36**  
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE VARIANZA DE UNA VÍA ENTRE LAS MEDIAS DE  
CONOCIMIENTO EN LOS 3 GRADOS DE BACHILLERATO

VARIABLE INFORMACIÓN	SUMA DE CUADRADOS	gl	CUADRADOS MEDIOS	F	$p_{\alpha}$	NIVEL DE CONFIANZA
ENTRE GRUPOS	508.181	2	254.091	35.189	.000	≥100%
DENTRO DE LOS GPOS	6614.263	916	7.221			
TOTAL	7122.444	918				

Como se observa, los resultados encontrados muestran una F significativa con una probabilidad menor que .000.

Con la finalidad de saber cuáles de las tres medias producían la diferencia entre los grupos de bachillerato, se llevó a cabo la Prueba de Scheffé.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tal como se presenta en la tabla # 37 , la diferencia de medias entre 4º y 5º año es de - 1.22 con una p de .000. Mientras que la diferencia entre medias de 4º y 6º año es de - 1.74 con una p de .000; y la diferencia entre 5º y 6º año es de -.52, con una p de .06. De esta manera, los datos presentados muestran que las diferencias encontradas en el análisis de varianza se debieron a la diferencia del grupo de 4º año con los grupos 5º y 6º ; ya que entre el 5º año de bachillerato y el 6º no hubieron diferencias significativas.

**TABLA # 37**  
**RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SCHEFÉE**

GRADO	5º AÑO	6º AÑO
4º AÑO	-1.22*	-1.74*
5º AÑO		-.52

\* La diferencia es significativa al 95% nivel de confianza

**TESIS CON  
 SELLA DE ORIGEN**

## HIPÓTESIS # 2:

Para comprobar la hipótesis # 2, que dice: "Existe relación entre el conocimiento teórico de la manipulación y colocación correctas del condón y la percepción de autoeficacia para emplearlo" y determinar así el grado de relación entre las variables "conocimiento" y "autoeficacia", se tomaron las calificaciones obtenidas por todos los adolescentes ( $n=919$ ) en el cuestionario de conocimiento, así como los puntajes obtenidos en el cuestionario de autoeficacia y se llevó a cabo una correlación de Pearson, con un nivel de confianza de .01. Los resultados fueron los siguientes:

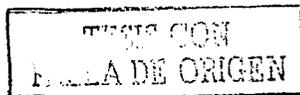
**TABLA # 38**

Resultados del análisis de correlación entre el conocimiento, la autoeficacia y los factores "habilidad" y "miedo de los que piense la pareja"

VARIABLES	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ( $r$ )
AUTOEFICACIA Y CONOCIMIENTO	$r = .40^{**}$
FACTOR "HABILIDAD" Y CONOCIMIENTO	$r = .33^{**}$
FACTOR "MIEDO DE LO QUE PIENSE LA PAREJA" Y CONOCIMIENTO	$r = .23^{**}$

\*\*La correlación es significativa al 0.01 nivel de confianza (dos colas)

Como se observa, las correlaciones fueron estadísticamente significativas. Entre el conocimiento de la manipulación y colocación correctas del condón y la percepción de autoeficacia la relación fue moderada. Entre el conocimiento y cada uno de los factores que integraban el cuestionario de autoeficacia, estas correlaciones fueron bajas.



### HIPÓTESIS # 3:

"Existe relación entre la intención de usar condón y la percepción de autoeficacia para emplearlo".

Para someter a prueba esta hipótesis, se calculó la calificación "intención total". Se obtuvo el puntaje de cada sujeto en el cuestionario de autoeficacia. Con la finalidad de saber el grado de relación entre estas dos variables se llevó a cabo una correlación de Pearson, con un nivel de confianza de 0.01, entre ambas calificaciones: "intención total" y "autoeficacia". En la siguiente tabla pueden verse los resultados:

**TABLA # 39**  
Resultados del análisis de correlación entre la intención, la autoeficacia y los factores "habilidad" y "miedo de lo que piense la pareja"  
 $n=919$

VARIABLES	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON (r)
INTENCIÓN Y AUTOEFICACIA	$r = 10^{**}$
INTENCIÓN Y FACTOR "HABILIDAD"	$r = 09^{**}$
INTENCIÓN Y FACTOR "MIEDO DE LOS QUE PIENSE LA PAREJA"	$r = .04$

\*\*La correlación es significativa al 0.01 nivel de confianza (dos colas)

Como se presenta en la Tabla #39, se encontró una baja correlación entre la "intención total" y la "autoeficacia, así como también entre la percepción de "habilidad" para usar el condón y la intención total. No tuvo lugar correlación alguna entre el "miedo de lo que piense la pareja" y la intención total.

ESTRUC CON  
FALLA DE ORIGEN

#### HIPÓTESIS #4:

Para someter a prueba la hipótesis # 4 que dice: " Existe relación entre las actitudes hacia el empleo del preservativo y la intención de usarlo", se obtuvo un puntaje de "Intención total", y se llevó a cabo una correlación de Pearson entre este puntaje y la calificación de la escala de actitud, con el objeto de conocer el grado de relación entre ambas variables. Los resultados que se presentan en la tabla # 40. El grado de asociación entre la intención y la actitud, así como entre la intención y cada uno de los factores de la escala de actitud es bajo, aunque significativo al nivel de 0.01 de confianza. No obstante, el factor de "vergüenza", no mostró ninguna relación con la intención.

**TABLA # 40**

Resultados del análisis de correlación entre la Intención , la Actitud y los factores " Vergüenza", "Efectividad y Confiabilidad" y "Disminución del Placer".

$n=919$

VARIABLES	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON (r)
INTENCIÓN Y ACTITUD	$r= .17^{**}$
INTENCIÓN Y FACTOR VERGÜENZA	$r= .03$
INTENCIÓN Y FACTOR EFECTIVIDAD Y CONFIABILIDAD	$r= .14^{**}$
INTENCIÓN Y FACTOR DISMINUCION DEL PLACER	$r= .17^{**}$

\*\*La correlación es significativa al 0.01 nivel de confianza (dos colas)

TESIS CON  
FOLIA DE ORIGEN

#### HIPÓTESIS #5:

La hipótesis # 5 que dice : "Existe relación entre la norma subjetiva de los adolescentes y la intención de emplear condón", no se sometió a prueba, debido a que la naturaleza de los resultados del análisis descriptivo del reactivo "norma subjetiva" no lo permitió.

#### HIPÓTESIS #6:

"Cuando existe una alta percepción de autoeficacia para el empleo del condón y un alto conocimiento teórico sobre la manipulación y colocación correctas del preservativo, la intención de usar condón aumenta".

Para comprobar la presente hipótesis, se llevó a cabo el siguiente proceso: Se conformaron categorías de las variables implicadas: autoeficacia, conocimiento e intención. Las calificaciones obtenidas por los sujetos en conocimiento y autoeficacia se clasificaron como bajas o altas y las respuestas a los reactivos: "*intención de usar el condón la próxima vez*" "*intención de usar el condón cada vez*", como "sí" o "no".

Se elaboraron dos tablas de contingencia de 2x2, una por cada reactivo de "*intención de usar el condón la próxima vez*" "*intención de usar el condón cada vez*".

Dado que la variable "autoeficacia" y "conocimiento" eran originalmente continuas, se estableció como punto de decisión para categorizar las calificaciones de los adolescentes, la media del grupo total. De esta manera, en el cuestionario de conocimiento una calificación menor a  $\bar{X} = 7.67$ , se consideró como baja; mientras que un puntaje por arriba de este valor, como alto. En el cuestionario de autoeficacia, las calificaciones se clasificaron a partir del valor de  $\bar{X} = 34.07$ .

En cuanto a la intención de emplear preservativo, se consideró que los sujetos que estaban "*totalmente de acuerdo*" o "*de acuerdo*" en usar preservativo, pertenecían a la categoría de "*sí*"; en tanto que las respuestas de: "*totalmente en desacuerdo*" "*en desacuerdo*" e "*indéciso*", a la de "*no*". Dado que el 90% de las respuestas se ubicaron en la categoría de "*sí*", las tablas de contingencia se elaboraron tomando únicamente a los sujetos que "*sí*" tenían la intención de usar condón y sus respuestas se clasificaron de acuerdo con las variables: conocimiento y autoeficacia.

TRIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con el objeto de determinar si existía una dependencia entre el conocimiento y la autoeficacia, de tal manera que la cantidad de sujetos que tuvieran al mismo tiempo alta autoeficacia y alto conocimiento fuera mayor en relación a las demás combinaciones, se calculó la prueba de ji cuadrada,  $\chi^2$ , utilizando un nivel de confianza de 0.001 con un grado de libertad. Los resultados se presentan en las tablas #41 y #42.

**TABLA # 41**

SUJETOS QUE SI TIENEN LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ  
CLASIFICADOS POR CONOCIMIENTO Y AUTOEFICACIA  
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE JI-CUADRADA

VARIABLES	Baja autoeficacia	Alta autoeficacia	Total de sujetos	$\chi^2$	$p\alpha^*$
Bajo conocimiento	321	80	401	80.31	<.001
Alto conocimiento	218	215	433		
Total de sujetos	539	295	834		

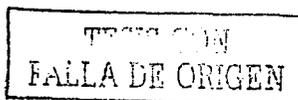
**TABLA # 42**

SUJETOS QUE SI TIENEN LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ CLASIFICADOS POR  
CONOCIMIENTO Y AUTOEFICACIA  
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE JI-CUADRADA

VARIABLES	Baja autoeficacia	Alta autoeficacia	TOTAL	$\chi^2$	$p\alpha^*$
Bajo conocimiento	331	80	411	83.79	<.001
Alto conocimiento	226	220	446		
Total de sujetos	557	300	857		

Para los sujetos que declararon tener la intención de usar preservativo la próxima vez como cada que tuvieran relaciones sexuales, el valor de la ji-cuadrada obtenida fue estadísticamente significativo. En ambos casos, los datos mostraron una dependencia o relación entre las variables: "autoeficacia" y "conocimiento". Sin embargo, contrariamente a lo que se planteó en la hipótesis # 6, la mayoría de los sujetos tenían un bajo conocimiento y una baja autoeficacia, por lo que podría plantearse que un alto conocimiento en combinación con una alta autoeficacia no parecieron aumentar la intención de usar condón

Finalmente, para conocer el grado de dependencia o relación entre las variables: "autoeficacia" y "conocimiento", se calculó el coeficiente "Phi" ( $\phi$ ). Los resultados indicaron que el valor del coeficiente "phi" era de .34. Dicho valor se ajustó de acuerdo con el parámetro de .89, dado que el coeficiente de correlación "phi" adquiere valores menores a 1 (aproximadamente de .89).



## HIPÓTESIS #7:

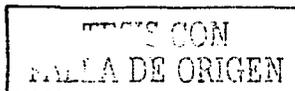
Esta hipótesis planteaba: " Cuando existe una alta percepción de autoeficacia para el empleo del condón y una actitud positiva hacia su empleo, la intención de usar preservativo aumenta".

Para comprobar esta hipótesis se procedió de la manera siguiente:

Se clasificaron las calificaciones obtenidas en la escala de autoeficacia y de actitud, como "bajas" o "altas" y como "negativas" o "positivas", respectivamente. Se tomó como parámetro la media del grupo total. En el caso de la escala de autoeficacia, dicho valor promedio fue igual a 34.07; mientras que en el de la escala de actitud fue igual a 58.6. Una calificación menor a dichos promedios, se consideró como "baja" en autoeficacia o "negativa" en actitud; mientras que una calificación por arriba de este valor, como "alta" en autoeficacia o "positiva" en actitud.

En cuanto a la intención de emplear preservativo, se consideró que los sujetos que estaban "*totalmente de acuerdo*" o "*de acuerdo*" en usar preservativo, pertenecían a la categoría de "*si*"; en tanto que las respuestas de: "*totalmente en desacuerdo*" "*en desacuerdo*" e "*indiferente*", a la de "*no*". Dado que el 90% de las respuestas se ubicaron en la categoría de "*si*", únicamente se trabajó con los sujetos que declararon "*si*" tener la intención de emplear preservativo.

Se elaboraron dos tablas de contingencia de doble entrada, una por cada tipo de intención: "*intención de usar el condón la próxima vez*" e "*intención de usar el condón cada vez*". Los sujetos se clasificaron de acuerdo con las variables: actitud y autoeficacia.



Para determinar si existía relación entre la actitud hacia el empleo del condón y la autoeficacia, se calculó la prueba de ji cuadrada,  $\chi^2$ , utilizando un nivel de confianza de 0.001 con un grado de libertad. Los resultados se presentan en las tablas # 43 y # 44.

**TABLA # 43**

SUJETOS QUE SÍ TIENEN LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ  
CLASIFICADOS POR ACTITUD Y AUTOEFICACIA  
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE JI-CUADRADA

VARIABLES	Baja autoeficacia	Alta autoeficacia	Total de sujetos	$\chi^2$	$p\alpha^*$
Actitud Negativa	361	83	444	112.87	< .001
Actitud Positiva	179	211	390		
Total de sujetos	540	294	834		

NOTA:  $\chi^2_{crítico} = 3.841$

**TABLA # 44**

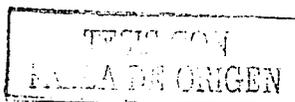
SUJETOS QUE SÍ TIENEN LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ  
CLASIFICADOS POR ACTITUD Y AUTOEFICACIA  
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE JI-CUADRADA

VARIABLES	Baja autoeficacia	Alta autoeficacia	Total de sujetos	$\chi^2$	$p\alpha^*$
Actitud Negativa	365	84	449	110.87	< .001
Actitud Positiva	192	216	408		
Total de sujetos	557	300	857		

NOTA:  $\chi^2_{crítico} = 3.841$

Los resultados indicaron que la ji-cuadrada ( $\chi^2$ ) obtenida fue estadísticamente significativa y que existía una relación entre la autoeficacia y la actitud. De acuerdo con la distribución de frecuencias presentada en las tablas anteriores, la mayor parte de los adolescentes que tenían la intención de emplear condón poseían una baja autoeficacia al mismo tiempo que una actitud negativa hacia el empleo del preservativo. Dichos resultados son contrarios a lo que se esperaba, que los estudiantes que manifestaran la intención de usar condón tuvieran, en su mayoría, una alta percepción de autoeficacia y una actitud positiva en combinación.

Como parte final del análisis, se obtuvo el coeficiente de correlación "Phi",  $\phi$ , para conocer con el grado de relación entre las variables "autoeficacia" y "actitud". Lo anterior se llevó a cabo empleando un nivel de confianza de 0.05. De esta manera, para los sujetos que tenían la intención de usar preservativo la próxima vez, el coeficiente "Phi" fue igual a .41, mientras que para los estudiantes que manifestaron la intención de hacerlo cada vez, el coeficiente "Phi", tuvo un valor de .39. Cabe señalar que se presenta el valor ajustado del coeficiente "phi", considerando que este alcanza valores de .89, menores a 1.



## MODELO LOG-LINEAR:

Para estimar el valor predictivo de las variables: "conocimiento", "autoeficacia", "actitud", "sexo" y "experiencia sexual" sobre la intención de usar condón, se aplicó el Modelo de Regresión Logística de "Independencia Condicional" (Wickens, 1989). Para analizar la asociación o dependencia parcial entre las variables, se dicotomizó las variables "conocimiento", "autoeficacia" y "actitud" de acuerdo con la media del grupo total. Las otras variables ya eran dicótomas. Se encontró la distribución de frecuencias en tablas de tres entradas que permitieron estudiar la relación condicional entre las tres variables involucradas. En la tabla # 45 se muestra un ejemplo de las tablas resultantes. La distribución de sujetos con y sin experiencia sexual, con poco y mucho conocimiento y por su intención (decidida o su indecisión) de usar condón. En el Apéndice # 9 se presenta un resumen teórico del modelo y un ejemplo del cálculo sobre los datos de esta muestra. En el caso de la escala de autoeficacia y de actitud, el análisis se hizo sobre el resultado total de la prueba.

**TABLA # 45**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A CADA GRUPO EN BASE A LA CANTIDAD DE CONOCIMIENTO  
 $n = 919$

		A <sub>1</sub>		A <sub>2</sub>	
		CON EXPERIENCIA SEXUAL		SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> BAJO CONOCIMIENTO	C <sub>2</sub> ALTO CONOCIMIENTO	C <sub>1</sub> BAJO CONOCIMIENTO	C <sub>2</sub> ALTO CONOCIMIENTO
INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ	B <sub>1</sub> NO	7	11	26	18
	B <sub>2</sub> SI	54	121	357	325

La finalidad era obtener un modelo matemático que estimara qué proporciones de adolescentes, con experiencia y sin experiencia sexual, se espera que en la población estudiada tengan la intención de emplear el preservativo dependiendo de su condición respecto a una tercera variable.

Cabe señalar que únicamente se trabajó con aquellas tablas donde la prueba estadística de ji-cuadrada ( $\chi^2$ ), siendo significativa, mostró que existía dependencia entre las variables; dado que se consideró que entonces el modelo proporcionaría datos más precisos de tal dependencia.

