



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

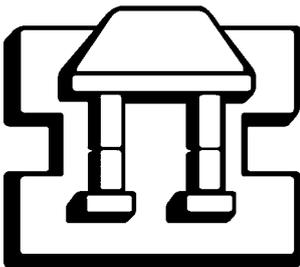
**ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL EN LA HABILIDAD PARA USAR
CORRECTAMENTE EL CONDÓN Y SU RELACIÓN CON LA
AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA USARLO**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N :

**ALEDIA JOCABETH CABRERA ALCÁNTARA
MARÍA GUADALUPE OLVERA LÓPEZ**

**DIRECTORA: DRA. SUSANA ROBLES MONTIJO
SINODALES: LIC. IRMA BEATRIZ FRÍAS ARROYO
LIC. MARTHA RODRÍGUEZ CERVANTES**



Los Reyes Iztacala, Estado de México 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Cuando una mujer se rinde es porque ha vencido”

Aldo C.

AGRADECIMIENTOS

UNAM:

Por habernos cobijado bajo tus alas de conocimiento, tolerancia y diversidad, llevándonos de la mana hacia el crecimiento profesional, pero sobre todo al crecimiento personal. Porque en ti hemos experimentado el placer inigualable de pertenecer a una de las mejores universidades del mundo. Por darnos las herramientas de un pensamiento profundo y analítico, para poder trabajar con esfuerzo por nuestra sociedad.

Susana:

Por interesarse en nuestro desarrollo profesional a lo largo de cuatro años, por brindarnos la oportunidad de formar parte de su grupo de investigación, por otorgarnos su confianza, por compartir sus conocimientos y por darnos un espacio agradable de trabajo... pero principalmente por su dedicación y profesionalismo, muchas gracias.

Bety:

Gracias por estar ahí siempre que te necesitamos, por tu disposición para orientarnos cuando no sabíamos por dónde ir. Por ayudarnos y apoyarnos en el camino, a veces difícil, de nuestra carrera. Por atravesar los límites que separan al profesor del alumno, por tu cariño e interés genuinos, gracias.

Martha:

Por cada uno de los momentos alegres y agradables que compartimos y que nos hicieron el trabajo ligero y llevadero. Porque sin tu presencia y compañía nada hubiera sido igual. Porque con cada detalle fuiste ganando no sólo nuestro respeto, sino también una parte importante de nuestro corazón. Por tus acertados comentarios que hicieron de este un mejor trabajo.

Rodolfo:

Porque las pláticas y los consejos que compartiste con nosotras son insustituibles, por acompañarnos en cada etapa del trabajo realizado. Y por qué no, por invitarnos de tu comida cuando tuvimos hambre.

A los estimados profesores que dejaron una huella imborrable en nosotras:

Estéban Cortés, Enrique Rojas, Joaquín Pérez-Chico, Vinicio. Porque más allá de poseer y compartir un cúmulo de conocimientos invaluable y admirables, nos han enseñado la importancia de ser no sólo psicólogos, sino verdaderos seres humanos y nos incitaron a descubrir el incalculable valor de la vida. Sepan que siempre tendrán nuestro cariño, admiración, respeto y agradecimiento. Nos llevamos lo mejor de ustedes en nuestro corazón.

Agradecimientos Ale

A mis Padres:

Porque sin su apoyo y cariño durante todos estos años mis pasos no hubieran adquirido la misma fuerza para llegar hasta donde hoy estoy. Porque sé que para mi no hay mejor familia que ustedes, que me han dotado de los valores necesarios para sentirme feliz con lo que hago. El orgullo de tenerlos como padres nunca fue tan grande, agradezco de todo corazón los sacrificios y el esfuerzo que han hecho... hoy éste es el resultado. Gracias y los quiero mucho.

A Dalia:

Por aquellos momentos en los que has sabido estar para sacarme de mi estrés y mi tedio con tus ocurrencias, por esa enorme alegría que me transmites con una sonrisa, por apoyarme en el momento en el que más lo necesitaba, por quererme, por ser una gran amiga. Porque definitivamente eres un ejemplo y un motivo en mi vida, gracias por enriquecer mi existencia.

A Jonathan:

Porque me has enseñado que a base de constancia y entrega se obtiene lo deseado. Por ser mi compañero de desvelos durante tantas noches (aunque no fuera voluntario). Porque tú eres mi mejor ejemplo de que los errores no son sino pasos que nos muestran un modo diferente de aprender. Porque a tu lado he aprendido que si no se disfruta lo que se hace la vida no adquiere sentido, gracias por todo.

A mi Lupisdrupis:

A ti que un angelito te puso en mi camino desde el primer día y fuiste desde entonces el ser mágico que ha extendido la mano para levantarme cuando lo que deseaba era quedarme a un lado del camino. Gracias por la paciencia, la confianza, por todo el cariño que me hace sentir una mujer muy afortunada y dichosa al haberte tenido como compañera de viaje. A ti que por mucho eres la mejor colega pero sobretodo porque te has convertido en mi mejor amiga.

A todos mis compañeros (Mariana, Vero, Sam, Lupita, Edith, Edgar, Raquel y Daniel) que hicieron de esta carrera un cúmulo de alegrías, de vivencias, satisfacciones, aprendizajes... Porque gracias ustedes me llevo momentos extraordinarios, los cuales me han hecho crecer como profesional, pero más como persona. Porque ustedes se convirtieron en mi familia durante cuatro años.

A todas aquellas personitas que fueron apareciendo durante todo este proceso (Lucesita, Sagrario, Alma, Nelly, Doris) porque a pesar del poco tiempo en que convivimos me enseñaron lo maravillosas personas que son, gracias por sus palabras de aliento y más aun gracias por permitirme conocerlas.

A todos porque cada uno de ustedes fue el soporte y la inspiración para llegar a ser lo que soy.

Agradecimientos

A Dios

Por rodearme de todas estas personas excepcionales que me ayudaron a conseguir esta meta. Por darme la vida y la perseverancia para lograrlo. Gracias Señor.

A mis papiringochis (Coty y Juve)

Porque con nada podría pagar una vida de esfuerzos, sacrificios y esperanzas inagotables, porque gracias a sus desvelos, preocupaciones y ejemplos e logrado alcanzar una de las metas más importantes en mi vida, pero sobre todo, por su invaluable amor. Los amo papás. Esto es por ustedes.

Para ti Juan

Por creer en mi cuando la fe en mi misma flaqueaba. Por llenar mi alma de ilusión y de ternura, por ser la ilusión y la inspiración que me faltaba. Por estar ahí para secar mis lágrimas, por ser la estrella que orienta mis sueños. Por ser tu el motivo para ser mejor cada día. Por volver, por ser el amor de mi vida. Te amo

A mis padres adoptivos

Deme, Lilia, Hectorín, Chepis, Juanis, Mary y Bety, porque sin su apoyo, ayuda y amor nunca lo hubiera logrado. Este éxito fue construido con su paciencia, cariño, regaños y consejos. Cada uno de ustedes ha puesto un pedazo de ilusión en mi y hoy puedo sentir el orgullo de haber cumplido un sueño de todos. Gracias hermanos.

A Sara, Sonia, Edith y Vero

Por brindarme la comprensión y el cariño que sólo las amigas saben dar, por estar conmigo en los días en que para mi no salía el sol. Por escucharme repetir el mismo discurso cientos de veces sin cansarse. Las quiero.

A esas personas maravillosas de las que aprendí inigualables cosas y con las que viví muchos momentos de alegría: Sam, Lupita, Raquel, Paco, Edith y Edgar. Son los mejores colegas que podría tener, en mis mejores recuerdos se quedan ustedes, porque siempre serán importantes para mi.

Al Jocoque Feliz

Por compartir desde el primer día y hasta el último momento, los sabores y sinsabores de la carrera. Por aguantar mis frustraciones enojos, tristezas, desveladas, cólicos, sueños rotos y momentos felices mientras trabajamos juntas. Pero sobre todo por ser mi amiga, te quiero jocoque.

A mis 18 niños y en especial para ti

Por recordarme que en esta vida la inocencia, las ilusiones y los sueños lo son todo, así como ustedes lo son para mí. Los quiero.

Lupita Olvera

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.	
EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y EL SIDA	6
Epidemiología del VIH/SIDA.....	6
Qué es el VIH.....	9
Historia del SIDA.....	12
Evolución Natural de la Enfermedad.....	17
Enfermedades Oportunistas.....	19
Transmisión del VIH/SIDA.....	23
Tratamiento de VIH/SIDA.....	27
Prevención del VIH/SIDA.....	29
CAPÍTULO II.	
EL CONDÓN	34
Historia del Condón.....	34
Tipos de Condones.....	38
Condomes Externos.....	38
Condomes Internos.....	41
Fabricación de los Condones.....	41
Uso Consistente y Correcto del Condón.....	44
CAPÍTULO III.	
AUTOEFICACIA Y EL USO DEL CONDÓN	49
Teoría de la Autoeficacia.....	49
Medición del Uso del Condón.....	68
REPORTE DE INVESTIGACIÓN	76
Objetivo General.....	79
Objetivos Específicos.....	80
Método	81
Participantes.....	81
Diseño Experimental.....	81
Materiales y Aparatos.....	82
Variables.....	82
Instrumentos.....	84
Medidas.....	85

Procedimiento.....	86
Resultados.....	88
Autoeficacia.....	91
Autorreporte del Uso del Condón.....	93
Habilidad Conductual en el Uso Correcto del Condón.....	97
Correlación entre Variables.....	98
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	101
REFERENCIAS.....	107
ANEXOS I.	
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	116

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar los efectos de un entrenamiento conductual en el uso correcto del condón sobre los niveles de autoeficacia percibida para usarlo y el autorreporte de su uso consistente. En el estudio participaron 105 estudiantes, finalizando el estudio 73. Se utilizó un diseño pretest-postest con un grupo experimental y uno control. La habilidad para usar correctamente el condón se evaluó solicitando la colocación de un condón en un pene de enseñanza. Los resultados muestran que el entrenamiento incrementó los niveles de autoeficacia, además aquellos sujetos que obtuvieron puntuaciones altas de autoeficacia, tenían porcentajes bajos de respuestas correctas en el uso correcto del condón, esto indica que los sujetos que se creen capaces de usar el condón correctamente no necesariamente saben hacerlo. El entrenamiento tuvo efecto en las variables del autorreporte, pues tuvieron un incremento importante. El entrenamiento incrementó significativamente el porcentaje de respuestas correctas, por lo que el entrenamiento fue efectivo. Los resultados encontrados tienen vital importancia para la investigación, para la aplicación de programas y para tener un mayor impacto en la reducción de conductas sexuales de riesgo.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad que se ha extendido desde el siglo pasado hasta la actualidad. Se estima que en América Latina la epidemia se inició al principio de los años 80's y en el caso de México los primeros caso diagnosticados de SIDA se registran en 1983. (Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martín y Santos-Preciado, 2004) El SIDA es el resultado de la exposición a un virus contagioso, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La principal hipótesis que se maneja es que esta epidemia se originó a partir de la transmisión del virus de inmunodeficiencia símica de los chimpancés al hombre (Brannon y Feist, 2001).

El VIH es un organismo infeccioso que muere fácilmente si no cuenta con las condiciones necesarias para su propagación, por lo cual no se transmite fácilmente. Se tienen identificadas como principales vías de transmisión: 1) por contacto directo con sangre contaminada, 2) cuando la madre está contagiada de VIH y puede transmitir la infección a su hijo, y 3) cuando se tienen relaciones sexuales que implican un intercambio de fluidos o secreciones genitales y algún miembro de la pareja se encuentra infectado (Brannon y Feist, 2001).

En el 2004 se registraron, a nivel mundial, 39.4 millones de personas infectadas con VIH (CENSIDA, 2005). 37,2 son adultos y la mitad de ellos son jóvenes entre 15 y 24 años. En el caso de México, las estadísticas muestran que las personas infectadas con VIH desde 1995, ascienden a 160 000; mientras que los casos acumulados de personas con SIDA son hasta el momento 90, 043, de éstos el 97.5% de personas son adultos jóvenes (CENSIDA, 2005). Además se reporta que el 91.4% de contagios acumulados (desde 1983 hasta el momento), se realizó por vía sexual, el 6.1% de las personas han contraído la enfermedad por transmisión sanguínea y el 2.1% por vía perinatal.

Como se observa, el contagio por vía sanguínea, actualmente, está más controlado, ya que existen medidas que permiten prevenir el contagio, pues los donantes de transfusiones deben ser sometidos a la prueba de anticuerpos al VIH; las agujas y jeringas no deben volver a utilizarse; los instrumentos de uso médico

no descartables deben esterilizarse de manera adecuada. En el caso del contagio vía perinatal, si la mujer es seropositiva y está gestando, debe buscar orientación especializada, pues el uso de medicamentos antiretrovirales y el empleo de cesárea en casos seleccionados disminuyen mucho las posibilidades de transmisión madre-niño. Otra recomendación muy importante en esta circunstancia es el no dar de lactar, ya que el virus se encuentra también en la leche materna y puede contagiarse de esta manera (Ruiz-Argüelles, 2003).

Sin embargo, el contagio por vía sexual sigue siendo el más frecuente (el 93.1% de los casos se ha dado por esta vía (CENSIDA, 2005), por ello resulta sumamente importante promover el uso correcto y consistente del condón para prevenir el contagio. Como se ha comprobado, el uso correcto y consistente del condón disminuye el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (entre ellas el VIH/SIDA), así como también disminuye el riesgo de un embarazo no planeado (Del Río-Chiriboga y Uribe Zúñiga, 1993; Sieving, Resnick, Bearinger, Remafedi, Taylor, y Harmon, 1997; Kordoutis, Loumakou, y Sarafidou, 2000; Caballero y Villaseñor, 2001; Gebhardt, Kuyper y Greunsvan, 2003).

Tomando en cuenta que el uso correcto del condón puede prevenir la transmisión del VIH/SIDA, se han realizado varios estudios (Fishbein y Pequegnat, 2000; Kaplan, Feinstein, Ficher y Klein, 2001; Lindemann y Brigham, 2003; Waszak, Tchupo, Jonson, Cheto y Nyam, 2003) para evaluar variables relacionadas con el uso correcto del condón: errores que se cometen al usarlos, efectividad de entrenamientos en el uso del condón. En los estudios mencionados anteriormente, se cuestiona la validez del autorreporte, como medida de la conducta sexual preventiva, ya que se ha demostrado que al usarlo, se pueden presentar varios errores, debido a la comprensión de las preguntas, a problemas de memoria y a la tendencia que muestran algunas personas a maximizar o a minimizar sus respuestas con base en lo que se espera de ellas (Waszak, Tchupo, Jonson, Cheto y Nyam, 2003). En la misma línea De Visser y Smith (2000) señalan la necesidad de evaluar el uso del condón con otros métodos más eficaces y objetivos, como el medir conductualmente las habilidades para usarlo correctamente.

Toda esta información impacta directamente en los programas de prevención del VIH/SIDA, porque el autorreporte también suele ser utilizado para evaluar el éxito de dichos programas.

Se han realizado investigaciones acerca del uso del condón (Fishbein y Pequegnat, 2000; Lindemann y Brigham, 2003) en las que se destaca la importancia de evaluar la habilidad conductual de usar el condón correctamente, además de medir la autoeficacia y utilizar el autorreporte con respecto al uso del mismo. Los estudios demuestran que quienes reportan usar consistentemente el condón y se perciben con la capacidad para usarlo, no necesariamente saben usarlo correctamente.

Lindemann y Brigham (2003), llevaron a cabo un estudio para elaborar una escala simple para evaluar la habilidad de usar un condón, además de relacionar la habilidad de usar el condón con la autoeficacia percibida para usar el mismo. La escala que diseñaron (The Measure of Observed Condom Use Skills, MOCUS), evaluaba 7 conductas para colocar el condón. Los autores encontraron que las mujeres obtuvieron una correlación significativa entre los puntajes de la escala y su nivel de autoeficacia, mientras que para los hombres esta correlación no fue significativa. En esta investigación la principal conclusión fue que el hecho de que en los estudios se evalúe el uso del condón mediante el autorreporte, no significa que está evaluando el uso del condón correcto del condón, por tanto la escala MOCUS de Gutman puede ser considerada una escala confiable para evaluar la habilidad de usar un condón.