Para calcular la prueba  $\chi^2$  ji-cuadrada a partir de las tablas de tres entradas, se tomaron por separado las clasificaciones "CON EXPERIENCIA SEXUAL" y "SIN EXPERIENCIA SEXUAL" ( Como se presentan por ejemplo en la tabla # 45), de tal manera que la tabla de frecuencias se dividiera en dos. Así, cuando al menos en una

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

parte de la tabla la ji-cuadrada mostraba una dependencia entre las variables, se calculó el modelo lineal logístico.

De esta forma, cuando se intentó relacionar la intención de usar condón, de los adolescentes con experiencia y sin experiencia sexual, con las variables "autoeficacia" y "conocimiento", a través de la elaboración de una tabla de frecuencias observadas de tres entradas, se encontró que la prueba de dependencia de ji-cuadrada no fue estadísticamente significativa, lo mismo sucedió cuando se trabajó con la intención de usar el condón la próxima vez, dividiendo a los sujetos de acuerdo con su sexo ( En el Anexo # 10, se enlistan las tablas correspondientes y se indica el valor obtenido de ji-cuadrada).

En cuanto a las tablas donde sí se calculó el modelo lineal logístico, ya que la prueba de ji-cuadrada mostró la existencia de una dependencia entre las variables; se presenta la clasificación de la intención de usar condón la "próxima vez" y "cada vez" , dividiendo a los sujetos con experiencia y sin experiencia sexual de acuerdo con su actitud hacia el empleo del preservativo. En cuanto a la variable "sexo", solo se trabajó con la clasificación de la intención de emplear preservativo "cada vez"; ya que la prueba ji-cuadrada no indicó ninguna asociación entre los factores "intención próxima vez" y "sexo".

A continuación, después de cada tabla de clasificación de frecuencias observadas, se muestra la tabla de logaritmos de tales frecuencias, así como los parámetros (cuya demostración se presenta con detalle en el apéndice # 9). En seguida, las tablas donde puede observarse la asociación entre los factores y, finalmente, sustituyendo los valores encontrados, se concluye cada parte con la ecuación que representa el modelo matemático que explica la relación entre las variables o factores que se observan en las tablas de frecuencia .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTENCIÓN DE USAR CONDÓN Y ACTITUD HACIA EL EMPLEO DEL PRESERVATIVO

a) "Intención próxima vez" y "Actitud":

1) Frecuencias Observadas  $\mu_{ijk}$ :

TABLA # 46

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS DE ACUERDO CON SU ACTITUD HACIA EL EMPLEO DEL PRESERVATIVO

$n = 919$

INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA	C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA
		B <sub>1</sub> NO	12	8	39
B <sub>2</sub> SI	62	111	380	281	

2) Logaritmos de las frecuencias observadas  $\log \mu_{ijk}$ :

TABLA # 47

INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA	C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA
		B <sub>1</sub> NO	2.4849	2.0794	3.6635
B <sub>2</sub> SI	4.1271	4.7095	5.9401	5.6383	

TRUJILLO CON  
 FALLA DE ORIGEN

3) Parámetros:

$$\lambda = 3.9876$$

$$\lambda_{A1} = -.6374 \quad \lambda_B: -1.1161 \quad +1.1161$$

$$\lambda_{A2} = +.6374 \quad \lambda_C: +.0663 \quad -.0663$$

TABLA # 48

$\lambda_{AB}$   
Forma logarítmica:

	A <sub>1</sub> EXPERIENCIA SEXUAL	A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	+ .048	-.048
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	-.048	+ .048

TABLA # 49

$\lambda_{AB}$   
Forma exponencial:

	A <sub>1</sub> EXPERIENCIA SEXUAL	A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	1	0.95
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	0.95	1

TABLA # 50

$\lambda_{BC}$   
Forma logarítmica:

	C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	+ .13	-.13
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	-.13	+ .13

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA # 51**

$\lambda_{BC}$ :  
Forma exponencial :

	C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	1.13	.87
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	.87	1.13

$$\mu_{ijk} = \beta \beta A_i \beta B_j \beta C_k \beta AB_{ij} \beta BC_{jk}$$

$$\mu_{ijk} = (.52)A_1 (1.89)A_2 (.32)B_1 (3.05)B_2 (1.06)C_1 (.93)C_2 (1)A_1B_1(.95)A_1B_2 (1)A_2B_2 (.95)A_2B_1 (1.13)C_1B_1 (.87)C_1B_2 (1.13)C_2B_2 (.87)C_2B_1$$

Como puede observarse, en este caso el modelo lineal logístico obtenido mostró que la asociación entre la intención de usar condón la próxima vez y la experiencia sexual, cuando se clasifica a los grupos de acuerdo con su actitud hacia el empleo del preservativo, es muy débil, ya que no existe una diferencia significativa en las proporciones de sujetos con experiencia y sin experiencia sexual. A<sub>1</sub> y A<sub>2</sub> respectivamente, en cuanto al deseo de usar o no condón la próxima vez, B<sub>1</sub> y B<sub>2</sub>. Como se observa en la tabla # 49, la diferencia entre las celdas es del 5%. No obstante, en la asociación  $\lambda_{BC}$ , tabla # 51, si se destaca, en un 23 %, la proporción de sujetos que teniendo una actitud negativa no planean emplear condón en la próxima ocasión; al igual que aquellos sujetos que teniendo una actitud positiva manifestaron que emplearán preservativo en la siguiente oportunidad, cuya cantidad es superior en un 23 % al resto de las celdas.

De esta manera, el presente hallazgo parece señalar que ambas variables: la "intención próxima" y la "actitud" se relacionaron de tal forma en esta población que cuando la actitud de los adolescentes es negativa, proporcionalmente tienen mayor oportunidad de decir que no usarán condón la próxima vez y viceversa, cuando la actitud de los adolescentes es positiva, existe un mayor número de sujetos que sí tienen la intención de usar preservativo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

a) "Intención cada vez" y "Actitud":

**TABLA # 52**  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS DE ACUERDO CON SU ACTITUD HACIA EL EMPLEO DEL PRESERVATIVO  
 n= 919

		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA	C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA
		INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ	B <sub>1</sub> NO	10	9
	B <sub>2</sub> SI	63	111	385	297

2) Logaritmos de las frecuencias observadas  $\log \mu_{ijk}$ :

**TABLA # 53**

		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA	C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA
		INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ	B <sub>1</sub> NO	2.3025	2.1972
	B <sub>2</sub> SI	4.1431	4.7095	5.9532	5.6937

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3) Parámetros:

$\lambda = 3.8439$

$\lambda_{A1} = -.5059$

$\lambda_B: -1.2809 \quad +1.2809$

$\lambda_{A2} = +.5059$

$\lambda_C: +.1445 \quad -.1445$

TABLA # 54

$\lambda_{AB}$ :  
Forma logarítmica:

	A <sub>1</sub> EXPERIENCIA SEXUAL	A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	+ .19	- .19
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	- .19	+ .19

TABLA # 55

$\lambda_{AB}$ :  
Forma exponencial:

	A <sub>1</sub> EXPERIENCIA SEXUAL	A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	1.20	0.82
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	0.82	1.20

TABLA # 56

$\lambda_{BC}$ :  
Forma logarítmica.

	C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	+ .22	- .22
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	- .22	+ .22

TECNIC CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA # 57

$\lambda_{BC}$  :

Forma exponencial :

	C <sub>1</sub> ACTITUD NEGATIVA	C <sub>2</sub> ACTITUD POSITIVA
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	1.24	.80
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	.80	1.24

$$\mu_{ijk} = \beta_i A_j + \beta_j B_i + \beta C_k + \beta A_j B_i + \beta B_i C_k$$

$$\mu_{ijk} = (.60)A_1 + (1.65)A_2 + (.27)B_1 + (1.65)B_2 + (1.15)C_1 + (.86)C_2 + (1.20)A_1B_1 + (.82)A_1B_2 + (1.20)A_2B_2 + (.82)A_2B_1 + (1.24)C_1B_1 + (.80)C_1B_2 + (1.24)C_2B_2 + (.80)C_2B_1$$

Al considerar la intención de usar condón cada vez y su asociación con la experiencia sexual ( clasificación A<sub>1</sub> y A<sub>2</sub>), categorizando a la población conforme a su actitud hacia el empleo del preservativo, se encontró que los sujetos con experiencia sexual tienen un 31% más de oportunidades de decir que no usarán condón; mientras que la cantidad de sujetos sin experiencia sexual que planean emplear condón cada vez es superior en un 31% a la de los que se niegan a hacerlo. A su vez, al relacionar la "intención cada vez" con la "actitud", el modelo lineal logístico reveló que cuando los adolescentes tienen una actitud negativa, su intención de no usar condón aumenta en una proporción de 35.5%, en tanto que cuando los adolescentes tienen una actitud positiva, este resultado se invierte; ya que la proporción de la intención de sí usar condón es mayor en un 35.5% en comparación con el resto de las celdas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTENCIÓN DE USAR CONDÓN Y EL SEXO

### a) "Intención de usar condón cada vez" y "el sexo"

**TABLA # 58**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS POR SEXO  
 $n = 919$

INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> MUJERES	C <sub>2</sub> VARONES	C <sub>1</sub> MUJERES	C <sub>2</sub> VARONES
		B <sub>1</sub> NO	4	14	10
B <sub>2</sub> SI	77	98	442	240	

### 2) Logaritmos de las frecuencias observadas $\log \mu_{ijk}$ :

**TABLA # 59**  
LOGARITMOS DE LAS FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS POR SEXO  
 $n = 919$

INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> MUJERES	C <sub>2</sub> VARONES	C <sub>1</sub> MUJERES	C <sub>2</sub> VARONES
		B <sub>1</sub> NO	1.3862	2.6390	2.3025
B <sub>2</sub> SI	4.3438	4.5849	6.0913	5.4806	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3) Parámetros:

$\lambda = 3.7943$

$\lambda_{A1} = -.5558$

$\lambda_B = -1.33 ; +1.33$

$\lambda_{A2} = +.5558$

$\lambda_C = -.26 ; +.26$

TABLA # 60

$\lambda_{AB}$ :

FORMA LOGARITMICA

	A <sub>1</sub> EXPERIENCIA SEXUAL	A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	+ .10	- .10
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	- .10	+ .10

TABLA # 61

$\lambda_{AB}$ :

FORMA EXPONENCIAL

	A <sub>1</sub> EXPERIENCIA SEXUAL	A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	1.10	.90
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	.90	1.10

TABLA # 62

$\lambda_{BC}$

FORMA LOGARITMICA

	C <sub>1</sub> MUJERES	C <sub>2</sub> VARONES
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	-.36	+.36
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	+.36	-.36

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA # 63**

$\lambda_{BC}$  :  
FORMA EXPONENCIAL

	C <sub>1</sub> MUJERES	C <sub>2</sub> VARONES
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	.69	1.4
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	1.4	.69

$$\mu_{ijk} = \beta_A + \beta_{B_i} + \beta_{C_j} + \beta_{AB_{ij}} + \beta_{BC_{jk}}$$

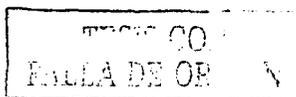
$$\mu_{ijk} = (.57)A_1(1.74) A_2 (.26) B_1 (3.78) B_2 (.77) C_1 (1.29) C_2 (1.10) A_1B_1 (.90) A_1B_2 (1.10) A_2B_2 (.90) A_2B_1 (.69) C_1B_1 (1.4) C_1B_2 (.69) C_2B_2 (1.4) C_2B_1$$

Como se presenta en la tabla #61, no se encontró una fuerte asociación entre los factores "intención de usar condón cada vez" y la "experiencia sexual"; ya que la diferencia entre las proporciones de las celdas es mínima. Sin embargo, se destaca en este caso la relación entre "la intención cada vez" y el "sexo", donde se observó que la presencia de la asociación  $\lambda_{BC}$ , "intención cada vez" y "sexo", generó que en algunas celdas se encontrara el doble de frecuencias que el resto (tabla # 63). Es decir, los datos obtenidos mostraron que, proporcionalmente, una mujer tiene la intención de usar condón en cada ocasión, el doble de veces que un varón y viceversa, los varones tienen el doble de veces, la intención de no hacerlo.

En general, los resultados presentados sugieren que la relación entre la intención de usar condón cada vez y la experiencia sexual es más fuerte que cuando se trata de la intención de hacerlo la próxima vez; ya que cuando se trata de emplear el preservativo habitualmente, la experiencia sexual marca la diferencia en el comportamiento de los sujetos. La intención de usar condón cada vez parece incrementarse cuando las personas no tienen experiencia sexual y viceversa. se observa una tendencia a no planear el uso del condón en cada relación cuando el adolescente ha tenido experiencia sexual.

Por otro lado, la intención de usar el preservativo, ya sea la próxima vez o cada vez, en los adolescentes con y sin experiencia sexual, en relación a la actitud, muestra un perfil en particular: la intención de usar el condón proporcionalmente se incrementa cuando el adolescente tiene una actitud positiva.

Cuando se clasifica a los adolescentes, con experiencia y sin experiencia sexual, de acuerdo con el sexo, la intención de usar preservativo cada vez es mayor si el sujeto es una mujer. Así, cuando se trata de la intención de usar condón como costumbre, se observó que las mujeres, con o sin experiencia sexual, afirman que usarán preservativo. Esta relación entre la intención cada vez y el sexo femenino es la más sólida de todas las que se calcularon a través del modelo lineal logístico



## DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación indicaron que la variable "sexo" fue la mejor predictora de la intención de usar el condón. Pertenecer al sexo femenino aumenta la intención de usar el condón. En segundo lugar, la variable "experiencia sexual", predijo la intención de usar el condón.

Los resultados mostraron una evidencia muy débil con respecto a la afirmación de que entre más favorable es la actitud de los adolescentes hacia el empleo del preservativo y, entre mayor es el grado en que los sujetos se perciben aptos para hacerlo y tienen el conocimiento del manejo correcto del condón, mayor es también su intención de usarlo.

En primer lugar, se encontró que la alta información en combinación con una alta percepción de autoeficacia, aunque relacionadas entre sí mismas, no parecieron aumentar la intención de usar preservativo. Tampoco la autoeficacia por sí sola fue suficiente.

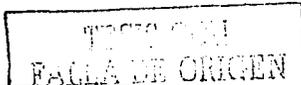
La relación entre la intención de usar condón y la actitud fue modesta, aunque los datos obtenidos revelaron la existencia de cierto patrón general: cuando la actitud era positiva, mayor era la intención de usar condón. Resultados consistentes con los antecedentes teóricos propuestos por Fishbein (1967, 1990), Fishbein y Azjen (1975) y Azjen (1985, 1991 y 1986).

Se observó que la opinión de los padres fue la más tomada en cuenta para emplear preservativo aunque en la escala de "Motivación para complacer a los referentes" la gran mayoría de las respuestas cayó en la categoría de "indeciso", a pesar de que se esperaba que los adolescentes manifestaran el deseo de hacer lo que los referentes sociales opinaban que debían. Para esta situación se plantean las siguientes explicaciones posibles:

- a) La gran parte de la muestra, sin experiencia sexual, no contaba con un marco de referencia para evaluar su decisión de complacer al referente
- b) Los adolescentes evadieron la respuesta
- c) Los adolescentes no querían complacer a nadie, ni siquiera a los padres

Al margen de las variables citadas, solamente la variable sociodemográfica "sexo" demostró tener una evidente relación e influencia sobre la intención de usar condón, en particular sobre la intención de hacerlo consistentemente. Así, se observó que las adolescentes mujeres, en general, a pesar de estar poco informadas y sentirse poco autoeficaces para emplear preservativo, mantuvieron una actitud positiva y decididamente una mejor disposición para usar condón cada vez. En contraste, los varones, quienes mostraron tener mayor información y mayor grado de autoeficacia, presentaron una actitud negativa hacia el uso del condón y una alta tendencia a negarse a usar el preservativo.

Por otra parte, resulta interesante destacar también que en el grupo de adolescentes femeninas, la intención de usar condón cada vez que se tengan relaciones sexuales es tan fuerte que a pesar de la interacción del factor "sexo" y "experiencia sexual", este grupo mantuvo su decisión de usar tal medida preventiva. Es decir, se encontró que aunque el grupo de mujeres podía polarizarse en dos extremos: mujeres sin experiencia



sexual, que fueron las que tenían escasa información y mínima percepción de autoeficacia y mujeres con experiencia sexual, quienes se caracterizaron por tener las mejores calificaciones en información en comparación con toda la muestra en general, y una más sólida percepción de autoeficacia, aun por encima de la media masculina; las adolescentes mujeres, independientemente de su grado de información, autoeficacia y actitud, mostraron tener mayores intenciones de usar condón que el resto de la muestra.