En el estudio de Fishbein y Pequegnat (2000) se evaluaron los errores cometidos al usar el condón por medio del autorreporte. A los participantes, se les cuestionó cuántas veces habían tenido relaciones vaginales en ese mes, cuántas veces habían usado condón en ellas, cuantas veces tuvieron problemas al usar el condón. Se encontró que la mayoría de los sujetos que reportaban usar el condón consistentemente, cometían errores al colocarlo, por lo que el derramamiento de semen, los rompimientos (39%) y los deslizamientos (6.4%) eran muy frecuentes. La explicación que se propone en este caso es que el uso del condón se ve influido por los objetivos que se tiene al usarlo, ya que los dos últimos errores se

suelen cometer cuando el condón cumple la función de anticonceptivo. Cabe resaltar que todos los sujetos que participaron en el estudio reportaron usar el condón consistentemente.

Con estos estudios se comprueba que aunque los sujetos reportan el uso consistente del condón, no significa que se estén previniendo enfermedades de transmisión sexual (en especial el VIH/SIDA) o los embarazos no planeados, pues no se sabe si se está usando el condón de manera correcta.

La revisión teórica llevada a cabo revela la inconsistencia entre el nivel de autoeficacia percibida y la habilidad para usar correctamente el condón, por otra parte se muestra la escasa validez del autorreporte como medida del uso del condón; tomando en cuenta estos aspectos, el presente estudio tiene el objetivo de evaluar los efectos de un entrenamiento conductual en el uso correcto del condón sobre los niveles de autoeficacia percibida para usarlo y el autorreporte de su uso consistente, en las relaciones sexuales en jóvenes universitarios. El cual forma parte de un proyecto general titulado “Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA”, orientado a estudiar la comunicación sexual asertiva en parejas de adolescentes y adultos jóvenes y su relación con la adopción de comportamientos preventivos relacionados con el VIH/SIDA.

CAPÍTULO I.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA

Algunos de los temas más abordados dentro de la salud sexual tienen que ver con los riesgos a los que están expuestos los jóvenes ya que esta población representa una parte importante a nivel mundial, según el último informe de la UNFPA, para el 2005 la generación de jóvenes era la mayor registrada en la historia humana, más de la mitad de la población mundial (más de 3.000 millones de personas) tiene menos de 25, de éstos se calcula que hay 1.200 millones de adolescentes. Dentro de los principales problemas de salud sexual a que se enfrentan los jóvenes están, por un lado los embarazos no planeados y los abortos; y por el otro las Infecciones de Transmisión Sexual, así como el VIH/SIDA (Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2000).

Hay un gran interés respecto al VIH/SIDA debido a la rapidez con la cual se propaga y la gran cantidad de muertes que provoca, ya que no se cuenta con ninguna vacuna o cura que reduzca el impacto de la infección. A continuación se presentan algunas cifras que muestran el impacto que ha tenido el VIH/SIDA a nivel mundial.

Epidemiología del VIH/SIDA

La epidemia del VIH/SIDA está en constante cambio, se distribuye heterogéneamente por el mundo y no obedece un patrón establecido. Es claro que el número de casos sigue aumentando a pesar de que existen programas de prevención. En 1981 se contaban alrededor de mil casos de SIDA en todo el mundo, para 1985 se estimaban 3 millones de casos, en el año de 1990 ya eran 9 millones 500 mil casos, en 1995 el conteo punteaba más de 27 millones de personas con el virus en el mundo, en el año 2000 se tenía una cifra de 37 millones. Según el último reporte proporcionado por ONUSIDA (2005), se estima que existen 39,4 millones de infectados 37,2 millones son adultos, de éstos

aproximadamente el 50% tiene entre 15 y 24 años. El resto (2,2 millones) corresponde a menores de 15 años.

A continuación se presentan las cifras más recientes, que muestran el impacto del VIH/SIDA en los diferentes continentes (ONUSIDA, 2005).

En Asia se calcula que existen 8,4 millones de personas infectadas con VIH, asimismo, se estima que 541 000 personas murieron debido al SIDA, en el 2004, también se calcula que las infecciones en ese año fueron cerca de 1 180 000. En Asia Meridional y Sudoriental, la prevalencia entre adultos es de 0.6%, entretanto en Asia Orienta y Pacífico la prevalencia es de 0.1%.

Mientras que en el África Subsahariana, viven 25 400 000 personas con VIH y, en el 2004 se registraron aproximadamente 3 100 000 nuevos casos. Al mismo tiempo se notificaron 2 300 000 fallecimientos a causa del SIDA. Esta región es la más afectada por el virus, en la actualidad (Bermúdez y Teva, 2004), su prevalencia es de 7.4%. En África del Norte y en el Oriente Medio informan que cerca de 540 mil personas están infectadas por el VIH, además se estima que durante el 2004, hubo 92 000 nuevas infecciones y 28 000 decesos a causa del SIDA, su prevalencia es de 0.3%.

Durante el 2004, en Europa Oriental y Asia Central vivían 1 400 000 personas con el virus de VIH y se registraron 21 000 casos de nuevas infecciones, en el mismo año murieron por SIDA 60 000 pacientes. La prevalencia en esta zona es de 0.8%.

En Europa Occidental y Central, existían 610 000 personas viviendo con VIH hasta el 2004, con un índice de fallecimientos de 6 500 personas en este mismo año. Para este año se reportaron 21 000 casos y existía una prevalencia de 0.3%.

Para el 2004 en América del Norte, existían 1,0 millones de personas viviendo con VIH, el reporte de nuevos casos por VIH sumaba 44 000, con un índice de prevalencia en Estados Unidos y Canadá de 0.5% en adultos. Por otro lado, los decesos a causa del SIDA llegaron a 16 000 para este año. Entretanto, en América Latina 1 700 000 personas, se encontraban infectadas por VIH, con un número de fallecimientos de 95 mil personas, debido al SIDA en el año 2004.

La prevalencia entre los adultos es de 0.6%. Una característica de la epidemia en América del Sur es que el contagio se presenta principalmente, en grupos de población con riesgos particulares, es el caso de hombres homosexuales y usuarios de drogas. Mientras que en América central el modo de transmisión que desempeña un papel central en la epidemia es el sexual, específicamente entre hombres que tienen sexo con otros hombres.

Por otro lado, en los países del Caribe se reportan más de 440 000 casos de VIH, falleciendo 36000 a causa del SIDA. La prevalencia en estos países es de 2.3%, ocupando el segundo lugar después de África Subsahariana. En el caso de Oceanía, los casos diagnosticados por VIH son en promedio 35 000, mientras que las defunciones por SIDA son alrededor de 700, en el 2004. La prevalencia en estos países es de 0.2%.

Sumando todas las cifras de los datos más recientes (ONUSIDA, 2005), en el mundo viven 39,4 millones de personas infectadas con VIH, 17,6 millones del total de personas infectadas son mujeres. Se señala que el número de nuevas infecciones por VIH/SIDA alcanzó los 4,9 millones, con una prevalencia de 1.1% en los adultos. Las defunciones causadas por el SIDA, para este mismo año, ascendieron a 3,1 millones de personas. Se estima que diariamente se presentan aproximadamente 14 000 nuevos casos de infección por el VIH.

Como se puede observar a nivel mundial, el número de personas infectadas por VIH así como la cifra de personas que han fallecido a causa del SIDA es desorbitante. El caso de México no es la excepción y la tendencia de la epidemia del VIH ha estado marcada, por tres etapas: la primera de 1983 a 1987 con un crecimiento lento, la segunda de 1988 a 1991 con un crecimiento exponencial y la última de 1992 a 1995 que refiere un crecimiento amortiguado. Según Magis y Del Río-Chiriboga (2000) las características de estas etapas se observan esencialmente en zonas metropolitanas del país, ya que es ahí donde se concentran la mayoría de los casos. CENSIDA (2005c), reporta que las ciudades con mayor número de casos acumulados de SIDA son en primer lugar el Distrito Federal con 19 528 casos, seguido del Estado de México con 10 569, el tercer lugar lo ocupa el estado de Veracruz con 8 923 casos.

Hasta el 15 de noviembre de 2005, se reportaban 98 833 casos acumulados de SIDA en toda la República Mexicana y 180 000 personas viviendo con la infección de VIH. Se sospecha que anualmente se presentan 4 800 casos nuevos de SIDA y 4 720 muertes por la misma causa. En cuanto a la distribución de la enfermedad por sexo, se observa que de los 90 043 casos detectados con SIDA, 82, 382 de los casos (83.3%) se presentan en la población de varones y 16, 551 (16.7%) en la de mujeres. El 78.9% de estos casos (77 220 personas infectadas) se presenta en la población mayor de 15 años y el 2.4% (2 383 personas infectadas) en menores de 15 años.

En México, el 92.2% del total de los casos se contagian por vía sexual, de estos el 47.7% se presenta en homosexuales y bisexuales y el 44.5 % en heterosexuales. El 5.3% de las personas han contraído la enfermedad por transmisión sanguínea. El descenso de los casos por esta vía se debe en gran parte a las disposiciones legales implementadas en 1986 que prohibieron la comercialización de sangre. La transmisión por vía perinatal constituye el 2.2%, mientras que el 0.3% de los contagios se ha dado por alguna otra vía de transmisión, como el transplante de órganos contaminados, accidentes con agujas e instrumentos punzocortantes, por mencionar algunos (CENSIDA, 2005c). La epidemia del SIDA fue lo que en un inicio abrió la brecha para investigar su origen, así como descubrir su estructura biológica y su funcionamiento, pues cada día se encontraban nuevos casos de una enfermedad desconocida. Así, resulta importante ahondar en como se fue dando este proceso hasta llegar a todo lo que hoy en día se conoce sobre VIH/SIDA.

Qué es el VIH

El VIH pertenece a la familia de los virus, estos son microorganismos que en su parte central están compuestos ya sea por ADN o ARN, posee además una capa que envuelve los ácidos nucleicos compuesta principalmente de proteínas. Se requiere de una célula viva para que el virus pueda desarrollarse y reproducirse. Dadas estas condiciones se introduce a una célula huésped para

apoderarse de sus comandos genéticos y reproducirse mediante el uso de las enzimas del metabolismo (Grmek, 1992).

VIH es la sigla con la que se conoce al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), al tratarse de un virus incapaz de reproducirse por sí solo, necesitando invadir las células humanas y como consecuencia creando una deficiencia que impida un funcionamiento apropiado del sistema inmunológico del cuerpo. Dicho virus sólo puede ser contraído por los seres humanos (Fundación anti-SIDA de San Francisco, 2005).

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, está integrado por tres genes fundamentales: a) el gen *gag* que se dedica a la codificación de las proteínas del nucleótido, se encuentra en el centro del virus; b) el gen *pol* encargado de determinar la síntesis de la enzima de transcriptasa inversa; y c) el gen *env* que permite la síntesis de las glucoproteínas de la envoltura viral. La presencia de estos tres genes es necesaria para que se lleve a cabo la replicación del genoma (Cassuto, Pesce y Quaranta, 1991).

Para que un virus pueda incorporarse al genoma celular es necesario que lo haga en forma de ADN, sin embargo, los virus ARN no tienen dificultades para llevar a cabo su tarea, lo hacen mediante una enzima específica que en un inicio fue llamada transcriptasa inversa y actualmente se conoce como polimerasa, ésta permite la síntesis de una cadena complementaria de ADN moldeada sobre la cadena del ARN viral. Después de que ha penetrado en la célula, la enzima ya mencionada, transcribe el ARN en ADN que puede penetrar entonces en el aparato nuclear. El grupo de virus ARN que posee esta enzima pasa una parte de su ciclo biológico químico en marcha atrás y es por eso que se le llama retrovirus (Grmek, 1992).

El VIH posee una gran ventaja que consiste trabajar de manera silenciosa, pues transcurre un periodo de tiempo, que varía en cada caso, a partir del momento en que es adquirido hasta la fecha en que se manifiesta como enfermedad. Esto propicia que haya un retraso en la notificación de casos, haciendo más difícil el conteo de aquellas personas que se encuentran infectadas y esto también favorece la propagación del virus (Magis y del Rio, 2000). Al entrar

el VIH se encuentra con las células encargadas de defender al cuerpo de virus, gérmenes y bacterias (células llamadas CD4), introduciéndose en ellas. Ya dentro, el VIH incorpora su material genético en el núcleo de la célula y toma el control de sus actividades, quedando así subordinada a las instrucciones del virus. Se mantendrá ahí durante algún tiempo, en el que utiliza a la célula infectada como centro de operaciones para crecer y reproducirse con ayuda del material de la célula invadida. Por último, una vez que el virus se ha replicado en un determinado número de veces, él y sus réplicas salen de la célula, en busca de más células que puedan infectar y destruir. Como consecuencia de la salida la célula es eliminada (Del Amo, 1999). El VIH se replica rápidamente en el organismo y a pesar de que los linfocitos CD4 mueren en su lucha contra el virus, el sistema inmunitario genera más células para combatirlo, sin embargo, llega el momento en el que la persona con el virus no es capaz de abastecer de manera suficiente la regeneración de los CD4 y queda totalmente indefenso ante el virus (Del Amo, 1999).

Por otra parte, existen dos tipos de VIH que son el VIH-1 y el VIH-2. Las diferencias entre cada uno de ellos tienen que ver con su estructura genética, así como de su distribución mundial. El VIH-2 se ha distribuido en zonas muy específicas de África Occidental como Gambia, Costa de Marfil, Guinea y Senegal, ha infectado un porcentaje importante de la población, sin embargo produce un número menor de enfermedades que el VIH-1. El VIH-2 también se ha presentado en otros lugares, además de África, como Portugal y la India. Todo esto habla de un virus menos contagioso y a su vez de un virus que hace que las lesiones producidas en el organismo se lleven a cabo en un periodo de tiempo mayor (Nájera, 2000). El VIH-1 se caracteriza por ser un virus mucho más agresivo y que se desarrolla en un período de tiempo inferior al del VIH-2, el VIH-1 se ha distribuido con mayor rapidez por el mundo, llegando así a un mayor número de países, esto habla de un virus mucho más contagioso, por eso cuando se habla de VIH, comúnmente se hace referencia a éste último.

Del VIH existen variaciones dentro del mismo virus, una vez dentro del organismo realiza un proceso constante de replicado, sin embargo, al hacer las

réplicas comete algunos errores, por lo cual las copias que produce no resultan exactamente iguales. A este proceso se le llama mutación. No todas las mutaciones que se efectúan sobreviven, pues en el proceso algunas resultan defectuosas, las que logran sobrevivir continúan con su tarea produciendo más duplicados de sí mismas (Del Amo, 1999).

Historia del SIDA

A pesar de que el virus de inmunodeficiencia humana es el agente causante del SIDA, primeramente se descubrió y estudió el SIDA.

En 1981 aparecen los primeros casos diagnosticados con una rara neumonía (neumonía por *Pneumocystis carinii*), la cual en algunos casos estaba acompañada por el desarrollo del sarcoma de Kaposi manifestado como un extraño tumor oportunista que se exteriorizaba a través de una serie de manchas rojizas en la piel. Otra particularidad de los casos era la presencia de diarreas, así como muguet oral y anal ([úlceras o lesiones causadas por el hongo *Candida albicans*), con el paso del tiempo los enfermos parecían estar más graves (Del Amo, 1999). Anterior a la presencia de los primeros casos de SIDA se habían registrado diagnósticos de *Pneumocystis carinii* y de sarcoma de Kaposi pero eran poco usuales, se manifestaban únicamente en algunos pacientes con bajas defensas. Estos síntomas hacían pensar a los investigadores que algún virus era causante de dicho cuadro clínico, opinaban que este virus ocasionaba algunas fallas en el sistema inmunológico de las personas (Grmek, 1992).

Unos meses después en la ciudad de Nueva York, se presentaron nuevos diagnósticos con las mismas características de los ya detectados en California. En todos los casos se trataba de hombres jóvenes homosexuales, hecho que influyó para que, en un inicio, se pensara que esta enfermedad únicamente atacaba a esta población. Dicha enfermedad también fue relacionada con el uso frecuente de drogas por la comunidad gay. Sin embargo, con el paso del tiempo y una vez conocido el cuadro clínico de esta enfermedad, se comenzó a presentar el padecimiento en personas heterosexuales, en algunos casos también adictos a

drogas intravenosas. En poco tiempo incrementó el reporte de casos con las características de la nueva enfermedad no sólo en Estados Unidos, sino que también en países europeos (Del Amo, 1999). Este fue el origen de la epidemia que más tarde se extendería al resto del mundo.