Puede decirse entonces que, en este caso, los "guiones sociales" parecieron tener un fuerte impacto sobre la intención de usar condón en las adolescentes femeninas. La condición de ser mujer en nuestra cultura, conlleva la obligación de actuar conforme a una serie de prescripciones. En primer lugar, la sociedad le impone a la mujer la tarea de cuidar su conducta sexual para que esta sea lo esperado de acuerdo con las normas. De esta forma, en congruencia con dichos cánones sociales, el embarazo fuera del matrimonio le es fuertemente reprobado a la mujer, en vista de que socialmente se espera que una de las "virtudes" del sexo femenino sea un comportamiento sexual "decente", de represión sexual hasta la adquisición del status de "esposa". Además, el propio periodo de gestación se considera, aun dentro del matrimonio, una responsabilidad exclusiva de la mujer, con la asunción de todas las consecuencias físicas, laborales, sociales y emocionales que ello implica. Desde este punto de vista, no fue raro haber encontrado en la población estudiada, que los adolescentes de sexo femenino tuvieran una intención tan fuerte de usar condón. A diferencia del resto de la muestra, para los sujetos femeninos el empleo del preservativo tiene una gran significancia social; ya que esta medida preventiva le posibilita a la mujer adolescente, quien probablemente no tiene otros recursos a su alcance en esta etapa de su vida, tener una vida sexual activa sin la desventaja de ser estigmatizada por el resultado indeseable del embarazo. Ante ello, la mujer se ve en la necesidad de encontrar los medios para cumplir con las normas preestablecidas, aun careciendo de los recursos, que desde el punto de vista teórico serían indispensables para tener la intención de usar condón, como la información y la autoeficacia, en vista de que el costo social para ella sería muy alto si no lo hiciera de esta forma. Así, pareciera ser más relevante para los sujetos femeninos que para los masculinos, independientemente de su experiencia sexual, el usar condón; de tal manera que, como se observó en los resultados de la investigación, la condición de ser mujer si es un predictor poderoso de la intención de emplear preservativo.

Ahora bien, estos hallazgos son sumamente importantes en relación a las campañas de salud, porque ponen de manifiesto quienes son los sujetos más dispuestos a usar frecuentemente el condón entre la población y a quienes debe dirigirse la campaña.

Tomando en cuenta que las instancias gubernamentales, conscientes de que el SIDA es un severo problema de salud pública que puede ser prevenido y controlado a través del uso del condón, han dirigido todos sus esfuerzos a la creación de mensajes que resalten la necesidad de protegerse contra esta enfermedad, los resultados obtenidos en la presente investigación cuestionan la eficacia de tales medidas; ya que si como sugieren los resultados, son las mujeres los sujetos más dispuestos a usar condón debido a su preocupación de evitar el embarazo, entonces, el resto de los adolescentes no parecen tener una percepción de encontrarse en riesgo de contraer el SIDA; en vista de que no planean usar preservativo con la finalidad de prevenir esta enfermedad y mucho menos pretenden hacerlo consistentemente, a pesar de la insistencia de las campañas de salud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De hecho, pareciera ser que la tendencia de la población en general, apunta a un escaso uso del preservativo; por ejemplo, a nivel mundial se estima que las personas usan de 6.000 millones a 9.000 millones de condones por año; pero para lograr la completa protección contra las infecciones de transmisión sexual, se plantea que deberían usarse 24.000 millones de condones, por lo menos 15.000 millones más (Gardner, Blackburn y Upadhyay ,1999). Los hallazgos de otros estudios en adolescentes, como fue planteado en el marco teórico, también señalan que el uso del condón es insuficiente. En México, algunas encuestas (CONASIDA, 1994 y CONAPO 1988) llevadas a cabo durante la década de los ochentas y los noventas, encontraron que, los adolescentes activos sexualmente, usaban el condón en un porcentaje de 36.% y 44.4%, respectivamente. Y, aunque en la presente investigación se observó un porcentaje de uso del condón muy superior, del 78.2% (ver gráfica # 6 en el Capítulo de Resultados), resta la consideración de si este uso es consistente o frecuente; ya que de acuerdo con los resultados obtenidos, la intención de usar preservativo en cada relación sexual es menor que la intención de hacerlo la "próxima vez".

Además, aunque los datos sociodemográficos de la muestra de estudio señalaron que los adolescentes sexualmente activos han usado el condón, tanto para prevenir el embarazo como el SIDA, y la muestra en general, en su mayoría, declaró tener la intención de hacerlo, un análisis más detallado de la información reveló que en realidad, los adolescentes no pretenden utilizarlo consistentemente, con excepción del grupo de mujeres.

Dicho grupo de adolescentes femeninos, vale la pena reiterar, no se mostró preocupado por declarar que usará condón "la próxima vez", lo cual se nota en la nula asociación encontrada entre "la intención próxima vez" y "el sexo" a través del modelo lineal logístico; sino en planear el empleo del preservativo de manera habitual. De ahí que esta autora propone como estrategia básica para el diseño de campañas de salud, que el mensaje de éstas se dirija a este grupo en particular; trabajando en reforzar sus recursos de tal manera que sean capaces de no solo estar dispuestas a usar el condón, sino de negociar, convencer y en su caso exigir el empleo del preservativo a su pareja en cada relación sexual. Aunque actualmente las mujeres parecen tener como principal objetivo evitar la concepción, otra de las metas de la labor con ellas sería que generalizaran el hábito de protegerse a la prevención del SIDA; en vista de que por el momento en México la adquisición y uso del condón femenino no están suficientemente difundidos y la mujer que pretende usar condón para evitar el contagio del SIDA depende de la participación y cooperación de su compañero en este terreno.

Así mismo, otro de los hallazgos inesperados fue que la experiencia sexual condicionó la intención de usar preservativo en esta muestra de estudio. Sobre todo cuando se preguntó a los adolescentes sobre el uso del condón en cada relación; ya que en este caso, la experiencia marcó la diferencia, de tal manera que la intención de usar condón habitualmente pareció incrementarse cuando las personas crecían de experiencia sexual; en tanto que ésta tendió a decrementarse cuando los adolescentes si habían tenido relaciones sexuales, no obstante que estos jóvenes "con experiencia", demostraron poseer mayor información, más autoeficacia y una actitud más positiva que los adolescentes sin experiencia. Así, en oposición a lo que plantea la Teoría de la Conducta Planeada y a los datos empíricos encontrados por otros investigadores, el control percibido sobre la conducta y las habilidades reales del sujeto para llevar a cabo la conducta, no mostraron tener el impacto esperado sobre la intención de usar condón; de la misma manera que para este grupo de sujetos, tampoco tuvo mayor influencia la actitud favorable hacia el uso del condón.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

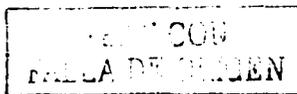
De ahí que, aunque se observa una sólida relación entre la autoeficacia, la posesión de habilidades y la experiencia con el objeto; a diferencia de los autores que plantean que un individuo llevará a cabo una conducta porque se siente autoeficaz, ha tenido la experiencia con la conducta deseada y por lo tanto posee los recursos para llevarla a cabo, en el presente estudio, los resultados obtenidos no apoyaron la tesis principal de la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1977, 1988, 1997), de la Conducta Planeada de Azjen (1985, 1986 y 1991) ni los hallazgos empíricos de Dziewaltowski (1989), Kok, de Vries, Mudde, y Strecher, (1991), de Vries, Kok, y Dijkstra (1990), quienes al estudiar conductas como el tabaquismo y el ejercicio, encontraron que la autoeficacia fue el predictor más potente de la intención y la conducta misma, aun por encima de las actitudes y la norma subjetiva.

Probablemente, tratándose del uso del condón, la autoeficacia y el conocimiento no guardan la misma relación con la intención debido a que el empleo de este objeto tiene que ver con la conducta sexual. Posiblemente, en este caso las emociones sean más fuertes que las variables cognitivas; ya que aunque la conducta sexual está mediada por la corteza cerebral y el aprendizaje, también está controlada por los instintos biológicos básicos. De ahí que se presupone que para los adolescentes sexualmente activos, pudiera tener mayor importancia disfrutar el momento; interfiriendo con el conocimiento (de que el emplear el condón es necesario para evitar el contagio de enfermedades) y con el control intelectual, las creencias de que emplear el condón "estorba u obstaculiza" la relación sexual. Es probable que para un sujeto sacar un condón, proponer su uso a la pareja, convencerla si ésta no lo desea, ponérselo, etc., constituya una secuencia tan larga de conductas que el empleo del condón sea visto como una "interrupción del acto sexual" o como "un riesgo de disminuir el placer" interrogantes que sería muy útil explorar para futuras investigaciones.

Además, llama la atención que la experiencia, a pesar de ser una variable que decrementa la intención de usar condón, como se dijo antes, para las mujeres activas sexualmente este factor no tenga la misma influencia que para los varones. Ellas están más dispuestas a usar condón. ¿Qué pasa entonces con el sexo masculino?. Si la creencia de que el preservativo "interrumpe" el acto sexual en realidad juega un papel importante, parecería entonces también que esta idea podría tener mayor peso para los hombres que para las mujeres.

Considerando los patrones sociales de comportamiento que señalan que el varón debe demostrar "hombria", la cual en el terreno sexual queda conceptualizada como su capacidad de "potencia"; desde este punto de vista, podría explicarse que el sexo masculino tenga menores intenciones de emplear preservativo, debido a que la supuesta interrupción del acto sexual conlleva la posibilidad de disminuir la erección en ese momento.

Por otra parte, para todos los sujetos en general, sería necesario considerar que la baja tendencia a emplear preservativo habitualmente, podría explicarse también a partir de la creencia de que "usar del condón merma la sensibilidad". No obstante que los fabricantes de condones insisten en que el material del que está hecho el preservativo no interfiere con el placer sexual. Es posible que para algunas personas, el preservativo sea vista como una "barrera" entre la pareja que impide el completo disfrute; encontrándose posiblemente diferencias entre los sexos, en cuanto a esta percepción de la "sensibilidad". Nuevamente, llama la atención que estas creencias, aunque irracionales, podrían ser lo suficientemente poderosas como para que un sujeto las antepusiera a su seguridad y salud. Como se mencionó antes, estas serían hipótesis a plantearse para futuros trabajos.



Por otro lado, cabe mencionar que aunque los datos encontrados señalaron que tanto el conocimiento como la autoeficacia no favorecieron la intención de emplear condón, es posible que bajo otras condiciones si adquirieran esta capacidad. En este sentido, no bastaría solo con medir el estado actual de tales variables, como la presente autora lo llevó a cabo, sino también sería necesario entrenar formalmente a los sujetos para garantizar que todos ellos posean tales recursos. Es decir, para investigaciones futuras sería interesante observar qué cambios sufre la intención de usar condón cuando la autoeficacia y el conocimiento tiene un papel interventivo; de tal manera que los adolescentes reciban un entrenamiento teórico y práctico; en espacios donde el adolescente tenga la oportunidad de plantear sus dudas, de tener contacto con el condón antes de emplearlo en un contexto sexual, vivenciando qué pasa si lo manipula correcta o incorrectamente, si por ejemplo lo estira o si le agrega un lubricante inadecuado, etc. Lo anterior se propone de esta forma para tener mayor control sobre las variables autoeficacia y conocimiento y con respecto a la manera en que estas han sido incorporadas a la estructura cognitiva de los sujetos; dado que hasta el momento los adolescentes parecen haber adquirido sus conocimientos acerca del uso del condón ya sea a través de los medios masivos de comunicación, a través de la educación escolar teórica o bien, de manera informal.

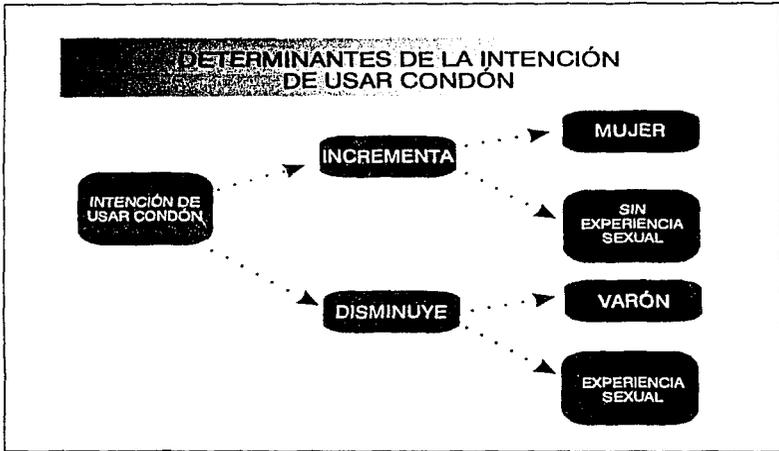
Además, siendo el empleo del condón una conducta bastante compleja, no solo sería importante entrenar a los adolescentes para que supieran cómo manipular y ponerse el condón correctamente, sino también para que supieran afrontar la situación de negociación y cooperación con la pareja y, en el caso de existir temores o creencias irracionales al respecto, trabajar con ellos para darles una connotación más realista a tales ideas.

Finalmente, es importante hacer énfasis entonces en que "la falta de experiencia sexual" y "el sexo femenino" en la población estudiada, se destacaron como dos variables claramente implicadas en la intención de usar condón.

Con base en estos resultados, el esquema teórico que podría explicar la intención de usar condón para este grupo de adolescentes mexicanos, quedaría conformado de tal forma que en él, tendrían preponderancia las variables sociodemográficas, como principales predictores de la intención. Así se señala en la figura #4:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIGURA No.4



No obstante, es discutible la solidez de la "falta de experiencia sexual" como determinante de la intención; ya que se infiere que esta situación puede cambiar en el momento que un adolescente inexperto entre a la vida sexual activa. Entonces, es probable que abandone su intención de usar preservativo en cada relación sexual. No así la característica de ser mujer, la cual es biológica y socialmente permanente en el tiempo.

Con respecto a la falta de experiencia sexual, puede añadirse que un adolescente que nunca ha tenido una relación íntima, no conoce en realidad el contexto en el que tiene lugar el uso del preservativo y no tiene por lo tanto, la práctica suficiente para llevarlo a cabo; de tal manera que no cuenta con ningún parámetro, más que el educativo-social, para planear la dirección de su conducta en este aspecto. En estas condiciones, es muy probable que la manifiesta intención de usar condón por parte de estos adolescentes sea solamente una forma de condescender, teóricamente, con la educación y los mensajes publicitarios que han definido el uso del condón como parte de la "conducta sexual saludable" y "responsable" y no, el antecedente real de la conducta, como lo plantea Fishbein (1967) y la propia Teoría de la Conducta Planeada

CON  
FALLA DE ORIGEN

de Azjen (1985,1991 y 1986). Así, aunque la falta de experiencia sexual pareció favorecer la intención de usar preservativo, desde el punto de vista de la presente autora, ésta constituye una situación transitoria y de carácter dudoso como determinante fehaciente de la intención. Dado que para que el condón cumpla su función de medida preventiva, es imprescindible su uso efectivo y no, como en este caso, la "pseudointención" de hacerlo. De ahí que se concluye que la variable "sexo femenino" es el factor que en realidad demostró tener mayor influencia en la intención de usar condón, consistentemente, en la presente muestra de adolescentes mexicanos.

### **SUGERENCIAS:**

Para futuras investigaciones se propone trabajar tanto sobre las variables que se observó que favorecieron la intención de usar el condón, como sobre aquéllas que demostraron que predisponen a los sujetos a actuar de manera contraria. De tal manera que se exploren, por ejemplo, los motivos que llevan a los adolescentes del sexo femenino a tener mayor intención de usar condón. Sería necesario así mismo, esclarecer porqué la experiencia sexual desalienta a los sujetos a usar condón.

En vista de que la muestra de presente estudio fue de adolescentes, los resultados no pueden generalizarse a la población en general, por lo que sería interesante disponer de otros datos en sujetos de mayor edad.

Por otro lado, se considera pertinente darle mayor peso a las variables sociodemográficas como determinantes de la intención, incluyendo por ejemplo, el análisis de otras posibles características de la población, como el nivel socioeconómico. Finalmente, se propone trabajar en la aplicación de estos hallazgos al diseño no solo de campañas de salud, sino a la conformación de talleres en espacios educativos que permitan una orientación más cercana para el adolescente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

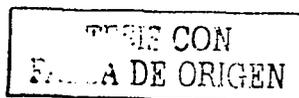
- 1.- Alatorre Rico, J. (1999). Criterios para la Elaboración de Documentos Psicológicos. (Traducción Selectiva del "Publication Manual of the American Psychological Association"). México: Facultad de Psicología, UNAM.
- 2.- Álvarez Gayou, J.L. y Mazin R. , R. (1987). Elementos de Sexología. México: Interamericana.
- 3.- Anderson, C.A. (1983). Imagination and expectation: The effect of imagining behavioral scripts on personal intentions. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 293-305.
- 4.- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhn y J. Beckman (Eds), Action-control: From cognition to behaviour. 11-39. Heidelberg: Springer
- 5.- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Process 50, 179-211.
- 6.- Ajzen, I., y Madden, T.J. (1986). Prediction of goal directed behavior: attitudes, intentions, and perceived control. Journal of Experimental Social Psychology, 22, 453-474.
- 7.- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84 (2), 191-215.
- 8.- Bandura, A. (1988). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection Paper presented at the National Institutes of Mental Health and Drug Abuse Research Conference on Women and AIDS: Promoting Health Behaviors, Bethesda, p.2.
- 9.- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. En Diclemente, R.J. (Ed.). Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy. 89-116. Newbury Park, Ca: Sage publishing Company.
- 10.- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En Diclemente, R.J. y Peterson, J. (Eds.). Preventing AIDS: Theories and methods of behavioural interventions. 25-59. Nueva York: Plenum.
- 11.- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. Nueva York: W.H. Freeman and Company.
- 12.- Barrera, V.P., Valdés, C.R., Servín, T. J.L., Ortiz Alamilla y Provenzal, H., Zamudio, M.J, y Espinoza, O.R. (1990) Prevención del SIDA: Creencias y actitudes en el estado de Chihuahua. La Psicología Social en México, III, 299-309.
- 13.- Blittner, M. ,Golberg, J. y Merbaum, M. (1978). Cognitive self-control factors in the reduction of smoking behavior. Behavior Therapy, 9, 553-561.

TEPIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 14.- Brafford, L.J. y Beck, K.H. (1991). Developmente and validation of a condom self-efficacy scale for college students. College Health, 39, 219-225.
- 15.- Breakwell G.M. (1986). Coping with threatened identities. London. Methuen.
- 16.- Breakwell G.M. (1997). Adolescents and emerging sexuality. En Sherr, L.(Ed). AIDS and adolescents. Amsterdam: Harwood academic publishers, 133-143.
- 17.- Breakwell G.M., Millward, L.J. y Fife-Schaw, C.R. (1994). Commitment to "safer" sex as a predictor of condom use among 16-20 years olds. Journal of Applied Social Psychology, 24, 189-217.
- 18.- Brewin, C.R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. Annual Review Psychology, 33-57.
- 19.- Centros de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención (CDC) , Atlanta, GA, Estados Unidos (1997, abril). Preguntas y respuestas sobre el condón masculino de látex. (Documento de Actualización).
- 20.- Chan, D.K.S. y Fishbein, M. (1993). Determinants of college women's intentions to tell their partners to use condoms. Journal of Applied Social Psychology, 23, 1455-1470.
- 21.- Cochran, W. (1987). Técnicas de Muestreo. México: Cecsa
- 22.- SSA. CONASIDA. (1994). Comportamiento sexual en la ciudad de México. (Encuesta 1992-1993).
- 23.- CONAPO. Encuesta Nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior. 1988.
- 24.- CONASIDA. (1989). Efecto barrera al VIH. Preservativos de látex y SIDA .
- 25.- CONASIDA y SSA. (2000). El SIDA en México en el año 2000. (Documento informativo)
- 26.- Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2001). Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, 1983-2001. (Documento informativo)
- 27.- Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (Semana epidemiológica #13. Segundo trimestre del 2002). Panorama epidemiológico del VIH/SIDA en México. (Documento informativo)
- 28.- David, P.H. (1988). Conducta sexual y anticonceptiva en adolescentes; Aspectos psicosociales y servicios de orientación. Revista de Psicología Social y Personalidad , 4. 1-11.
- 29.- De Vries, H., Kok, G. y Dijkstra, M. (1990). Self-efficacy as a determinant of the onset of smoking and interventions to prevent smoking in adolescents. En Takens, R.J., et al. European perspectives in psychology. vol 2, pp 209-224. Londres: Wiley.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 30.- De Vries, H., Dijkstra, M. y Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy : the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. Health Education Research. 3 (3), p.273-282.
- 31.- Díaz Loving, R. y Alfaro Martínez, L. (1995). Factores psicosociales relacionados con el contagio de VIH en estudiantes de preparatoria. Revista Interamericana de Psicología. 29 (2), 215-226.
- 32.- Díaz Loving, R. y Villagrán Vázquez, G. (1992). Patrones de conducta sexual: Auto percepción de riesgo y uso de condón en estudiantes. Revista de Psicología Social y Personalidad 3, 1-32.
- 33.- Diclemente, R.J. (1997). Looking forward: future directions for prevention of HIV among adolescents. En Sherr, L.(Ed). AIDS and adolescents. 189-199. Amsterdam: Harwood academic publishers.
- 34.- Diclemente, R.J. (1992). Psychosocial determinants of condom use among adolescents. En Diclemente, R.J. (Ed.). Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy. 34-51. Newbury Park, Ca: Sage publications.
- 35.- Diclemente, R.J., Cherie, B., Boyer, y Morales, E.S. (1988). Minorities and AIDS: Knowledge, attitudes, and misconceptions among black and latino adolescents. American Journal of Public Health. 78 (1), 55-57.
- 36.- Diclemente, R.J., Lanier, M.M., Horan, P.F. y Lodico, M. (1991). Comparisons of AIDS knowledge, attitudes and behaviors among incarcerated adolescents and a public school sample in San Francisco. American Journal of Public Health. 81(5), 628-630.
- 37.- Dorman, S.M. y Rienzo, B.A. (1988). College students' knowledge of AIDS. Health Values. 12(4) . 33-38.
- 38.- Dulany, D.E. (1961). Hypotheses and habits in verbal "operant conditioning". Journal Abnormal Social Psychology. 63, 251-263.
- 39.- Dziewaltowski, D.A. (1989). Towards a model of exercise motivation. Journal of Sport and Exercise Psychology. 11, 251-269.
- 40.- Eagly, A.H. y Chaiken, S. (1993). The psychology of attitudes. Nueva York: Harcourt Barce Jovanovich College Publishers.
- 41.- Edgar, T., Freimuth, V. y Hammond, S.L. (1988). Communicating the AIDS risk to college students: The problem of motivating change. Health Education Research. 3 (1), 59-65
- 42.- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. American Psychologist. 49 (8), 709-724.
- 43.- Ewart, C.K., Taylor, C.V. Reese, I.B. y Debusk, R.F. (1984). Effects of early post myocardial exercises testing on self-perception and subsequent physical activity. American Journal Cardiology, 41, 1076-1080.



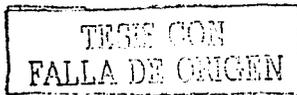
- 44.- Fishbein M. (1967). Readings in attitudes Theory and measurement. New York: John Wiley, p.p. 477-492.
- 45.- Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. Revista de Psicología Social y Personalidad. 6 (1y2), 1-16.
- 46.- Fishbein, M. y Ajzen I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Massachusetts: Reading Mass: Addison-Wesley
- 47.-Filgueiros A.(1995) Primero los Jóvenes. Acción en SIDA: Boletín Internacional Sobre Prevención y Atención del SIDA. "Colectivo Sol". ( 25).
- 48.- Gardner, R. , Blackburn, R.D. y Upadhyay, U. D. (1999, abril ). La brecha entre el uso y la necesidad: Una crisis sanitaria. Population Reports, 27 (serie H, 9), 3-5
- 49.- Gilchrist, L.D. y Schinke, S.P.(1983). Coping with contraception: Cognitive and behavioral methods and adolescents. Cognitive Therapy Research. 7 (5), 379-388.
- 50.- Gray, L.A. y Saracino, M. (1989). AIDS on campus: A preliminary study of college students' knowledge and behaviors. Journal of Counseling & Development. 68, 199-202.
- 51.-Gottlieb, N.H., Varalis, T.D., Palmer, D. R. y Conlon, R.T. (1988). AIDS-related attitudes, behaviors and intentions among Texas college students. Health Education Research. 3(1), 67-73.
- 52.- Helweg-Larsen, M. y Collins, B.E. (1994). The UCLA multidimensional condom attitudes scale: Documenting the complex determinants of condom use in college students. Health Psychology. 13 (3), 224-237.
- 53.-Hernández Sampieri, R., Fernández Colado, C. y Bautista Lucio, P. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.
- 54.-Hingson , R., Strunin, L. y Berlin.(1990). Acquired immunodeficiency syndrome transmission: Changes in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts statewide surveys, 1986 to 1988. Pediatrics. 85 (1), 24-29
- 55.- Jeffrey,R.W., Fjornsoon-Benson, W.M., Rosenthal, B.S. Lindquist, R.A., Kurth, C.L. y Johnson, S.L. (1984). Prev. Med . 13, 155-168.
- 56.- Jersild, A.T.(1972). Psicología de la Adolescencia. España: Ediciones Aguilar.
- 57.- Kashima, Y. (1993). The theory of reasoned action and cooperative behavior: It takes two to use a condom. British Journal of Social Psychology. 32, 227-239.
- 58.- Kegeles, S., Adler, N.E. y Irwing, C.E. (1988). Sexually active adolescents and condoms: Changes over one year in knowledge, attitudes and use. American Journal of Public Health. 78, 460-461.

TRABAJA CON  
PALA DE ORIGEN

- 59.- Kerlinger , F.N.(1990). Investigación del comportamiento. (2ª Ed.). México: Mc Graw-Hill/ Interamericana. p.p.299-326.
- 60.- Kok, G., De Vries, H., Mudde, A.N. y Strecher, V.J.(1991).Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. Health Education Research,6,231-238.
- 61.- Krahé, B. y Reiss C. (1995). Predicting intentions of AIDS-predicting behavior among adolescents. Journal of Applied Social Psychology. 25, (23). 2118-2140.
- 62.- Kuhn, J. y Beckman, J. Action-control: From cognition to behaviour . Heidelberg: Springer
- 63.-Levinson, R.A. (1986). Contraceptive Self Efficacy. A perspective on teenage girls' contraceptive behavior. Journal Sex Research 22,(3). 347-369.
- 64.- Liska, A.E.(1984). A critical examination of the causal structure of the Fishbein/Ajzen attitude-behavior model. Social Psychology Quarterly. 47(1),61-74.
- 65.- Madden, T S., Ellen, P.S. y Ajzen. I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. Personality and Social Psychology Bulletin. 18, 3-9.
- 66.- Maddux, J. E., y Rogers, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. Journal of Experimental Social Psychology. 19, 469-479.
- 67.- MAP, UNAIDS-WHO, PAHO. (November, 2000). HIV and AIDS in the Americas: an epidemic with many faces. (provisional report)
- 68.- Mc. Demt , R., Hawkins M., Moore J. y Cittadino S. (1987). AIDS: Awareness and information sources among selected university students. Journal American College Health. 35. 222-226.
- 69.-Méndez Ruiz, I., Guerrero, D., Moreno Altamirano y Sosa Martínez de C. (1994). El Protocolo de Investigación: Lineamientos para su Elaboración y Análisis. México: Trillas.
- 70.- Moore, S.M. y Rosenthal, D.A. (1991). Adolescent invulnerability and perceptions of AIDS risk. Journal of Adolescent Research. 6,164-180.
- 71.-Morrison, D.M., Baker, S.A. y Gillmore, M.R. (1994). Sexual risk behavior, knowledge, and condom use among adolescents in juvenil detention. Journal of Youth and Adolescence. 23 (2), 271-288.
- 72.- Muthen B. Y Kaplan D. (1992). A comparison of some methodological for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology. 45. 19-30.
- 73.- Nguyet, T., Minh Nguyet, N.T., Maheux, B., Bélland, F. y Pica, L.A. (1994). Sexual behaviors and condom use: A student of suburban male adolescents. Adolescence 29,(113). 37-48.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 74.- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA1-1993 ( jueves 8 de septiembre de 1994). Especificaciones sanitarias de los condones de hule látex. Diario Oficial de la Federación
- 75.- Nunally, J.C. (1987). Teoría Psicométrica. México: Trillas
- 76.- Paulussen, T., Kok, G.J., Knibbe, R. y Kramer, T. (1989). Aids en intravenous druggebruik (Aids and IV-drug use). Tijdschrift voor Sociale Gezondeheidszorg. Dutch Journal of Social Health Care. 68, 129-136.
- 77.- Pleck, J.H., Sonenstein, F.L. y Leighton, C.K. (1991). Adolescent males's condom use: Relationships between perceived cost-benefits and consistency. Journal of Marriage and the Family, 53, 733-745.
- 78.- Population Reports. (serie H, no 8, septiembre, 1990. Traducción español, 1992, febrero). Condones-Ahora más que nunca. Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University, Estados Unidos.
- 79.- ONUSIDA. (Diciembre del 2000). La epidemia del SIDA: situación en diciembre del 2000. (Documento informativo)
- 80.- OPS. (Junio 1999). Vigilancia del SIDA en las Américas. (Informe bianual),.
- 81.- Potthast M.J. (1993). Confirmatory factor analysis of ordered categorical variables with large models. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 46, 273-286.
- 82.- Program for Appropriate Technology in Health (PATH, Organización Internacional). (1995). Los condones protegen de las ETS y del VIH: Es fundamental un uso correcto y consistente. Out Look (Edición en español del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva) 12 (4), 1-8.
- 83.- Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial para la Salud (OMS). La epidemia del SIDA: situación en diciembre de 2000.
- 84.- Rascoe, B. y Kruger, T. L. (1990). AIDS: Adolescent's knowledge and its influence on sexual behavior. Adolescence, 25, 39-48.
- 85.- Rist, F. y Watzil, H. (1983). Self-assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. Addict Behavior, 8, 121-127.
- 86.- Richard, R. y Van der Plicht, J. (1991). Factors affecting condom use among adolescents. Journal of Community & Applied Social Psychology, 1, 105-116
- 87.- Salazar, J.M., Montero, M., Muñoz, C.C., Sánchez, E., Santoro, E. y Villegas, J.F. (1998). Psicología Social. México: Trillas. p.p.155-162
- 88.- Schifter, D.B. y Azjen, I. (1985). Intention, perceived control and weight loss: An application of the theory of planned behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 49, 843-851.



89.- SIDA, ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual. Situación Epidemiológica del SIDA y las ETS. Datos Actualizados Hasta el segundo Trimestre de 1997. SSA; CONASIDA.

90.- Stevens, J. (1996). Applied multivariate statistics for the social sciences. (3a ed) Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. pp. 362-427.

91.- Strunnin, L. y Hingson, R. (1987). Acquired immunodeficiency syndrome and adolescents knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors. Pediatrics. 79 (5), 825-828.

92.- Torales, G. (1997, diciembre). El condón: Esperanza de vida contra el SIDA. Revista del Consumidor, p.20-22.

93.- Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Díaz Loving, R. y Camacho Valladares, M. (1990). Prácticas Sexuales, Conductas Preventivas y Percepción de Riesgo de Contraer SIDA en Estudiantes La Psicología Social en México. III, 305-309.

94.- Villagrán Vázquez, G. y Díaz Loving, R. (1992). Conocimientos Sobre el SIDA y Prácticas Sexuales y Actitudes y Creencias hacia el Uso del Condón en Estudiantes Universitarios. Revista Mexicana de Psicología 29, (1), 35-40.

95.- Walter, H.J., Vaughan, R.D., Madeline, M.G., Fish Ragin, D., Kasen, S. y Cohall, A. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in a AIDS epicenter. American Journal of Public Health 82 (4), 528-532.

96.- Warshaw, P.R. y Davis, F.D. (1985). Disentangling behavioral intention and behavioral expectation. Journal of Experimental Social Psychology. 21, 213-228.

97.- Wickens, T.D. (1989). Multiway contingency tables analysis for the social sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

98.- White, D.G., Phillips, K.C. Clifford, B.R. Davies, M. M. Elliot, J.R. y Pitts, M. K. (1989). AIDS and intimate relationship: Adolescent's knowledge and beliefs. Current Psychology: Research and Reviews. 8, 130-145.

TRABAJOS CON  
FALLA DE ORIGEN

**APÉNDICE #1**

**MUESTREO ESTRATIFICADO CON AFIJACIÓN PROPORCIONAL**

Como fue señalado en la sección de "muestra", se tomó una muestra estratificada con afijación proporcional, la cual se realiza cuando la población de estudio se encuentra dividida en subgrupos, con respecto a alguna variable, en este caso el grado escolar: 4º, 5º y 6º año. Dentro de cada grado escolar, se eligió una muestra cuyo porcentaje iba de acuerdo con el tamaño del estrato correspondiente.

En la población de estudio, los pasos a seguir fueron los siguientes:

- a) Primero se estableció el marco poblacional (número de grupos).
- b) A continuación se determinó cuántos grupos de cada grado conformarían cada estrato.
- c) Una vez hecho esto, se seleccionaron al azar los grupos con los que se trabajó en cada grado escolar, empleando una tabla de números aleatorios.