En 1982 es bautizada esta enfermedad, por el departamento de salud de los Estados Unidos, con el nombre de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), haciendo referencia precisamente a que existía una deficiencia en el sistema inmunológico de modo que no funcionaba correctamente para combatir los invasores del cuerpo como virus y gérmenes, así como al hecho de que la enfermedad era adquirida en el transcurso de la vida (Fundación anti-SIDA de San Francisco, 2005). Una vez que fue bautizado el SIDA, faltaba saber cuál era el virus que causaba la enfermedad del SIDA, así que los científicos centraron sus investigaciones en esta línea. Fueron principalmente dos países los que destacaron en dicha búsqueda, Estados Unidos con el doctor Robert Gallo y Francia con el doctor Luc Montagnier. Finalmente en el año de 1983 en el Instituto Pasteur de Francia, el doctor Montagnier logra aislar al agente causante del SIDA (LETRA'S, 2001).

Robert Gallo, fue el investigador que descubrió el primer retrovirus humano en el laboratorio de Biología Celular de Tumores y lo llamó HTLV-I, este virus era el agente causante de algunos tipos de leucemia. Unos años más tarde, logra aislar otro retrovirus al que bautizó con el nombre de HTLV-II, con un aspecto similar al anterior, pero sin estar relacionado de manera directa con las leucemias (Grmek, 1992).

Grmek (1992), sostiene que Gallo y sus colaboradores pensaban que el agente causal del SIDA era un retrovirus idéntico o muy parecido a los de la familia de los HTLV, finalmente y a pesar de que se presentaron avances con respecto a las investigaciones para descubrir el virus responsable del SIDA no hubo ninguna prueba que responsabilizara al HTLV de la aparición del SIDA.

En Francia también se realizaban estudios que aportaron un mayor conocimiento sobre el virus causante del SIDA. En 1983, es extirpado un ganglio del cuello de un hombre de 33 años del que se sospechaba estaba infectado de

SIDA. El ganglio fue examinado por el doctor Luc Montagnier logrando como resultado el aislamiento de otro retrovirus, en este caso el causante del VIH, al cual nombró LAV/HTLV-III (Grmek, 1992). Con la investigación de Montagnier comienzan las disputas sobre los derechos del descubrimiento del virus. Para terminar con esta discusión y por acuerdo internacional el retrovirus llamado en un inicio LAV/HTLV-III es denominado como Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH (Romo y Salido, 1997).

Muchas fueron las especulaciones sobre el origen del VIH, finalmente la explicación a la que más se apela y la más probable indica que es en el África Subsahariana y África Central donde se inició la epidemia para después extenderse al resto del mundo. Después de realizar algunas investigaciones se encontró que algunos casos reportados, tenían vínculo con países de este continente (Grmek, 1992).

Después de varios análisis del material genético del VIH, se encontró que éste tenía una gran similitud con el virus de inmunodeficiencia simia (VIS), este virus afectaba a monos del centro de África, en la actualidad está comprobado que el VIH es un virus descendiente del VIS, el VIH constituye la mutación de este virus existente desde hace miles de años en el mono africano (Ballester, 1994).

Del Amo (1999) plantea, que el paso del virus de los simios al hombre se produjo por las mordeduras de estos animales a los individuos o posiblemente a través de las heridas durante las cacerías de los mismos, las cuales se consideraba que eran en extremo sangrientas, pues una de las vías de transmisión es por contacto sanguíneo.

Cada vez eran más frecuentes los casos de SIDA detectados en países africanos, la primera muestra seropositiva de VIH en África fue descubierta en sangre proveniente de Zaire, la cual había sido almacenada en 1959. Para el año de 1985 un grupo de científicos realizó un análisis de 659 muestras de una remota zona rural de Zaire que había sido recogida en 1976 a causa de un brote de virus de Ébola, el resultado fueron cinco muestras VIH-1 positivas. Al buscar a los sujetos que habían sido detectados como positivos se encontró que tres de ellos ya habían fallecido a causa de enfermedades que develaban la existencia del

SIDA, los otros dos casos de VIH-1 seropositivos permanecían aun sanos (Del Amo, 1999).

Algunos autores (Ballester, 1994; Del Amo, 1999) sugieren que la expansión del VIH proveniente de África al resto del mundo, está relacionada con los cambios sociales y demográficos que se han experimentado en el mundo, el incremento de viajes debido a situaciones como el turismo, el trabajo, emigración y otras causas que han propiciado no sólo un intercambio de ideas, sino también de enfermedades.

El virus se extendió con gran rapidez desde el centro de África hasta Europa y algunas islas del Caribe, como Haití. Estas islas tenían una gran afluencia del turismo, incluyendo personas del colectivo homosexual, este hecho fue vinculado fácilmente con la llegada del virus a los Estados Unidos y Europa donde se siguió propagando, en un inicio entre el mismo colectivo y posteriormente entre el resto de la población (Ballester, 1994).

A partir de que Gallo y su grupo de investigación, en 1985, produjeran la primera prueba para detectar el VIH/SIDA, se han realizado esfuerzos por mejorar las pruebas de detección. Actualmente, existen 3 pruebas para identificar a una persona infectada con VIH/SIDA: ELISA, IFA y la Wester Blot (Grmek, 1992).

La prueba de ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay), es la más utilizada debido a su bajo costo, su procedimiento sencillo y su nivel de confiabilidad. Esta prueba identifica los anticuerpos que el sistema inmunológico desarrolla contra el VIH. Es preciso mencionar que la detección del virus, por medio de esta prueba, debe de realizarse después de 3 meses de haber tenido un comportamiento de riesgo. Este tiempo de espera, llamado “ventana inmunológica”, es el tiempo que tarda la mayoría de las personas infectadas en fabricar anticuerpos contra el VIH. La prueba es todavía más certera si se realiza después de 6 meses, ya que se ha observado que el 95% de las personas ya han desarrollado anticuerpos (VanDevanter, 1994).

La prueba de ELISA es muy sensible (99.5%), es decir, que puede detectar pequeñas cantidades de anticuerpos. Por el contrario, su especificidad es baja y por lo tanto en contados casos, puede llegar a dar resultados positivos, cuando no

lo son. Es por ello que si se da un resultado positivo en esta prueba, se mandan realizar la Wester Blot y la IFA, para confirmar el diagnóstico. Igualmente, es conveniente señalar que en los niños recién nacidos (0 a 6 meses), un cultivo viral posee más sensibilidad y especificidad para detectar el VIH (VanDevanter, 1994).

Para poder diagnosticar un caso clínico de SIDA se requiere la detección de enfermedades oportunistas y neoplasia, pero para el caso de algunos países en los que no se cuenta con el equipo necesario para detectar dichas enfermedades, es difícil el diagnóstico de los casos de SIDA. La falta de consenso, entre algunos países para definir el cuadro clínico del SIDA, generó algunas dificultades (Camacho, 2000). Dado que existen naciones en las cuales no se presentan condiciones favorables para la detección del SIDA mediante pruebas, se han generado algunos criterios para la definición de casos con SIDA. Se diagnostica según la presencia de 2 signos mayores y por lo menos uno menor, o por la presencia de cualquiera de los criterios directos. Los signos considerados como mayores y menores, así como los criterios definitorios directos aparecen en el siguiente cuadro (Camacho, 2000).

Para ello la Organización Mundial de la Salud realizó una declaración obligatoria a la que deben ajustarse los médicos de manera estricta. Los criterios de definición de la enfermedad del SIDA son los siguientes (Cassuto, Pesce y Quaranta, 1991).

Tabla 1
Criterios para definir el SIDA, según Camacho (2000)

<i>Signos mayores</i>
Pérdida de peso mayor de 10%. Diarrea de más de un mes de duración. Fiebre de más de un mes de duración.
<i>Signos menores</i>
Tos de más de un mes de duración. Dermatitis pruriginosa generalizada.

Herpes zoster recurrente. Candidiasis bucofaríngea. Infección diseminada y progresiva por herpes simple. Linfadenopatía generalizada.
<i>Criterios definitivos directos</i>
Criptocosis meníngea. Sarcoma de Kaposi diseminado.

Evolución Natural de la Enfermedad

El desarrollo del VIH es diferente para cada persona, generalmente, transcurren de 6 a 10 años desde que una persona se infecta, hasta que presenta síntomas del SIDA (Brannon y Feist, 2001). Asimismo, la duración de las cuatro etapas por las que atraviesa una persona infectada de VIH es variable. Las cuatro etapas de desarrollo del VIH, se describen a continuación:

Fase I: Infección Aguda

La fase de infección aguda, comienza desde el momento en el que el virus entra en contacto con la sangre de la persona sana. Cuando esto sucede, el sistema inmunológico, envía linfocitos T CD4+, para tratar de que el virus no se extienda por todo el cuerpo (Brannon y Feist, 2001; Sanz, Vega y Martínez, 2000). Los linfocitos T CD4 son los encargados de inactivar a la mayoría de los virus que entran en contacto con el organismo humano. No obstante, el virus entra al centro de los linfocitos y de los macrófagos (un tipo de glóbulos blancos), incorporando su material genético al núcleo de la célula de defensa, utilizándola para crecer y reproducirse, cuando se ha multiplicado en un número adecuado todos los virus salen de la célula matándola, produciéndose un decremento en los linfocitos T CD4+ por un periodo corto pues, el sistema inmunológico responde mandando

más células de defensa, permitiendo que el virus se multiplique rápidamente (Del Amo, 1999).

Aproximadamente el 70% de las personas que adquieren el VIH, presentan ciertos síntomas: fiebre, dolor de garganta, salpullido o erupciones cutáneas, escalofríos, sudoraciones nocturnas, dolor de cabeza, mialgias, anorexia, náuseas y diarrea, entre otros (Brannon y Feist, 2001; Camacho, 2000). Frecuentemente, estas manifestaciones son confundidas con un cuadro gripal, por la mayoría de los sujetos infectados debido a su levedad. Esta fase dura, normalmente, cerca de 6 a 10 semanas.

Fase II: Asintomática

Esta fase se caracteriza, como su nombre lo indica, por la ausencia de síntomas clínicos, por lo que la persona aparenta estar sana. Aún así, el virus del SIDA se sigue replicando a una velocidad impresionante, ya que se producen aproximadamente 10 billones (10.000.000.000) de copias del virus diariamente, matando cerca de 2 millones de linfocitos T CD4+ (Del Amo, 1999). Esta etapa puede durar de 8 a 10 años, hasta que el sistema inmunológico pierde la capacidad de regenerar las células de defensa y comienza la siguiente fase, donde ya se presentan síntomas (Fundación anti-SIDA de San Francisco, 2005).

Fase III: Sintomática Precoz

Es hasta en la sintomática precoz, cuando los pacientes suelen manifestar cuadros sintomáticos que se relacionan con un deterioro del sistema inmunológico. Estos síntomas pueden ser: fiebre, cansancio, sudores nocturnos, pérdida del apetito, pérdida de peso, diarrea permanente, manchas blancas en la boca, salpullidos cutáneos dolorosos, inflamación de los ganglios, y en ocasiones infecciones oportunistas leves (Brannon y Feist, 2001; Camacho, 2000).

Fase IV: SIDA

Llegando finalmente a la fase, denominada SIDA. Es aquí cuando el número de linfocitos T CD4+ desciende aparatosamente a 200, por milímetro cúbico de sangre. Esto indica la pérdida de la capacidad defensiva del sistema inmunológico, permitiendo que el organismo sea atacado por diversas enfermedades oportunistas que afectan diversos órganos, partes y tejidos del cuerpo humano, tales como: los pulmones, el tracto gastrointestinal, el sistema nervioso, el hígado, los huesos, el cerebro, los aparatos reproductivos y los genitales, siendo estas las que ocasionan la muerte de las personas infectadas. Es en esta fase cuando se agudizan algunos síntomas: pérdida de peso agravada y rápida, fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, bultos morados en la piel y demencia relacionada con el SIDA (Brannon y Feist, 2001).

Enfermedades Oportunistas

Como se mencionó anteriormente, las enfermedades oportunistas y los neoplasmas son los causantes de las muertes de los enfermos de SIDA. Cuando el sistema inmune ya no puede producir las células que protegen al cuerpo, este queda a merced de virus, bacterias, parásitos y hongos que se encuentran en el ambiente y que normalmente no causan daños severos, pero que en personas con SIDA, son mortales. A continuación, se exponen las principales enfermedades y neoplasmas que se suelen presentar durante la última fase del VIH (Amigos contra el SIDA, n/f).

Tabla 2
Enfermedades Oportunistas

AGENTE	ENFERMEDAD Y/O INFECCIONES	ETIOLOGÍA	SÍNTOMAS
VIRUS	Citomegalovirus	Causado por el <i>citomegalovirus</i> .	Diarrea, disminución de la agudeza visual, visión

			borrosa o con manchas (Carne, 1989; Daniels, 1988; Muma, Borucki, Ayachi, Canales, Hausrath, Lavigne, y Paar, 2000; Romo y Salido, 1997).
	Encefalopatía	Es causada por el VIH.	Pérdida progresiva de la memoria, alteración del estado de alerta, convulsiones, cefalea, falta de retención y desinterés (Muma, et al., 2000; Sanz, et al., 2000).
	Herpes Simple	Causada por el <i>Herpes simple</i> (tipo 1 y 2).	Lesiones mucocutáneas de tipo 1 peribucales y lesiones mucocutáneas de tipo 2 perianales (Muma, et al., 2000; Romo y Salido, 1997; Sanz, et al., 2000).
	Herpes Zóster	Es causada por el virus <i>Varicella zoster</i> .	Lesiones mucocutáneas en trayecto nervioso en media cara, un miembro o en la zona intercostal (Romo y Salido, 1997; Sanz, et al., 2000).
	Leucoencefalopatía multifocal progresiva	Causada por el virus denominado <i>papovirus</i> .	Demencia progresiva (Muma, et al., 2000; Weber y Pinghing, 1989).
	Leucoplaquia o leucoplasia	Causada por virus de <i>Epstein Barr</i> .	Aparición de lesiones papilares blanquecinas de tipo rugoso en los bordes de la lengua (Muma, et al., 2000; Weber y Pinghing, 1989).
BACTERIAS	Tuberculosis	Causada por el bacilo	Dolor de pecho al respirar,

		<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , puede afectar a cualquier tejido del cuerpo, pero en general se sitúa en los pulmones.	tos, fiebre, sudoración nocturna, falta de apetito y expectoración blanca y espumosa (Muma, et al., 2000; Romo y Salido, 1997; Sanz, et al., 2000).
	Meningitis	Causada por la bacteria <i>Cryptococcus</i> , consiste en una inflamación de los tejidos que recubren el encéfalo y la médula espinal	Cefalea, rigidez de nuca, fiebre, náuseas, vómitos, apatía e irritabilidad (Carne, 1989; Muma, et al., 2000; Sanz, et al., 2000).
	Gastroenteritis o Salmonelosis	Es causada por la bacteria <i>Salmonella no typhi</i> .	Ocasiona diarrea, vómito y fiebre (Daniels, 1988).
HONGOS	Candidiasis	Ocasionada por el hongo <i>Candida albicans</i> .	Grumos color blanco y lechoso en la lengua, en la boca; dificultades al deglutir y dolor retroexternal, en el esófago; dolor, fiebre y expectoración, en los pulmones; manchas violetas y rojizas con comezón, en la piel (Carne, 1989; Muma, et al., 2000).
	Histoplasmosis	Se origina por un hongo denominado <i>Histoplasma capsulatum</i> .	Lesiones cutáneas (ronchas) en las que se forman costras; cuando se da en los pulmones causa fiebre, tos, expectoración e insuficiencia respiratoria (Muma, et al., 2000).
	Neumonía	Se considera la	Tos, expectoración blanca y

		infección más frecuente en pacientes con SIDA, es causada por <i>Pneumocystis carinii</i> . Se da una inflamación de los pulmones caracterizada por la aparición de una exudación fibrosa en estos órganos	espumosa, insuficiencia respiratoria, fiebre, sudoración nocturna y falta de apetito (Carne, 1989; Muma, et al., 2000; Sanz, et al., 2000)
PARÁSITOS	Criptosporodiosis	Originada por el parásito <i>cryptosporidium</i> .	Provoca diarrea espumosa por la noche, como único síntoma (Muma, et al., 2000).
	Toxoplasmosis	Causada por el parásito llamado <i>Toxoplasmosis gondii</i> .	Crecimiento de ganglios, crecimiento de hígado y/o bazo, alteraciones neurológica, hemiparesia o hemiplejia, dificultad para hablar y en ocasiones, cefaleas (Muma, et al., 2000; Romo y Salido, 1997; Sanz, et al., 2000).
NEOPLASIAS	Cáncer Cervical Invasor.	Causado por el virus del papiloma humano.	Hemorragia anormal, aumento de flujo vaginal, dolor en pubis y dolor durante el coito (Rivera y González, 2000).
	Diversos tipos de cáncer o linfomas	Se presenta tumoración de tejido linfático en: ganglios, pulmón, hígado, bazo, intestino, entre otros	Sudoraciones nocturnas, pérdida de peso y crecimiento ganglionar (Carne, 1989; Muma, et al., 2000; Rivera y González, 2000; Sanz, et al., 2000).