De esta manera, para determinar el tamaño de la muestra, es decir, para saber con qué cantidad de grupos se trabajaría, se siguió el siguiente procedimiento, de acuerdo con la conformación de los estratos correspondientes:

<b>ESTRATOS</b>	<b>PREPA #5</b>
GRADOS ESCOLARES	$Nh_i$
4º AÑO	16
5º AÑO	11
6º AÑO	14
$N$	41
	<b>GRUPOS</b>

Donde:

$N$  = Número total de grupos

$Nh_i$  = Tamaño de cada estrato poblacional en la Preparatoria #5 (número de grupos)

Considerando que al tomar una muestra piloto se había observado que en la Preparatoria #5 solo el 30% de los adolescentes usaba condón, la probabilidad de éxito de encontrar sujetos que usaran el condón fue establecida de la siguiente forma:

$P$  = probabilidad de éxito = .3

$Q$  = probabilidad de fracaso = .7

**TEJIS CON  
MESA DE ORIGEN**

Para calcular el tamaño de la muestra total, tomando un nivel de confianza del 90%, se emplearon, de acuerdo con Cochran (1987), las siguientes fórmulas:

$$a) sy^2 = NP(1-P)$$

$$b) \sigma = \sqrt{sy^2}$$

$$c) \bar{x} = (N) (P)$$

$$d) CV_o = \frac{\sigma}{\bar{x}}$$

$$e) n_1 = \frac{1-P}{P(CV_o)^2}$$

$$f) n = \frac{n_1}{1 + \frac{n_1}{N}}$$

Donde:

$Sy^2$  = varianza

$N$  = Número total de grupos en la Prepa 5 = 41

$P$  = probabilidad de éxito = .30

$CV_o$  = Coeficiente de Variación

$\sigma$  = desviación estándar estimada

$\bar{x}$  = media

$n$  = tamaño de la muestra total (sumando todos los estratos)

Cabe señalar que esta fórmula se usa cuando "n" no se asemeja a la distribución normal, dado que la probabilidad de éxito de encontrar el uso del condón en esta población era del .3. Por lo tanto, "P" no cumplía con el requisito de encontrarse entre los valores .4 y .6, no es similar a la distribución normal y consecuentemente, es necesario emplear un coeficiente de variación "C. V<sub>o</sub>", para saber qué tanta variabilidad de los datos se espera con respecto a la media. De esta manera, el cálculo de la muestra total en la Preparatoria # 5 fue el siguiente:

$$a) Sy^2 = 41 (.3) (.7) = 8.61$$

$$b) \sigma = \sqrt{8.61} = 2.93$$

$$c) \bar{x} = (41) (.3) = 12.4$$

$$d) C. V_o = \frac{2.93}{12.4}$$

$$e) n_1 = \frac{1-30}{(.30)(.24)} = \frac{.7}{.0728} = 961$$

$$f) n = \frac{41}{1 + \frac{41}{41}} = 21$$

NÚMERO TOTAL DE GRUPOS = 21

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ahora bien, para determinar el tamaño del estrato muestral o bien, el número de grupos requeridos en cada uno de los grados escolares, se usó la siguiente fórmula:

$$nh = \frac{Nh(n)}{N}$$

Donde:

- $nh$ = tamaño del estrato muestral
- $Nh$ = tamaño del estrato poblacional
- $N$ = tamaño de la población total
- $n$ =tamaño de la muestra total

De ahí que, retomando los datos de la Tabla #1, el tamaño de cada estrato muestral en la población de estudio fue la siguiente:

ESTRATOS GRADOS ESCOLARES	PREPA #5	PREPA #5
	$Nh$	$nh$
4°	16	8
5°	11	6
6°	14	7
TOTAL	41	21

Un ejemplo de como se calculó el número de grupos correspondiente a cada uno de los estratos, empleando el 4° año de la Preparatoria #5, sería:

$$nh = \frac{Nh(n)}{N}$$

$$nh = \frac{16}{41} = (.39)(21) = 8$$

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

**APÉNDICE #2**

**FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

A continuación se te plantean una serie de preguntas que tienen como único objetivo contar con elementos para el análisis estadístico de los datos. Responde por favor lo más sinceramente posible. Recuerda que la información que proporcionas es anónima:  
**MARCA TUS RESPUESTAS CON UNA CRUZ:**

- 1.-Sexo:            FEMENINO    MASCULINO
- 2.-Edad:            14-15AÑOS            16-18AÑOS    18-20 AÑOS            MÁS    DE    20  
AÑOS
- 3.-Grado:            4°                    5°                    6°
- 4.-¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales? SI NO
- 5.-¿En los últimos seis meses has tenido relaciones sexuales? SI    NO
- 6.-¿Has usado alguna vez condón?    SI    NO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

APÉNDICE # 3

PRIMER CUESTIONARIO GENERAL SOBRE CONOCIMIENTOS DEL USO DEL CONDÓN FEMENINO Y MASCULINO

El siguiente cuestionario de opción múltiple tiene por objetivo la exploración de conocimientos sobre métodos de anticonceptivos. Elige la opción que consideres más adecuada. Solo existe una respuesta correcta.

Por favor contesta con la mayor sinceridad posible. Recuerda que tu participación es anónima.

1 -¿Para que se usa el condón?

- a) Para que los homosexuales eviten contagiarse de enfermedades
- b) Para el control de la natalidad y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el SIDA
- c) Para tener sexo seguro entre lesbianas
- d) Para prevenir la pérdida de la virginidad

2 - Lo más recomendable, es abrir la funda del condón:

- a) Con unas tijeras para no contaminarlo
- b) Con los dientes
- c) Con la yema de los dedos
- d) Con las uñas para hacerlo con mayor precisión

3 -Para asegurarse de que el condón no esté dañado:

- a) Antes de abrir su funda (o empaque individual), habrá que observar que la funda no se vea inflada.
- b) Antes de abrir su funda (o empaque individual), habrá que observar que al oprimir la funda, se forme una bolsa de aire
- c) Antes de colocarlo, habrá que desenrollarlo.
- d) Antes de colocarlo, habrá que inflarlo.

4.-El condón :

- a) Se ingiere
- b) Se coloca en el pene cuando está flácido
- c) se coloca permanentemente dentro de la matriz
- d) Se coloca en el pene cuando está erecto

5 - Antes de la penetración con condón:

- a) El condón debe estar totalmente seco
- b) El condón debe estar lubricado
- c) La aplicación de algún lubricante es opcional
- d) El condón debe parecer quebradizo

6 -¿Qué tipo de lubricante deberá usarse para el empleo efectivo del condón masculino?

- a) Cualquiera
- b) Ninguno
- c) Un lubricante hecho con agua
- d) Un lubricante hecho con aceite

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7.-Cuando se aplica lubricante:

- a) Este se pone únicamente adentro del condón
- b) Este se pone afuera del condón antes de colocarlo
- c) Este se pone afuera del condón después de colocarlo
- d) Este puede dañar el condón.

8.-Al ponerse el condón en el pene, para evitar que este se rompa:

- a) Se vigila que no queden bolsas de aire, sobre todo en el depósito destinado a contener el semen;
- b) El condón se coloca de tal manera que el borde enrollado quede hacia adentro.
- c) Se vigila que no queden bolsas de aire, excepto en el depósito destinado a contener el semen
- d) Se ajusta perfectamente la punta del condón al pene

9.-Una vez que se pone el condón en la cabeza del pene:

- a) Se suelta la punta y se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene.
- b) Sin soltar la punta, se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene.
- c) Se suelta el anillo del condón y se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene.
- d) Se presiona el pene y se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene.

10.-¿Cómo se sabe que el condón puede desenrollarse adecuadamente sobre el pene?

- a) Se desenrolla todo
- b) Se sopla dentro del condón
- c) Se leen las instrucciones
- d) Se desenrolla un poquito con los dedos, observando que el borde enrollado quede hacia afuera.

11.-Cuando el pene no está circuncidado:

- a) Se coloca el condón de la misma manera que cuando el pene lo está .
- b) Se permite que queden algunas bolsas de aire en el condón.
- c) Se retrae el prepucio y se coloca el condón.
- d) Se agrega lubricante.

12.-Después de eyacular, el condón se retira del pene:

- a) Cuando el pene pierde la erección.
- b) Después de unas cuantas horas
- c) Cuando el pene todavía está erecto.
- d) Después de la segunda penetración.

13.-Después de eyacular.

- a) Se empuja el condón hacia la cabeza del pene y este se retira de la vagina ( o en su caso, de la boca o del ano).
- b) Se retira el pene de la vagina (ano o boca), sujetando la punta del condón y se jala hacia adelante
- c) Se sujeta el condón por su base y se retira el pene de la vagina (ano o boca).
- d) Se debe esperar a que la erección disminuya.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

14.-Los condones deben usarse:

- a) Antes de la fecha de caducidad que aparece en la caja o empaque individual.
- b) Aún si han transcurrido más de cinco años de la fecha de su fabricación.
- c) En cualquier momento, ya que no cuentan con fecha de caducidad.
- d) Aún después de un año de su fecha de caducidad.

15.-Un condón deberá

- a) Tenerse a la mano, como por ejemplo, en la bolsa trasera del pantalón o en la guantera del coche
- b) Guardarse en lugares secos, frescos y oscuros
- c) Guardarse en lugares frescos y húmedos
- d) Guardarse en cualquier lugar

16.-¿Qué tipo de condones son más efectivos ?

- a) Los de poliuretano
- b) Los hechos de membrana natural
- c) Los de látex
- d) Cualquier tipo tiene la misma efectividad

17.-Dado que existe la posibilidad de que el condón se rompa, es más seguro:

- a) Usar dos condones al mismo tiempo
- b) Ponerse solo un condón
- c) Usar un condón de tipo fino o ultrasensible
- d) Ponerse tres condones

18.-¿Cuántas veces puede usarse un mismo condón?

- a) Dos veces , si está en buen estado
- b) Una , un condón nuevo para cada penetración.
- c) Las veces que dure en buen estado.
- d) No existe un límite preestablecido

19.-El condón se compra.

- a) En una tienda se abarrotes
- b) En la farmacia
- c) En una dulcería
- d) En una clínica

20.-¿Existe el condón femenino?

- a) No
- b) Sí
- c) No sé
- d) Es probable que lo inventen en el futuro

**En caso de que tu respuesta haya sido afirmativa, contesta las siguientes preguntas:**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

21.-¿Lo has tenido en tus manos?

- a) Sí
- b) No
- c) Lo he visto solo en revistas o en reportajes de T.V.
- d) Nunca lo he tenido en mis manos ni lo he visto en revistas ni en la T.V.

22.-¿Cuál es su forma?

- a) no sé
- b) Es una funda
- c) Es igual a un D.I.U. (dispositivo intrauterino)
- d) Es como un "tampax"

23.-¿De que material está hecho?

- a) De plástico
- b) De membrana natural
- c) De poliuretano
- d) De tela

24.-¿Cómo se pone?

- a) No sé
- b) Como un tampax
- c) Es necesario que el ginecólogo te lo coloque
- d) Como una toalla femenina

25.-¿Es necesario lubricar el condón femenino?

- a) No
- b) Sí
- c) Es opcional
- d) No sé

26.-¿Qué tipo de lubricante se usa?

- a) Ninguno
- b) Cualquiera
- c) Uno que contenga aceite
- d) Un lubricante acuoso

27.-¿En qué parte se lubrica el condón femenino?

- a) Por fuera antes de colocarlo
- b) Por dentro, una vez que se ha colocado.
- c) No se usa lubricante
- d) De la forma en que la mujer se sienta más cómoda

28.-¿Cómo se lubrica?

- a) Con una bombilla especial
- b) Con spray
- c) Con el dedo
- d) No se lubrica

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

29.-¿Qué crees que sea más fácil de usar?

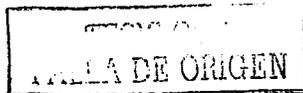
- a) El condón femenino
- b) El condón masculino
- c) Otro método
- d) Nada

30.-¿Qué preferirlas usar ?

- a) Condón femenino
- b) Condón masculino
- c) Ambos
- d) Ninguno

31.-¿Donde se compra el condón femenino?

- a) En la tienda de aborrotos
- b) En la farmacia
- c) En una institución o lugar especial
- d) No sé.



**APÉNDICE #4**

**TABLA A**  
**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE USO DE CONDÓN MASCULINO**  
 Frecuencia y porcentaje de aciertos por reactivo y dificultad del cuestionario  
 (n=27)

Número de Reactivo	Número de sujetos que acertaron	Número de sujetos que contestaron erróneamente	Porcentaje de Dificultad	Probabilidad de Responder acertadamente
1	27	0	0%	100%
2	22	5	19%	81%
3	11	16	60%	40%
4	27	0	0%	100%
5	16	11	41%	59%
6	11	16	60%	40%
7	17	10	38%	62%
8	13	14	52%	48%
9	20	7	26%	74%
10	19	8	30%	70%
11	7	21	75%	25%
12	15	12	45%	55%
13	14	13	49%	51%
14	25	2	8%	92%
15	17	10	38%	62%
16	20	7	26%	74%
17	15	12	45%	55%
18	25	2	8%	92%
19	25	2	8%	92%
<b>TOTAL</b>			37% de dificultad de todo el cuestionario	63% de probabilidad de contestar acertadamente

NOTA: Los reactivos sombreados se eliminaron del cuestionario

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA B**  
**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE USO DE CONDÓN FEMENINO**  
 Frecuencia y porcentaje de aciertos por reactivo y dificultad del cuestionario  
 (n=27)

Número de Reactivo	Número de sujetos que acertaron	Número de sujetos que respondieron erróneamente	Porcentaje de Dificultad	Probabilidad de Responder Acertadamente
20	24	3	12%	88%
21	3	24	89%	11%
22	13	14	52%	48%
23	7	20	75%	25%
24	9	18	67%	33%
25	1	23	86%	14%
26	6	21	78%	22%
27	2	25	93%	7%
28	2	25	93%	7%
29	?	?	DE OPINION MÁS QUE CONOCIMIENTO	CONSIDERADO EN LA ENCUESTA GENERAL
30	?	?	DE OPINION MÁS QUE CONOCIMIENTO	CONSIDERADO EN LA ENCUESTA GENERAL
31	5	22	82%	18%
Total			79% total de dificultad de todo el cuestionario	

NOTA: Los reactivos sombreados se eliminaron del cuestionario  
 Además, el reactivo 29 y 30 podían ser descriptivos de las preferencias de un sujeto, por tal motivo no formaron parte del formato final del cuestionario.

TÉCNICA DE  
 TABLA DE ORIGEN

**APÉNDICE # 5**

**TABLA C**  
**CUESTIONARIO GENERAL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DEL CONDÓN**  
**FORMATO DEFINITIVO**

Frecuencia y porcentaje de aciertos por reactivo y dificultad del cuestionario

Número de reactivo en el Cuestionario Original	Número de Sujetos que acertaron	Número de Sujetos que Contestaron Erróneamente	Porcentaje de dificultad	Probabilidad de Responder Acertadamente	Número de Reactivo en el Cuestionario Final
2	22	5	19%	81%	1
3	11	16	60%	40%	3
5	16	11	41%	59%	4
6	11	16	60%	40%	6
7	17	10	38%	62%	7
8	13	14	52%	48%	9
9	20	7	26%	74%	10
10	19	8	30%	70%	11
11	6	21	77%	23%	12
12	15	12	45%	55%	13
13	14	13	49%	51%	14
15	17	10	38%	62%	15
16	20	7	26%	74%	17
17	15	12	45%	55%	18
22	13	14	52%	48%	8
23	7	20	75%	25%	16
24	9	18	67%	33%	2
26	6	21	78%	22%	5
31	5	22	82%	18%	19
19 reactivos en Total			50.5% total de dificultad del cuestionario	49.5% total de probabilidad de contestar acertadamente	19 reactivos en total

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**CUESTIONARIO GENERAL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DEL CONDÓN  
FORMATO DEFINITIVO**

El siguiente cuestionario de opción múltiple tiene por objetivo la exploración de conocimientos sobre métodos de anticonceptivos. Elige la opción que consideres más adecuada. Solo existe una respuesta correcta.

Por favor contesta con la mayor sinceridad posible. Recuerda que tu participación es anónima.

1.- Lo más recomendable, es abrir la funda del condón masculino:

- a) Con unas tijeras para no contaminarlo
- b) Con los dientes
- c) Con la yema de los dedos
- d) Con las uñas para hacerlo con mayor precisión

2.- ¿Cómo se pone el condón femenino?

- a) No sé
- b) Como un tampax
- c) Es necesario que el ginecólogo te lo coloque
- d) Como una toalla femenina

3.-Para asegurarse de que el condón masculino no esté dañado:

- a) Antes de abrir su funda (o empaque individual), habrá que observar que la funda no se vea inflada
- b) Antes de abrir su funda (o empaque individual), habrá que observar que al oprimir la funda, se forme una bolsa de aire.
- c) Antes de colocarlo, habrá que desenrollarlo.
- d) Antes de colocarlo, habrá que inflarlo.

4.- Antes de la penetración con condón masculino:

- a) El condón debe estar totalmente seco
- b) El condón debe estar lubricado
- c) La aplicación de algún lubricante es opcional
- d) El condón debe parecer quebradizo

5.-¿Qué tipo de lubricante se usa para el condón femenino?

- a) Ninguno
- b) Cualquiera
- c) Uno que contenga aceite
- d) Un lubricante acuoso

6.-¿Qué tipo de lubricante deberá usarse para el empleo efectivo del condón masculino?

- a) Cualquiera
- b) Ninguno
- c) Un lubricante hecho con agua
- d) Un lubricante hecho con aceite

7.-En el caso del condón masculino, ¿cuándo se aplica lubricante?:

- a) Este se pone únicamente adentro del condón
- b) Este se pone afuera del condón antes de colocarlo
- c) Este se pone afuera del condón después de colocarlo
- d) Este puede dañar el condón.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

8.-¿Cuál es la forma del condón femenino?

- a) No sé
- b) Es una funda
- c) Es igual a un D.I.U. (dispositivo intrauterino)
- d) Es como un tampax

9.-Al ponerse el condón en el pene, para evitar que este se rompa:

- a) Se vigila que no queden bolsas de aire, sobre todo en el depósito destinado a contener el semen;
- b) El condón se coloca de tal manera que el borde enrollado quede hacia adentro.
- c) Se vigila que no queden bolsas de aire, **excepto** en el depósito destinado a contener el semen
- d) Se ajusta perfectamente la punta del condón al pene

10.-Una vez que se pone el condón en la cabeza del pene:

- a) Se suelta la punta y se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene.
- b) Sin soltar la punta, se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene.
- c) Se suelta el anillo del condón y se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene.
- d) Se presiona el pene y se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene.

11.-¿Cómo se sabe que el condón puede desenrollarse adecuadamente sobre el pene?

- a) Se desenrolla todo
- b) Se sopla dentro del condón
- c) Se leen las instrucciones
- d) Se desenrolla un poquito con los dedos, observando que el borde enrollado quede hacia afuera

12.-Cuando el pene no está circuncidado:

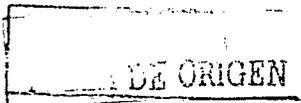
- a) Se coloca el condón de la misma manera que cuando el pene lo está .
- b) Se permite que queden algunas bolsas de aire en el condón.
- c) Se retrae el prepucio y se coloca el condón.
- d) Se agrega lubricante

13.-Después de eyacular, el condón se retira del pene:

- a) Cuando el pene pierde la erección.
- b) Después de unas cuantas horas
- c) Cuando el pene todavía está erecto.
- d) Después de la segunda penetración.

14.-Después de eyacular

- a) Se empuja el condón hacia la cabeza del pene y este se retira de la vagina (o en su caso, de la boca o del ano)
- b) Se retira el pene de la vagina (ano o boca), sujetando la punta del condón y se jala hacia adelante.
- c) Se sujeta el condón por su base y se retira el pene de la vagina (ano o boca).
- d) Se debe esperar a que la erección disminuya.



15.-Un condón masculino deberá:

- a) Tenerse a la mano; como por ejemplo, en la bolsa trasera del pantalón o en la guantera del coche.
- b) Guardarse en lugares secos, frescos y oscuros
- c) Guardarse en lugares frescos y húmedos
- d) Guardarse en cualquier lugar

16.-¿De qué material está hecho el condón femenino?

- a) de plástico
- b) De membrana natural
- c) de poliuretano
- d) De tela

17.-¿Qué tipo de condones masculinos son más efectivos ?

- a) Los de poliuretano
- b) Los hechos de membrana natural
- c) Los de látex
- d) Cualquier tipo tiene la misma efectividad

18.-Dado que existe la posibilidad de que el condón masculino se rompa, es más seguro:

- a) Usar dos condones al mismo tiempo
- b) Ponerse sólo un condón
- c) Usar un condón de tipo fino o ultrasensible
- d) Ponerse tres condones

19.-¿Dónde se compra el condón femenino?

- a) En una miscelánea
- b) En la farmacia
- c) En una institución o lugar especial
- d) No sé

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**APÉNDICE # 6**

**ESCALA DE AUTOEFICACIA DE USO DEL CONDÓN**

Este cuestionario explora cómo te sientes acerca del uso del condón en situaciones específicas. Por favor responde aunque nunca hayas tenido relaciones sexuales, aunque no seas sexualmente activo o aunque jamás hayas usado condones (o si tu pareja es la que los usa). En dichos casos, indica cómo crees que te sentirías en cierta situación. Las respuestas son evaluadas como sigue:

1 = Fuertemente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Indeciso

4 = De acuerdo

5 = Fuertemente de acuerdo

Marca con una cruz el número correspondiente a tu respuesta.

1.- Soy hábil para ponerme un condón o ponerle un condón a mi pareja .

1      2      3      4      5

2.- Creo que puedo comprar condones sin sentir vergüenza.

1      2      3      4      5

3.- Creo que puedo acordarme de llevar un condón conmigo por si lo necesitara.

1      2      3      4      5

4.- Puedo discutir el uso del condón con cualquier pareja que pudiera tener.

1      2      3      4      5

5.- Me siento seguro para pedirle el uso del condón a una nueva pareja.

1      2      3      4      5

6.- Estoy seguro (a) de poder sugerir el uso del condón sin que mi pareja se sienta mal.

1      2      3      4      5

7.- Estoy seguro (a) de que mi pareja, o yo, puede mantener la erección mientras usamos un condón

1      2      3      4      5

8.- Sentiría vergüenza de ponerme o ponerle un condón a mi pareja.

1      2      3      4      5

9.- Si yo le pidiera el uso del condón a mi pareja, sentiría miedo de que me rechazara.

1      2      3      4      5

10.- Si no estuviera seguro (a) de lo que opina mi pareja acerca del uso del condón, yo no le pediría usarlo

1      2      3      4      5

11.- Me siento hábil para usar un condón correctamente.

1      2      3      4      5

12.- Me sentiría bien discutiendo el uso del condón con una posible pareja sexual antes de iniciar cualquier acercamiento por ejemplo abrazos, besos, acariciarse, etc.

1      2      3      4      5

13.- Soy hábil para convencer a mi pareja de aceptar el uso del condón cuando tengamos una relación sexual (con penetración).

1      2      3      4      5

14.- Puedo quitar y tirar cuidadosamente el condón después de una relación sexual con penetración (coito).

1      2      3      4      5

15.- Si mi pareja y yo tratáramos de usar un condón y no tuviéramos éxito, sentiría pena de intentar usar otro nuevamente; por ejemplo: si no hubiera podido desenrollarlo, si lo hubiera puesto al revés o si lo sintiera incómodo.

1      2      3      4      5

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 1= Fuertemente en desacuerdo
- 2= En desacuerdo
- 3 = Indeciso
- 4 = De acuerdo
- 5 = Fuertemente de acuerdo

16 -No me sentiría seguro (a) de utilizar un condón con una nueva pareja sexual, porque sentiría miedo de que pensara que he tenido experiencias homosexuales.

1 2 3 4 5

17 -No me sentiría seguro (a) de pedir el uso del condón a una nueva pareja , porque sentiría miedo de que pensara que tengo una enfermedad sexualmente transmisible .

1 2 3 4 5

18 -No me sentiría seguro (a) de pedir el uso del condón a una nueva pareja, porque sentiría miedo de que pensara que yo creo que tiene una enfermedad sexualmente transmisible.

1 2 3 4 5

19 -Me sentiría bien discutiendo el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que hayamos tenido una relación sexual (con penetración)

1 2 3 4 5

20.-Me es fácil incluir al condón en el juego sexual.

1 2 3 4 5

21.- Me siento seguro (a) de poder usar el condón con una pareja sin "echar a perder el momento".

1 2 3 4 5

22.-Puedo ponerme un condón, o ponerle un condón a mi pareja, rápidamente.

1 2 3 4 5

23.-Estoy seguro (a) de que puedo usar un condón durante el coito ( relación sexual con penetración) sin reducir el placer sexual.

1 2 3 4 5

24 .-Estoy seguro (a) de que me acordaría de usar un condón aunque hubiera bebido.

1 2 3 4 5

25 .-Estoy seguro (a) de que me acordaría de usar un condón aunque estuviera drogado (a).

1 2 3 4 5

26.-Si mi pareja no quisiera usar condón durante la penetración, yo la puedo convencer fácilmente de que es necesario hacerlo

1 2 3 4 5

27 -Siento que puedo usar un condón exitosamente.

1 2 3 4 5

28 -Estoy seguro (a) de que "en el calor de la pasión" podría detenerme y ponerme o ponerle un condón a mi pareja.

1 2 3 4 5

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

APÉNDICE # 7

ESCALA DE ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDON

Las siguientes preguntas tienen como propósito conocer cuál es tu opinión acerca del uso del condón. Por favor contesta aunque nunca hayas tenido relaciones sexuales, aunque no seas sexualmente activo, aunque nunca hayas usado condones o bien si es tu pareja la que los usa. Tus respuestas pueden tener las siguientes opciones:

1 = Fuertemente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Indeciso

4 = De acuerdo

5= Fuertemente de acuerdo

Marca con una cruz el número correspondiente a tu respuesta.

1.-Los condones son un método efectivo para el control del embarazo.

1 2 3 4 5

2.-Los condones son un método efectivo de prevención del SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles.

1 2 3 4 5

3.- Pienso que los condones son un excelente anticonceptivo

1 2 3 4 5

4.-Los condones son confiables

1 2 3 4 5

5.-Los condones ofrecen una protección confiable

1 2 3 4 5

6.-El uso del condón puede intensificar el placer durante las relaciones sexuales.

1 2 3 4 5

7.-Los condones pueden "echar a perder" el acto sexual

1 2 3 4 5

8.-Los condones son incómodos para la pareja

1 2 3 4 5

9.-Los condones son muy divertidos

1 2 3 4 5

10.-El uso de un condón interrumpe el juego sexual.

1 2 3 4 5

11.-Los hombres que sugieren el uso del condón son verdaderamente aburridos

1 2 3 4 5

12.-Si una pareja está a punto de tener sexo y el hombre sugiere usar condón, es menos probable que lo tengan

1 2 3 4 5

13.-Las mujeres piensan que los hombres que usan condón son unos tontos.

1 2 3 4 5

14.-Una mujer que pide el uso del condón no confía en su pareja

1 2 3 4 5

15.-Las personas que solicitan el uso del condón son personas que cumplen ciegamente con las normas establecidas y se someten a ellas sin cuestionarlas.

1 2 3 4 5

16.-Cuando yo sugiero utilizar un condón casi siempre me apeno.

1 2 3 4 5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1= Fuertemente en desacuerdo  
2 = En desacuerdo  
3 = Indeciso  
4 = De acuerdo  
5 = Fuertemente de acuerdo

17.-Es muy difícil sacar el tema del uso del condón con mi pareja  
1 2 3 4 5

18.-Es fácil pedirle a mi pareja usar condón  
1 2 3 4 5

19.-Me siento cómodo hablando sobre condones con mi pareja  
1 2 3 4 5

20.-Nunca se qué decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre el condón u otra protección.  
1 2 3 4 5

21.-Es muy vergonzoso comprar condones  
1 2 3 4 5

22.-Cuando necesito condones dudo mucho para comprarlos.  
1 2 3 4 5

23.-No pienso que comprar condones sea extraño.  
1 2 3 4 5

24.-Es vergonzoso que te vean comprando condones  
1 2 3 4 5

25.-Me siento muy incómodo (a) cuando compro condones  
1 2 3 4 5

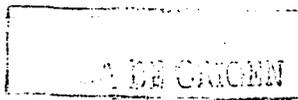
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

APÉNDICE # 8

TABLA D

RESULTADO DEL ANÁLISIS FACTORIAL: GRUPO TOTAL (n=919)  
 ESCALA DE AUTOEFICACIA  
 VARIANZA TOTAL EXPLICADA = 52.9 %

REACTIVOS	FACTOR	carga	CONTENIDO DEL REACTIVO
HABILIDAD MÁS PLACER "n S <sup>2</sup> = 25.44 .87			$\bar{X} = 32.91$
1		.78	Soy habil para ponerme un condon o ponerle un condon a mi pareja
11		.82	Me siento habil para usar un condon correctamente
22		.79	Puedo ponerme un condon, o ponerle un condon a mi pareja, rapidamente
14		.75	Puedo quitar y ltrar cuidadosamente el condon despues de una relacion sexual con penetracion (coito)
		.67	Siento que puedo usar un conón exfiosamente
7		.56	Estoy seguro de que mi pareja o yo, puede mantener la ereccion mientras usamos un condon
23		.45	Estoy seguro(a) de que puedo usar un condon durante el coito (relac sex con penetración) sin reducir el placer sexual
2		.44	Creo que puedo comprar condones sin sentir verguenza
21		.42	Me siento seguro(a) de poder usar el condon con una pareja sin "echar a perder el momento"
20		.35	Me es facil incluir al condon en el juego sexual
MIEDO PIENSE PAREJA "n S <sup>2</sup> = 12.44 .87			$\bar{X} = 12.78$
17		.88	No me sentiria seguro(a) de pedir el uso del condon a una nueva pareja, porque sentiria miedo de que pensara que tengo una enfermedad sexualmente transmisible
18		.86	No me sentiria seguro(a) de pedir el uso del condon a una nueva pareja, porque sentiria miedo de que pensara que yo creo que tiene una enfermedad
16		.78	No me sentiria seguro(a) de utilizar un condon con una nueva pareja sexual, porque sentiria miedo de que pensara que he tenido experiencias homosexuales
AUTOEFICACIA PARA PREPARAR USO "n S <sup>2</sup> = 5.94 .61			$\bar{X} = 23.79$
19		.65	Me sentiria bien discutiendo el uso del condon con una posible pareja sexual antes de que hayamos tenido una relacion sexual con penetracion
4		.64	Puedo discutir el uso del condon con cualquier pareja que pudiera tener
12		.62	Me sentiria bien discutiendo el uso del condon con una posible pareja sexual antes de iniciar cualquier acercamiento, por ejemplo, abrazos, besos, acariciarse, etc.
3		.51	Creo que puedo acordarme de llevar un condon conmigo por si lo necesitara
13		.40	Soy habil para convencer a mi pareja de aceptar el uso del condon cuando tengamos una relacion sex. (con penetracion)
PERCEPCION AUTOEFICACIA EN SIT. DIFICILES "n S <sup>2</sup> = 5.54 .68			$\bar{X} = 14.46$
24		.81	Estoy seguro(a) de que me acordaria de usar un condon aunque hubiera bebido
25		.78	Estoy seguro(a) de que me acordaria de usar un condon aunque estuviera drogado
26		.53	Si mi pareja no quisiera usar condon durante la penetracion, yo la puedo convencer facilmente de que es necesario hacerlo
28		.52	Estoy seguro de que "en el calor de la pasion" podria detenerme y ponerme o ponerle un condon a mi pareja
VERGUENZA "n S <sup>2</sup> = 4.14 .63			$\bar{X} = 11.10$
9		.69	Si yo le pidiera el uso del condon a mi pareja, sentiria miedo de que me rechazara
8		.67	Sentiria verguenza de ponerme o ponerle un condon a mi pareja
10		.63	Si no estuviera seguro(a) de lo que opina mi pareja acerca del uso del condon, yo no le pediria usarlo
		.47	



**TABLA E**  
**RESULTADO DEL ANÁLISIS FACTORIAL: GRUPO CON EXPERIENCIA SEXUAL (n=193)**  
**ESCALA DE AUTOEFICACIA**  
**VARIANZA TOTAL EXPLICADA =63.1%**

REACTIVOS	FACTOR	carga	CONTENIDO DEL REACTIVO
<b>HABILIDAD</b> % S <sup>2</sup> = 23.2 n = 81			$\bar{X} = 24.08$
1		83	Soy hábil para ponerme un condón o ponerle un condón a mi pareja
11		81	Me siento hábil para usar un condón correctamente
22		78	Puedo ponerme un condón, o ponerle un condón a mi pareja, rápidamente
14		76	Puedo quitar y tirar cuidadosamente el condón después de una relación sexual con penetración (coito)
27		50	Siento que puedo usar un condón exitosamente
7		41	Estoy seguro de que mi pareja, o yo, puede mantener la erección mientras usamos un condón
<b>MIEDO PIENSE PAREJA</b> % S <sup>2</sup> = 11.8 n = 89			$\bar{X} = 13.19$
17		90	No me sentiría seguro(a) de pedir el uso del condón a una nueva pareja, porque sentiría miedo de que pensara que tengo una enfermedad sexualmente transmisible
18		88	No me sentiría seguro(a) de pedir el uso del condón a una nueva pareja, porque sentiría miedo de que pensara que yo creo que tiene una enfermedad
16		86	No me sentiría seguro(a) de utilizar un condón con una nueva pareja sexual, porque sentiría miedo de que pensara que he tenido experiencias homosexuales.
<b>AUTOEFICACIA EN SITUACIONES DIFÍCILES</b> % S <sup>2</sup> = 6.8 n = 64			$\bar{X} = 15.18$
25		82	Estoy seguro(a) de que me acordaría de usar un condón aunque estuviera drogado
24		74	Estoy seguro(a) de que me acordaría de usar un condón aunque hubiera bebido
23		47	Estoy seguro(a) de que puedo usar un condón durante el coito (relac. sex con penetración) sin reducir el placer sexual
26		41	Si mi pareja no quisiera usar condón durante la penetración, yo la puedo convencer fácilmente de que es necesario hacerlo
<b>HABILID. PARA INCLUIR AL CONDÓN</b> % S <sup>2</sup> = 6.1 n = 61			$\bar{X} = 15.80$
20		70	Me es fácil incluir al condón en el juego sexual
10		61	Si no estuviera seguro(a) de lo que opina mi pareja acerca del uso del condón, yo no le pediría usarlo
15		60	Si mi pareja y yo tratáramos de usar un condón y no tuviéramos éxito, sentiría pena de intentar usar otro nuevamente, por ejemplo si no hubiera podido desentrollarlo, si lo hubiera puesto al revés o si lo sintiera incómodo
13		53	Soy hábil para convencer a mi pareja de aceptar el uso del condón cuando tengamos una relación sex (con penetración)
<b>ESTAR DISPUESTO A USAR COND.</b> % S <sup>2</sup> = 5.4 n = 54			$\bar{X} = 12.52$
3		66	Creo que puedo acordarme de llevar un condón conmigo por si lo necesitara
2		64	Creo que puedo comprar condones sin sentir vergüenza
4		62	Puedo discutir el uso del condón con cualquier pareja que pudiera tener
<b>INCOMODIDAD</b> % S <sup>2</sup> = 4.3 n = 53			$\bar{X} = 12.14$
9		77	Si yo le pidiera el uso del condón a mi pareja, sentiría miedo de que me rechazara
8		67	Sentiría vergüenza de ponerme o ponerle un condón a mi pareja
21		37	Me siento seguro(a) de poder usar el condón con una pareja sin "echar a perder el momento"
<b>AUTOE SOCIAL</b> % S <sup>2</sup> = 4.1 n = 54			$\bar{X} = 12.06$
12		73	Me sentiría bien discutiendo el uso del condón con una posible pareja sexual antes de iniciar cualquier acercamiento, por ejemplo abrazos, besos, acariciarse, etc
19		71	Me sentiría bien discutiendo el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que hayáramos tenido una relación sex (con penetración)
28		43	Estoy seguro de que "en el calor de la pasión" podría detenerme y ponerme o ponerle un condón a mi pareja