	Sarcoma de Kaposi	Cáncer ampliamente vinculado con la pandemia del VIH, causado por factores desconocidos.	Manchas color vino en el paladar, encías, planta de los pies, entre los dedos y las uñas, en el reto o los genitales o en la piel de cualquier parte del cuerpo y no produce molestias (Carne, 1989; Muma, et al., 2000; Rivera y González, 2000; Sanz, et al., 2000).
--	-------------------	--	--

Como se observa, son varias las enfermedades oportunistas que se dan en el SIDA y que finalmente son la causa de la muerte de millones de personas. Por este motivo, la prevención de la enfermedad se ha vuelto un factor esencial, la base de la prevención radica en el conocimiento de las vías de transmisión, para de esta manera reducir la incidencia.

Transmisión del VIH/SIDA

Cuando los médicos comenzaron a investigar el SIDA, se desconocía como se contagiaban las personas, pero al estudiar el Virus de Inmunodeficiencia Humana, se logró identificar sus mecanismos de transmisión, y por ende las conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de contagio.

Debido a que el VIH se encuentra en las células infectadas (especialmente en la sangre) y en todas las secreciones corporales (semen, secreciones vaginales, leche materna), en este momento se reconocen tres formas de transmisión: sexual, sanguínea y la perinatal (Cohen, 1994; Villasis, 2000).

- Transmisión Sexual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 75% de los casos se efectúa por transmisión sexual del VIH, por lo cual este tipo de transmisión es

considerado la principal forma de contagio en el mundo. En México, CENSIDA (2005c) reporta el 92.2% de casos contagiados por contacto sexual.

Cuando se tiene contacto sexual con una persona infectada, el riesgo de contagio depende de varios factores: número de parejas, prevalencia de la infección por VIH en la población, tipo de contacto sexual, eficacia para transmitir el virus por parte de la pareja infectada, así como la susceptibilidad de la pareja receptora y las propiedades biológicas del virus (Villasis, 2000).

En cuanto al tipo de contacto sexual, se sabe que la práctica con mayor grado de riesgo es la penetración anal pasiva sin protección, siendo menos riesgoso el ejercer el papel activo, ya sea en contactos homosexuales o heterosexuales. Los datos reportados por Villasis (2000), indican que la transmisión del hombre hacia la mujer posee una mayor probabilidad que a la inversa. Sin embargo, cuando la mujer comienza a presentar síntomas, el contagio de mujer a hombre suele incrementarse. El riesgo de contraer VIH/SIDA por medio de relaciones vaginales es mayor en países en vías de desarrollo, debido a que generalmente no se usan medidas de protección (Cohen, 1994). El contagio entre lesbianas es muy poco frecuente, sólo se tienen reportados dos casos por transmisión sexual. El sexo oral, sin protección, representa un riesgo bajo, en comparación con el coito anal o vaginal, pues la boca es una zona habitualmente agresiva para el VIH y sumado a esto, el registro de casos por este medio es poco frecuente. El riesgo de transmisión por medio de la saliva es muy bajo, quizá a causa de la baja concentración de VIH que hay en esta sustancia, esto tanto para un contacto oral-genital, como para un contacto únicamente oral. Villasis (2000) sostiene que la eficacia para transmitir el VIH por vía sexual, se hace evidente por la alta tasa de infección de parejas sexuales de un individuo, aunque sólo hayan tenido un contacto. Respecto a esto, la autora menciona que existe una relación directa entre la gravedad de la inmunodeficiencia y la capacidad para transmitir el virus, así que cuando existen enfermedades asociadas con el SIDA, o se detecta una disminución de los linfocitos CD4+, se presenta un posible incremento de transmisión a las parejas sexuales.

Por otro lado, cabe señalar que existen otras variables que pueden aumentar la capacidad infectante y/o la susceptibilidad de la pareja receptora: tener relaciones con una mujer infectada con hemorragia vaginal, debida a su menstruación o a otra causa; mantener relaciones con un hombre contagiado con hemorragia del pene; tener relaciones con personas con úlceras genitales, ya sean causadas por irritaciones químicas o lesiones; mantener relaciones con personas que presenten infecciones de transmisión sexual, como las infecciones por clamidia, gonorrea o sífilis; los hombres que no se han practicado la circuncisión tienen mayor riesgo de contagio, por presentar frecuentemente infecciones en el glande y porque el prepucio se suele dañar en las relaciones sexuales; el uso de anticonceptivos orales puede provocar cervicitis (infecciones en el cuello del útero), aumentando el riesgo de contagio (Villasis, 2000).

- Transmisión Sanguínea

Es una vía más de transmisión, en ella se incluyen la transfusión de sangre contaminada, la inyección de productos sanguíneos infectados, al igual que el compartir agujas por parte de los consumidores de drogas. Actualmente, la transmisión del VIH por transfusiones sanguíneas casi ha desaparecido, debido a las pruebas serológicas a las que someten la sangre donada en los países desarrollados. En los países como México, la aplicación de estos análisis todavía es difícil, como lo indica el 5.3% de casos reportados por transfusión sanguínea (CENSIDA, 2005). Los individuos consumidores de drogas intravenosas (cocaína y heroína, principalmente), se han infectado al compartir agujas y jeringas contaminadas (Cohen, 1994). Esta modalidad de transmisión es muy rápida y se asocia a factores tales como: la frecuencia y el número de parejas con quienes se comparten las agujas, el número de inyecciones y la prevalencia de infección en la población de pertenencia. Otros modos de contagio poco frecuentes, son los procedimientos que se realizan al practicar acupuntura, tatuarse o al perforarse, a través de objetos que poseen sangre contaminada (CDC, 2005).

- Vía de transmisión perinatal

Por último, la vía de transmisión perinatal hace referencia al contagio que ocurre cuando una mujer infecta a su hijo durante el embarazo, el parto o el periodo de posparto, cuando el infante es amamantado. En algunas ocasiones las pruebas de detección de VIH, aplicadas a los recién nacidos, resultan positivas a causa de los residuos de placenta que se queda en su organismo, sin embargo ellos no se encuentran infectados. Si bien existen avances en cuanto a la prevención de transmisión por esta vía, es verdad que todavía no se identifica con claridad la forma en la que los bebés adquieren el virus en cada etapa perinatal. Algunos de los factores asociados a este tipo forma de transmisión y que pueden aumentar el riesgo de contagio son: un recuento bajo de linfocitos CD4+, poco antes del parto; rotura prematura de membranas; la presencia de enfermedades de transmisión sexual; bajo peso al nacer (menos de 2.5kg); y una carga viral, en el momento del parto, mayor a 50 000 copias/ml. A pesar de que el niño se encuentra expuesto a la sangre y a los fluidos de la madre, durante cualquier tipo de parto, se cree que la cesárea reduce el riesgo de transmisión. Asimismo, cuando se utiliza el medicamento AZT, se reduce la transmisión de 25.5 a 8.3% (Cohen, 1994; Villasis, 2000). Los contagios en niños, después del parto, se dan muy frecuentemente por la ingestión de leche materna. Según Villasis (2000), el VIH se encuentra presente en la leche de la madre, sin embargo no se ha encontrado una relación entre esta variable, la duración del periodo de alimentación y la transmisión del VIH.