TESIS CON  
**FALLA DE ORIGEN**

TABLA F

RESULTADO DEL ANÁLISIS FACTORIAL: GRUPO SIN EXPERIENCIA SEXUAL (n=726)  
 ESCALA DE AUTOEFICACIA  
 VARIANZA TOTAL EXPLICADA =52.7%

REACTIVOS	FACTOR	carga	CONTENIDO DEL REACTIVO
	HABILIDAD MÁS PLACER		% S <sup>2</sup> = 24.5 α = .85 $\bar{X}$ = 31.96
11	79		Me siento habil para usar un condon correctamente
22	77		Puedo ponerme un condon o ponerle un condon a mi pareja, rapidamente
1	75		Soy habil para ponerme un condon o ponerle un condon a mi pareja
14	73		Puedo quitar y tirar cuidadosamente el condon despues de una relación sexual con penetración (coito)
27	68		Siento que puedo usar un condon exitosamente
7	55		Estoy seguro de que mi pareja, o yo, puede mantener la erección mientras usamos un condon
23	51		Estoy seguro(a) de que puedo usar un condon durante el coito (relac sex con penetración) sin reducir el placer sexual
21	44		Me siento seguro(a) de poder usar el condon con una pareja sin "echar a perder el momento"
20	38		Me es facil incluir al condon en el juego sexual
	MIEDO DE LO QUE PIENSE LA PAREJA MÁS INSEGURIDAD EN EL USO		% S <sup>2</sup> = 12.4 α = .81 $\bar{X}$ = 16.22
17	86		No me sentiria seguro(a) de pedir el uso del condon a una nueva pareja porque sentiria miedo de que pensara que tengo una enfermedad sexualmente transmisible
18	84		No me sentiria seguro(a) de pedir el uso del condon a una nueva pareja porque sentiria miedo de que pensara que yo creo que tengo una enfermedad
16	78		No me sentiria seguro(a) de utilizar un condon con una nueva pareja sexual, porque sentiria miedo de que pensara que he tenido experiencias homosexuales
15	45		Si mi pareja y yo trataramos de usar un condon y no tuvieramos éxito, sentiria pena de intentar usar otro nuevamente, por ejemplo si no hubiera podido desarrollarlo si lo hubiera puesto al reves o si lo sintiera incomodo
	PREPARAR USO DEL CONDON		% S <sup>2</sup> = 6.1 α = .68 $\bar{X}$ = 23.47
19	66		Me sentiria bien discutiendo el uso del condon con una posible pareja sexual antes de que hayamos tenido una relación sex ( con penetración)
4	63		Puedo discutir el uso del condon con cualquier pareja que pudiera tener
12	61		Me sentiria bien discutiendo el uso del condon con una posible pareja sexual antes de iniciar cualquier acercamiento, por ejemplo abrazos, besos, acariciarse, etc.
3	51		Creo que puedo acordarme de llevar un condon conmigo por si lo necesitaria
13	45		Soy habil para convencer a mi pareja de aceptar el uso del condon cuando tengamos una relación sex (con penetración)
2	41		Creo que puedo comprar condones sin sentir verguenza
	CONTROL DE SITUACIONES DIFICILES		% S <sup>2</sup> = 5.6 α = .68 $\bar{X}$ = 14.27
24	84		Estoy seguro(a) de que me acordaria de usar un condon aunque hubiera bebido
25	81		Estoy seguro(a) de que me acordaria de usar un condon aunque estuviera drogado
28	50		Estoy seguro de que "en el calor de la pasión" podria detenerme y ponerme o ponerle un condon a mi pareja
26	49		Si mi pareja no quisiera usar condon durante la penetración yo la puedo convencer facilmente de que es necesario hacerlo
	VERGUENZAS AL USAR CONDON		% S <sup>2</sup> = 4.1 α = .55 $\bar{X}$ = 10.98
8	61		Sentiria verguenza de ponerme o ponerle un condon a mi pareja
9	57		Si yo le pidiera el uso del condon a mi pareja, sentiria miedo de que me rechazara
10	50		Si no estuviera seguro(a) de lo que opina mi pareja acerca del uso del condon, yo no le pediria usarlo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**TABLA G**

**RESULTADO DEL ANÁLISIS FACTORIAL: GRUPO TOTAL (n=919)  
 ESCALA DE ACTITUD  
 VARIANZA TOTAL EXPLICADA = 63.4%**

REACTIVOS	FACTOR	% S2	CONTENIDO DEL REACTIVO
<b>EFFECTIVIDAD Y CONFIABILIDAD</b>			$\% S^2 = 21 \quad \alpha = .87$ $\bar{X} = 19.82$
3		.86	Pienso que los condones son un excelente anticonceptivo
4		.85	los condones son confiables
2		.79	Los condones son un método efectivo de prevención del SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles
1		.80	Los condones son un método efectivo para el control del embarazo
5		.78	Los condones ofrecen una protección confiable
<b>VERGÜENZA AL COMPRAR</b>			$\% S^2 = 13.6 \quad \alpha = .87 \quad \bar{X} = 14.89$
25		.85	Me siento muy incómodo(a) cuando compro condones
21		.82	Es muy vergonzoso comprar condones
22		.80	Cuando necesito condones dudo mucho para comprarlos
24		.80	Es vergonzoso que te vean comprando condones
<b>USO ASOCIADO A UNA MALA IMAGEN</b>			$\% S^2 = 8.8 \quad \alpha = .69 \quad \bar{X} = 16.94$
13		.74	Las mujeres piensan que los hombres que usan condón son unos tontos
14		.72	Una mujer que pide el uso del condón no confía en su pareja
11		.66	los hombres que sugieren el uso del condón son verdaderamente aburridos
12		.63	Si una pareja está a punto de tener sexo y el hombre sugiere usar condón, es menos probable que lo tengan
15		.46	Las personas que solicitan el uso del condón son personas que cumplen ciegamente con las normas establecidas y se someten a ellas sin cuestionarlas
<b>NEGOCIACIÓN CON LA PAREJA</b>			$\% S^2 = 5.6 \quad \alpha = .69 \quad \bar{X} = 18.41$
19		.74	Me siento cómodo hablando sobre condones con mi pareja
18		.73	Es fácil pedirle a mi pareja usar condón
17		.62	Es muy difícil sacar el tema del uso del condón con mi pareja
20		.49	Nunca se que decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre el condón u otra protección
16		.54	Cuando yo sugiero utilizar un condón casi siempre me apeno
<b>INCOMODIDAD DE USAR EL CONDON</b>			$\% S^2 = 5 \quad \alpha = .68 \quad \bar{X} = 11.20$
7		.79	Los condones pueden "echar a perder" el acto sexual
8		.71	Los condones son incómodos para la pareja
10		.69	El uso del condón interrumpe el juego sexual
<b>INTENSIFICACIÓN DEL PLACER</b>			$\% S^2 = 4.3 \quad \alpha = .47 \quad \bar{X} = 9.66$
9		.81	Los condones son muy divertidos
6		.71	El uso del condón puede intensificar el placer durante las relaciones sexuales
<b>SIN NOMBRE</b>			$\% S^2 = 4$
23		.85	No pienso que comprar condones sea extraño ***SE SUPRIMIO DEL CUESTIONARIO***

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

**TABLA H**

**RESULTADO DEL ANÁLISIS FACTORIAL: GRUPO CON EXPERIENCIA SEXUAL (n=193)**

**ESCALA DE ACTITUD  
VARIANZA TOTAL EXPLICADA = 63.1%**

REACTIVOS	FACTOR	carga	CONTENIDO DEL REACTIVO
	<b>VERGÜENZA AL COMPRAR</b>		$\%S^2 = 21.1 \quad \alpha = .88$ $\bar{X} = 15.98$
25		86	Me siento muy incómodo(a) cuando compro condones
21		84	Es muy vergonzoso comprar condones
24		82	Es vergonzoso que te vean comprando condones
22		81	Cuando necesito condones dudo mucho para comprarlos
	<b>EFFECTIVIDAD Y CONFIABILIDAD</b>		$\%S^2 = 12.2 \quad \alpha = .81$ $\bar{X} = 20.62$
3		84	Pienso que los condones son un excelente anticonceptivo
4		76	los condones son confiables
1		74	Los condones son un método efectivo para el control del embarazo
5		69	Los condones ofrecen una protección confiable
2		65	Los condones son un método efectivo de prevención del SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles
	<b>DISMINUCIÓN PLACER</b>		$\%S^2 = 8.6 \quad \alpha = .78 \quad \bar{X} = 24.08$
7		75	Los condones pueden "echar a perder" el acto sexual
8		74	Los condones son incómodos para la pareja
10		63	El uso del condón interrumpe el juego sexual
12		54	Si una pareja está a punto de tener sexo y el hombre sugiere usar condón, es menos probable que lo tengan
11		51	los hombres que sugieren el uso del condon son verdaderamente aburridos
13		47	Las mujeres piensan que los hombres que usan condón son unos tontos
	<b>PENA DE SUGERIR EL USO</b>		$\%S^2 = 6.5 \quad \alpha = .63 \quad \bar{X} = 16.14$
16		74	Cuando yo sugiero utilizar un condon casi siempre me apeno
14		57	Una mujer que pide el uso del condón no confía en su pareja
15		56	Las personas que solicitan el uso del condón son personas que cumplen ciegamente con las normas establecidas y se someten a ellas sin cuestionarlas
17		54	Es muy difícil sacar el tema del uso del condón con mi pareja
	<b>INTENSIFICACIÓN DEL PLACER</b>		$\%S^2 = 5.4 \quad \alpha = .43 \quad \bar{X} = 5.7$
9		70	Los condones son muy divertidos
6		61	El uso del condon puede intensificar el placer durante las relaciones sexuales
	<b>INHIBICIÓN DESINHIBICION AL HABLAR DEL CONDON</b>		$\%S^2 = 5.2 \quad \alpha = .53 \quad \bar{X} = 11.76$
18		68	Es fácil pedirle a mi pareja usar condón
20		61	Nunca se que decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre el condón u otra protección
19		48	Me siento cómodo hablando sobre condones con mi pareja
	<b>SIN NOMBRE</b>		
	$\%S^2 = 4.1$		
23		72	No pienso que comprar condones sea extraño ***SE SUPRIMIO DEL CUESTIONARIO***

FALLA DE ORIGEN

TABLA I

RESULTADO DEL ANÁLISIS FACTORIAL: GRUPO SIN EXPERIENCIA SEXUAL (n=726)  
 ESCALA DE ACTITUD  
 VARIANZA TOTAL EXPLICADA =64.1%

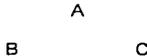
REACTIVOS	FACTOR	% S2	CONTENIDO DEL REACTIVO
	EFFECTIVIDAD Y CONFIABILIDAD		$\% S^2 = 21.6 \quad \alpha = .87$ $\bar{X} = 19.60$
3		.87	Pienso que los condones son un excelente anticonceptivo
4		.85	los condones son confiables
2		.81	Los condones son un método efectivo de prevención del SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles
1		.81	Los condones son un método efectivo para el control del embarazo
5		.79	Los condones ofrecen una protección confiable
	VERGÜENZA AL COMPRAR		$\% S^2 = 14.2 \quad \alpha = .86 \quad \bar{X} = 14.61$
25		.85	Me siento muy incómodo(a) cuando compro condones
21		.81	Es muy vergonzoso comprar condones
22		.79	Cuando necesito condones dudo mucho para comprarlos
24		.74	Es vergonzoso que te vean comprando condones
	USO ASOCIADO A UNA MALA IMAGEN		$\% S^2 = 8.9 \quad \alpha = .68$ $\bar{X} = 16.89$
13		.74	Las mujeres piensan que los hombres que usan condón son unos tontos
14		.71	Una mujer que pide el uso del condón no confía en su pareja
11		.71	los hombres que sugieren el uso del condón son verdaderamente aburridos
12		.66	Si una pareja está a punto de tener sexo y el hombre sugiere usar condón, es menos probable que lo tengan
15		.56	Las personas que solicitan el uso del condón son personas que cumplen ciegamente con las normas establecidas y se someten a ellas sin cuestionarlas
	NEGOCIACIÓN CON LA PAREJA		$\% S^2 = 5.6 \quad \alpha = .69 \quad \bar{X} = 18.02$
19		.76	Me siento cómodo hablando sobre condones con mi pareja
18		.75	Es fácil pedirle a mi pareja usar condón
17		.58	Es muy difícil sacar el tema del uso del condón con mi pareja
20		.49	Nunca se que decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre el condón u otra protección
16		.47	Cuando yo sugiero utilizar un condón casi siempre me apeno
	INCOMODIDAD DE USAR EL CONDÓN		$\% S^2 = 5.1 \quad \alpha = .69 \quad \bar{X} = 11.18$
7		.83	Los condones pueden "echar a perder" el acto sexual
8		.78	Los condones son incómodos para la pareja
10		.71	El uso del condón interrumpe el juego sexual
	INTENSIFICACIÓN DEL PLACER		$\% S^2 = 4.6 \quad \alpha = .44 \quad \bar{X} = 5.63$
9		.79	Los condones son muy divertidos
6		.70	El uso del condón puede intensificar el placer durante las relaciones sexuales
	SIN NOMBRE		$\% S^2 = 4.1$
23		.76	No pienso que comprar condones sea extraño ***SE SUPRIMIÓ DEL CUESTIONARIO***

TRIPS CON  
 FALLA DE ORIGEN

### MODELO LOG-LINEAR DE INDEPENDENCIA CONDICIONAL

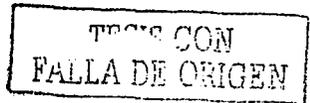
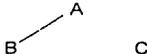
Como se menciona en el capítulo de resultados, el Modelo Log-Linear permite analizar la asociación o dependencia parcial entre las variables dicótomas planteadas en una tabla de frecuencias observadas de tres entradas. Así mismo, también es posible que las frecuencias contenidas en dichas tablas con más de dos dimensiones, puedan relacionarse de tal manera que conformen diferentes tipos de diseños. Mientras en una tabla de dos entradas existe solo una manera de describir la relación entre renglones y columnas, ya que estos pueden estar o no asociados, una tabla de tres dimensiones ofrece mayores posibilidades. De esta forma, pueden plantearse varias hipótesis de asociación parcial o independencia a partir de los datos. Es decir, los tres factores a partir de los cuales se clasifican las frecuencias en la tabla, A, B o C<sup>2</sup>, pueden configurar un diseño del modelo, según corresponda con la hipótesis planteada por el investigador.

De esta manera, un diseño de tres factores puede implicar la "completa independencia" entre estas entidades: A.B.C o [A][B][C]; cuya representación gráfica sería:



Donde se asume que la clasificación de cualquier factor no tiene influencia en la clasificación de otro o de otra combinación de otros dos. Si la hipótesis de que existe una completa independencia es rechazada entonces, algún tipo de asociación está presente.

Por otro lado, también es posible que el investigador se plantee desde el principio que existe un tipo de asociación particular entre los factores, en este caso, el modelo más simple de relación entre los factores estaría conformado por el diseño "de independencia de un solo factor"; el cual plantea que un factor no está relacionado con los otros dos, de tal suerte que : AB.C; y gráficamente:



<sup>2</sup> Nota: Las tres dimensiones de una tabla, o factores, se denotan con las letras mayúsculas A, B o C; en tanto que los niveles particulares de cada uno de ellos con letras minúsculas o subíndices: i, j, k. Es decir, A<sub>1</sub> A<sub>2</sub> B<sub>1</sub> , B<sub>2</sub>, etc. , de tal manera que queden señalados los diferentes tipos del factor.

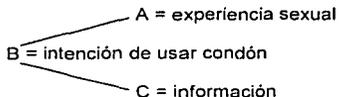
Por supuesto que esta asociación entre los factores puede variar; ya sea que A o B se contemplen como las variables que no están relacionadas con las otras dos.

Existe un tercer tipo de modelo que plantea una relación todavía más detallada entre las variables, este es el "Modelo de independencia Condicional", el cual es el diseño que se usó como base para explicar la posible relación entre las variables estudiadas en la presente investigación.

El modelo de independencia condicional plantea que existen tres variables o factores, los cuales se relacionan de tal manera que solo dos de ellos no están condicionalmente relacionados en todos los niveles del tercero. Gráficamente, el modelo se representa de la siguiente manera:



Tomando como ejemplo algunos datos de la presente investigación, la relación entre las variables podría esquematizarse, por ejemplo, así:



Este modelo entonces, asume la asociación entre A y B y entre B y C, pero no plantea que exista una relación directa entre A y C, de tal manera que las relaciones entre los factores quedarían así: [ AB] [BC].

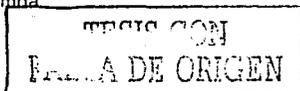
En esta forma, los efectos entre las variables que este modelo representa, dependen de las relaciones entre los tres factores, los cuales difícilmente pueden manifestarse con precisión cuando se usan tablas de dos entradas. Aunque los factores A y C se asume que no tienen una relación directa, estos están ligados a través de "B" y pueden mostrar una asociación cuando se les considera en correspondencia con B, cuya relación puede inducir a una asociación entre ellos en un momento dado.

De la forma lineal logística, este modelo está representado por la siguiente ecuación:

$$\text{Log } \mu_{ijk} = \lambda + \lambda A_i + \lambda B_j + \lambda C_k + \lambda AB_{ij} + \lambda BC_{jk} \dots \dots \dots (1)$$

Donde...

$\mu$  = media de la población    i = columna    k = columna  
 $\lambda$  = parámetros                j = renglón



Como se mencionó anteriormente, este modelo permite hacer más amplio y detallado el análisis de una tabla de dos entradas, considerando más dimensiones. En particular, el modelo implica que el logaritmo de las frecuencias esperadas (u observadas), es la suma de los términos de renglones y columnas:

$$\log \mu_{ij} = \text{constante} + (\text{renglón}) + (\text{columna}) \dots \dots \dots (2)$$

Dado que el logaritmo de  $\mu_{ij}$  es una combinación lineal de los parámetros ( $\lambda$ ), este modelo es comúnmente llamado "modelo lineal logístico": Así, el modelo se expresa con los parámetros, que son más fundamentales que las expectativas para cada celda. Al encontrar los parámetros: es decir, resolviendo el modelo, se tiene en seguida el valor de  $\mu$ . Así, a partir de los datos observados en una tabla de tres dimensiones, se puede estimar  $\mu_{ijk}$  con una ecuación análoga:

$$\log \mu_{ijk} = \lambda + \lambda A_i + \lambda B_j + \lambda C_k + \lambda AB_{ij} + \lambda BC_{jk} \dots \dots \dots (3)$$

Donde:

- $\lambda$  = refleja la totalidad de frecuencias de la tabla
- $\lambda A$  = refleja el efecto marginal de la clasificación A
- $\lambda B$  = refleja el efecto marginal de la clasificación B
- $\lambda C$  = refleja el efecto marginal de la clasificación C
- $\lambda AB$  = refleja el efecto marginal de la clasificación AB
- $\lambda BC$  = refleja el efecto marginal de la clasificación BC

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como se observa, el Modelo Log-Lineal puede ser tan complejo como se asuma que son las asociaciones entre las variables consideradas. Para caracterizar de una manera resumida cómo es que tales asociaciones entre los factores pueden ir desde lo simple hasta lo complejo, dando como resultado diferentes tipos de diseños, es útil presentar, gráficamente, un modelo global, representado por una estructura jerárquica, donde puede observarse cómo cada modelo contiene a los que le preceden, de tal manera que pueden obtenerse modelos simples a partir de los más elaborados, eliminando algunos de sus parámetros. Así puede observarse en la siguiente figura:

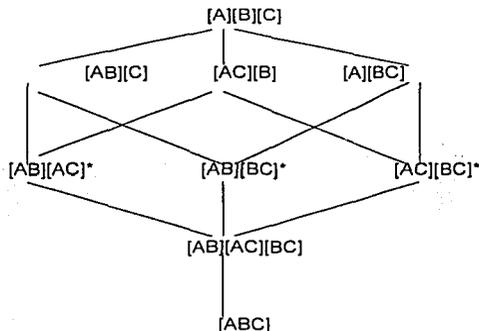


Fig # 6

"Estructura Jerárquica de los Modelos de Tres factores"

Los modelos simples aparecen en lo alto del diagrama y los más complicados abajo. Cada línea en el diagrama conecta a dos modelos que tienen una relación jerárquica directa entre sí.

\* MODELO DE INDEPENDENCIA CONDICIONAL \*

Esta estructura jerárquica permite probar si un grupo particular de parámetros juega un papel crítico en la explicación de los datos.

Ahora bien, para calcular los parámetros del modelo lineal logístico de independencia condicional, que se utilizó en el presente trabajo, se procedió de la manera que a continuación se describe:

1) Como ejemplo específico, considérense los siguientes datos observados,  $\mu_{ijk}$ , correspondientes a la intención de usar o pedir el condón en las relaciones sexuales, de los estudiantes con experiencia ( $A_1$ ) y sin experiencia sexual ( $A_2$ ); clasificando a cada grupo en mujeres ( $C_1$ ) y varones ( $C_2$ ).

TRABAJE CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA J**  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ EN  
 LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS POR  
 SEXO  
 $n=919$

		A <sub>1</sub>		A <sub>2</sub>	
		CON EXPERIENCIA SEXUAL		SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>
		MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ	B <sub>1</sub> NO	4	14	10	34
	B <sub>2</sub> SI	77	98	442	240

2) A partir de las frecuencias observadas anteriormente, se obtienen los logaritmos naturales de las mismas,  $\log \mu_{ijk}$ :

**TABLA # K**  
 LOGARITMOS DE LAS FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN EN LOS  
 ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS POR  
 SEXO  
 $n= 919$

		A <sub>1</sub>		A <sub>2</sub>	
		CON EXPERIENCIA SEXUAL		SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>
		MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ	B <sub>1</sub> NO	1 3862	2 6390	2 3025	3 5263
	B <sub>2</sub> SI	4 3438	4 5849	6 0913	5 4806

TRIPS CON  
 FALLA DE ORIGEN

3) El cálculo de los parámetros es el siguiente:

$$\lambda = \frac{30.3546}{8} = 3.7943$$

$$\lambda_{A1} = \frac{12.95}{4} - 3.7943 = -.5558$$

$$\lambda_{A2} = \frac{17.40}{4} - 3.7943 = +.55584$$

Otros parámetros:

$$\lambda_B = -1.33 ; +1.33$$

Dado que:  $B_1$  2.463-3.7943= -1.33  
y  $B_2$  5.1251-3.7943= +1.33

$$\lambda_C = -.26 ; +.26$$

Dado que:  $C_1$  = 3.530-3.7943 = -.26  
y  $C_2$  = 4.05-3.7943 = +.26

Asociación  $\lambda_{AB}$ :

$B_1A_1$  = 2.0126 [promedio celdas  $B_1$  en  $A_1$  - 2.463 [valor  $B_1$  completo] = -.4504 - [-.5558 parámetro  $A_1$  = +.10  
 $B_1A_2$  = 2.9144 [promedio celdas  $B_1$  en  $A_2$  - 2.463 [valor  $B_1$  completo] = +.4514 - [+.5558 parámetro  $A_2$  = -.10  
 $B_2A_1$  = 4.4643 [promedio celdas  $B_2$  en  $A_1$  - 5.1251 [valor  $B_2$  completo] = -.6607 - [-.5558 parámetro  $A_1$  = -.10  
 $B_2A_2$  = 5.785 [promedio celdas  $B_2$  en  $A_2$  - 5.1251 [valor  $B_2$  completo] = .6608 - [+5558 parámetro  $A_2$  = +.10

TABLA L

$\lambda_{AB}$ :

FORMA LOGARITMICA

	A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL	A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL
B <sub>1</sub> INTENCIÓN NO	+ .10	- .10
B <sub>2</sub> INTENCIÓN SI	- .10	+ .10

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA M**

$\lambda_{AB}$ :

FORMA EXPONENCIAL

	A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL	A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL
B <sub>1</sub> INTENCION NO	1 10	.90
B <sub>2</sub> INTENCION SI	.90	1 10

ASOCIACIÓN  $\lambda_{BC}$ :

B<sub>1</sub>C<sub>1</sub>= 1 844 [ promedio B<sub>1</sub>C<sub>1</sub>A<sub>1</sub>+B<sub>1</sub>C<sub>1</sub>A<sub>2</sub> -2 463 [ valor B<sub>1</sub> completo]= - 619 - [ 26 parámetro C<sub>1</sub>]= -36  
 B<sub>2</sub>C<sub>1</sub>= 5 217 [ promedio B<sub>2</sub>C<sub>1</sub>A<sub>1</sub>+B<sub>2</sub>C<sub>1</sub>A<sub>2</sub>]-5 1251 [ valor B<sub>2</sub> completo]+ 09 - [ 26 parámetro C<sub>1</sub>]= + 36  
 B<sub>1</sub>C<sub>2</sub>= 3 08 [ promedio B<sub>1</sub>C<sub>2</sub>A<sub>1</sub>+B<sub>1</sub>C<sub>2</sub>A<sub>2</sub>]-2 463 [ valor B<sub>1</sub> completo]= + 617 - [ 26 parámetro C<sub>2</sub>]= + 36  
 B<sub>2</sub>C<sub>2</sub>= 5 03 [ promedio B<sub>2</sub>C<sub>2</sub>A<sub>1</sub>+B<sub>2</sub>C<sub>2</sub>A<sub>2</sub>]-5 125 [ valor B<sub>2</sub> completo]= - 09 - [ 26 parámetro C<sub>2</sub>]= -36

**TABLA N**

$\lambda_{bc}$

FORMA LOGARITMICA

	C1 mujeres	C2 varones
B1 Intención cada No	- 36	+ 36
B2 Intención cada SI	+ 36	- 36

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA O**

$\lambda_{BC}$

FORMA EXPONENCIAL

	C1 mujeres	C2 varones
B1 Intención cada No	.69	1.4
B2 Intención cada Si	1.4	.69

Cabe señalar que el conjunto de parámetros suman "cero".

En su forma logarítmica, la asociación AB o BC, muestra que las celdas con signo positivo tienen un exceso de frecuencias en relación al todo el modelo; mientras que las que tienen signo negativo una deficiencia.

De esta manera, en las tablas "J" y "K", "A<sub>2</sub>" tiene un exceso relativo de frecuencia, en tanto que el patrón AB muestra que en la asociación  $\lambda_{AB}$ , la diagonal  $A_1B_1 - A_2B_2$ , contiene la mayor frecuencia de las observaciones ( Ver tabla L).

Ahora bien, para discutir o interpretar el efecto de la combinación de factores o condiciones, es muy útil convertir la parametrización a una forma lo más cercana posible a las frecuencias crudas. Así, exponenciando el modelo  $\log \mu$ ; se crea un modelo para " $\mu$ " cambiando la forma logarítmica a una forma multiplicativa; de tal modo que se representa la forma exponencial del modelo usando  $\beta$  (beta). Con esta transformación, el modelo  $[AB][BC]$  se convierte en :

$$\mu_{ijk} = \beta \beta_{A_i} \beta_{B_j} \beta_{C_k} \beta_{AB_{ij}} \beta_{BC_{jk}} \quad (4)$$

Los parámetros del nuevo modelo expresan el exceso o la deficiencia en la forma multiplicativa. Por ejemplo,  $\beta_{BC_{21}} = \beta_{BC_{12}} = +.36$ , en la tabla N, de tal manera que  $\beta_{BC_{21}} = \beta_{BC_{12}} = 1.4$  ( en la tabla O). Este valor implica que la presencia de la asociación  $\lambda_{B_2}$ , "intención y sexo", hace que las celdas  $B_2C_1$  y  $B_1C_2$ , contengan el doble de frecuencias que el resto. En esta forma, proporcionalmente una mujer tiene la intención de usar condón el doble de veces que un varón y viceversa, los varones tienen el doble de veces la intención de no hacerlo ( ver tabla O).

Por el contrario, en la asociación  $\lambda_{AB}$ , la forma exponencial en las celdas que originalmente mostraban un exceso de frecuencia  $A_1B_1 - A_2B_2$ , no se presenta una cantidad significativamente mayor al del resto, por lo que puede presuponerse que no existe una fuerte asociación entre la intención de usar condón cada vez y la experiencia sexual (Ver tabla M).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ahora bien, sustituyendo los valores encontrados a partir de los antilogaritmos en la ecuación (4) , con la finalidad de contar con el modelo matemático que explique la distribución de frecuencias observadas en la tabla J , donde se presenta la cantidad de adolescentes que tienen la intención de usar o pedir condón en cada relación sexual, dependiendo de su experiencia sexual y el sexo al que pertenecen, se tuvo que:

$$\mu_{ijk} = \beta A_i \beta B_j \beta C_k \beta AB_{ij} \beta BC_{jk}$$

$$\mu_{ijk} = (.57)A_1(1.74) A_2 (.26) B_1 (3.78) B_2 (.77) C_1 (1.29) C_2 (1.10) A_1B_1 (.90) A_1B_2 (1.10) A_2B_2 (.90) A_2B_1 (.69) C_1B_1 (1.4) C_1B_2 (.69) C_2B_2 (1.4) C_2B_1$$

Como se describió anteriormente, esa fue la forma en la que se procedió para calcular los parámetros y obtener así finalmente un modelo matemático que estimara, qué proporciones de adolescentes, con experiencia y sin experiencia sexual, se espera que en la población tengan la intención de emplear el preservativo dependiendo de su condición con respecto a una tercera variable; ya sea, como en el caso anterior, dependiendo del sexo o bien, de la cantidad de información que los adolescentes poseen en relación al manejo del preservativo, o de su autopercepción de eficacia en el empleo del mismo, de su actitud hacia este objeto o de la presión social que ellos consideran para usar condón . Así, contando con un análisis más detallado de la distribución de frecuencias en tablas de tres entradas, se exploró cuál era la relación entre los datos, para lo cual el modelo permitió hacer las ponderaciones correspondientes , tomando en cuenta las diferencias en las proporciones entre una celda y otra.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

APÉNDICE # 10

TABLAS DE FRECUENCIAS OBSERVADAS DONDE SE ENCONTRÓ QUE LA PRUEBA DE JI-CUADRADA ( $\chi^2$ ) NO FUE ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA

**TABLA P**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS DE ACUERDO AL SEXO  
 $n = 919$

		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> MUJERES	C <sub>2</sub> VARONES	C <sub>1</sub> MUJERES	C <sub>2</sub> VARONES
INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ	B <sub>1</sub> NO	12	8	45	20
	B <sub>2</sub> SI	69	104	407	254
JI-CUADRADA OBTENIDA		$\chi^2 = 3$ con 1 gl $p > .05$		$\chi^2 = 1.45$ con 1 gl $p > .05$	

**TABLA Q**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS DE ACUERDO CON SU NIVEL DE CONOCIMIENTO  
 $n = 919$

		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> BAJO CONOCIMIENTO	C <sub>2</sub> ALTO CONOCIMIENTO	C <sub>1</sub> BAJO CONOCIMIENTO	C <sub>2</sub> ALTO CONOCIMIENTO
INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ	B <sub>1</sub> NO	9	11	35	30
	B <sub>2</sub> SI	52	121	348	313
JI-CUADRADA OBTENIDA		$\chi^2 = 1.82$ con 1 gl $p > .05$		$\chi^2 = 0.023$ con 1 gl $p > .05$	

TECNOLOGÍA  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA R**  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ EN  
 LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS DE  
 ACUERDO CON SU NIVEL DE CONOCIMIENTO  
 n= 919

		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> BAJO CONOCIMIENTO	C <sub>2</sub> ALTO CONOCIMIENTO	C <sub>1</sub> BAJO CONOCIMIENTO	C <sub>2</sub> ALTO CONOCIMIENTO
INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ	B <sub>1</sub> NO	7	11	26	18
	B <sub>2</sub> SI	54	121	357	325
JI-CUADRADA OBTENIDA		$\chi^2 = 486$ con 1 gl p> .05		$\chi^2 = 509$ con 1 gl p> .05	

**TABLA S**  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ  
 EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS  
 DE ACUERDO CON SU NIVEL DE AUTOEFICACIA  
 n= 919

		A <sub>1</sub> CON EXPERIENCIA SEXUAL		A <sub>2</sub> SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub> AUTOEFICACIA BAJA	C <sub>2</sub> AUTOEFICACIA ALTA	C <sub>1</sub> AUTOEFICACIA BAJA	C <sub>2</sub> AUTOEFICACIA ALTA
INTENCIÓN DE USAR CONDÓN LA PRÓXIMA VEZ	B <sub>1</sub> NO	8	12	50	15
	B <sub>2</sub> SI	66	107	474	187
JI-CUADRADA OBTENIDA		$\chi^2 = 0.03$ con 1 gl p> .05		$\chi^2 = 0.81$ con 1 gl p> .05	

TESIS  
 FALLA DE ORIGEN

**TABLA T**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ EN**  
**LOS ADOLESCENTES CON Y SIN EXPERIENCIA SEXUAL DIVIDIENDO A LOS GRUPOS DE**  
**ACUERDO CON SU NIVEL DE AUTOEFICACIA**  
*n* = 919

		A <sub>1</sub>		A <sub>2</sub>	
		CON EXPERIENCIA SEXUAL		SIN EXPERIENCIA SEXUAL	
		C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>
		AUTOEFICACIA BAJA	AUTOEFICACIA ALTA	AUTOEFICACIA BAJA	AUTOEFICACIA ALTA
INTENCIÓN DE USAR CONDÓN CADA VEZ	B <sub>1</sub> NO	7	11	34	10
	B <sub>2</sub> SI	67	108	490	192
99JI-CUADRADA OBTENIDA		$\chi^2 = 0.002$ con 1 gl $p > .05$		$\chi^2 = 0.579$ con 1 gl $p > .05$	

**TECIS CON**  
**FUENTE DE ORIGEN**