- Otras formas de contagio

Por otra parte, la transmisión del VIH entre los trabajadores de la salud, ha sido evaluada con interés particular debido a que con frecuencia están expuestos a diversos fluidos corporales de pacientes infectados. Los accidentes con agujas y con instrumentos punzocortantes son los de mayor ocurrencia, aún así el riesgo de contagio después de un accidente así es de 0.3% (Villasis, 2000). Aunque no

se consideran en una clase específica de transmisión, las personas también pueden ser infectadas mediante trasplantes de órganos contaminados. De igual manera, se han notificado casos de contagio por accidentes automovilísticos, por heridas que sufren los deportistas y por inseminación artificial, no obstante la frecuencia de estos suele ser muy baja.

- Formas en las que no se contagia el VIH

El VIH, a diferencia de otras enfermedades (la fiebre amarilla y la malaria), no se puede transmitir por la picadura de insectos (mocas, moscos, pulgas, abejas o animales similares), pues el virus no se puede reproducir en estos organismos, muriendo dentro de ellos. De la misma manera el VIH no se contagia al compartir utensilios de uso general (ropa, accesorios, zapatos), comida o trastos. Con respecto de los besos, se sabe que los besos con la boca cerrada no ofrecen riesgo alguno, pese a ello se recomienda que se eviten besar con la boca abierta, ya que se puede entrar en contacto con la sangre infectada de personas seropositivas, aunque el riesgo suele ser muy bajo (CDC, 2005). El abrazar a una persona que tenga el virus, tampoco ocasiona ningún riesgo. Al estudiar la saliva y las lágrimas de personas infectadas, se ha encontrado que poseen muy bajas cantidades del virus, mientras que en el sudor no se ha observado el virus, es por ello que no se ha demostrado la transmisión del VIH, asociada a estos fluidos. El virus tampoco se transmite por nadar en una alberca con una persona infectada.

Tratamiento del VIH/SIDA

Como se vio anteriormente, el VIH pertenece a la familia de los retrovirus, se caracteriza por entrar a una célula huésped (T CD4+), reproduciéndose dentro de ella, cambiando su ARN por ADN, a través de un proceso llamado Transcripción inversa, una vez que se ha llevado a cabo el proceso sale de la célula, matándola (Velasco, Valverde y Lazcano, 2000). La proteína esencial en la replicación del virus es la Transcriptasa Inversa (TI), a consecuencia de ello la

mayoría de los fármacos se han diseñado con el objetivo de inhibir. Cada vez que el virus se replica muestra variaciones en su estructura genética (mutación), este proceso dificulta su eliminación por medio de medicamentos, puesto que el virus puede producir rápidamente, mutaciones resistentes a los fármacos que se hayan utilizado, haciéndose inmune a ellos (Soto, 2005).

Como lo menciona Soto (2005), los medicamentos (antirretrovirales) actuales se pueden dividir en tres tipos: los Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleósidos (ITRAN), los Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Nucleósidos (ITRNN) y los Inhibidores de Proteasa (IP). El tratamiento del VIH/SIDA, reside en la combinación de estos tres tipos de medicamentos (Soto, 2005). Los esquemas de medicamentos que se utilizan frecuentemente y que se consideran como eficaces son: 2 ITRAN+ 1 IP y 2 ITRAN + 1 ITRNN. También se pueden combinar tres medicamentos de un mismo tipo, sin embargo, suelen tener menos efectividad (Soto, 2005). Es importante recalcar que los tratamientos antirretrovirales no curan la enfermedad, ni son capaces de vencer al virus, sólo logran bajar la carga viral por ciertos periodos, consiguiendo en los mejores casos retrasar la evolución del SIDA. Sumado a esto, otra problemática de los tratamientos es el poco apego que los pacientes presentan y que afectan directamente en su efectividad (Soto, 2005).

La falta de apego se debe principalmente a tres factores: los antirretrovirales creados para combatir al VIH/SIDA traen consigo varios efectos secundarios a corto y a largo plazo, se medican varias dosis al día y frecuentemente interfieren con el alimento. Los efectos secundarios pueden ir desde mareos, náuseas, alucinaciones, insomnio, hasta diabetes, hipercolesterolemia o lipodistrofia. El apego al tratamiento se mejoraría si únicamente se tomara el medicamento una o dos veces al día, no se tuvieran efectos tóxicos y no se interfiriera con el alimento, lo que es altamente complejo (Soto, 2005).

A pesar de los esfuerzos que se hacen por perfeccionar los tratamientos, parece ser que los resultados están siendo infructuosos. Los esquemas con tres medicamentos están fallando más a menudo, pues la resistencia del virus es

mayor y como se mencionó, el apego al tratamiento, no ayuda. Ante esta situación, se ha planteado una alternativa, que plantea la importancia de considerar las características del paciente desde el primer tratamiento, para incrementar las probabilidades de mantener la eficacia del mismo, al programar una terapia secuencial. Las pruebas de resistencia (ensayos genotípicos y fenotípicos), constituyen otra alternativa, no obstante, sólo proporcionan información acerca de la efectividad de los medicamentos aplicados en ese momento, y no determinan la resistencia a medicamentos usados previamente, por tanto no se sabe cuáles son los que se podrían usar y además son muy caros (Soto, 2005). Debido al éxito limitado de los medicamentos para contrarrestar el VIH/SIDA, la prevención sobresale como el medio idóneo para enfrentar la enfermedad.

Prevención del VIH/SIDA

A consecuencia de la pandemia del VIH/SIDA, de la falta de medicamentos para erradicarlo y de la carencia de una vacuna para prevenirlo, el interés a nivel mundial, se ha centrado en tres metas esenciales (Mann, 1993): Prevenir la transmisión del VIH/SIDA, Reducir el impacto personal y social del VIH/SIDA y unificar los esfuerzos nacionales e internacionales contra la enfermedad. Estos tres puntos son la base de la Estrategia Mundial contra el SIDA, formulada por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1986. Dentro de la prevención existen dos vertientes: la protección específica y la promoción de la salud. La protección específica se refiere a las acciones preventivas que requieren poca participación de las personas involucradas. El método pasivo más eficaz es la vacunación, no obstante para el VIH, no se ha desarrollado una vacuna.

Uno de los progresos más notables que ha habido en la medicina y en la historia de la humanidad, es el desarrollo de las vacunas, debido a que esto ha permitido resguardar la salud de millones de personas. Sin embargo, el VIH/SIDA es un reto que los científicos no han logrado vencer, esto se debe primordialmente a que la mayoría de sus esfuerzos han sido encaminados ha

fabricar un medicamento que cure la enfermedad, sumado a esto las características biológicas del virus no facilitan la tarea y la presión social, política y económica es mucha. Actualmente, se acrecientan las investigaciones sobre las vacunas y su obtención se ha convertido en una prioridad mundial, a pesar de que el apoyo económico no es el esperado. Se han tratado de desarrollar dos tipos de vacunas: las vacunas preventivas y las vacunas terapéuticas (Alcami, 2002).

Como se mencionó anteriormente, no se tiene una vacuna preventiva para frenar la epidemia del VIH y tampoco se ha logrado crear una vacuna para alguna especie de animal. Alcami (2002) señala que se encuentran en la fase III, dos vacunas una en Estados Unidos y la otra en Tailandia, pero su eficacia aún resulta dudosa y se espera que se pueda demostrar su validez durante esta fase. Existe otro protocolo de investigación que se encuentra a un paso de la fase clínica y que pertenece a Uganda.

A su vez, la meta de las vacunas terapéuticas es fortalecer al sistema inmunológico frente al VIH, retrasando su evolución y controlando su replicación. Empero los resultados, menciona Alcalmi (2002), no han sido lo suficientemente claros y confiables. Se han reportado resultados contradictorios, pues en algunos casos la vacuna baja la carga viral y refuerza las defensas, mientras que en otros no se observa ningún cambio.

Por último, cabe mencionar que no se sabe a ciencia cierta cuando se tendrá una vacuna realmente eficaz y segura contra este virus, más aún algunos científicos dudan que se pueda llegar a desarrollar, por el complejo mecanismo del virus. Existen 25 prototipos de vacunas en proceso, pero es difícil pronosticar el éxito de alguna (Alcami, 2002), pues la mayoría tiene como objetivo evitar el establecimiento de la misma y el desarrollo de la enfermedad, es decir, el virus infectaría, pero el sistema inmunológico impediría su propagación y destruiría las células infectadas erradicando la infección, a pesar de ello sería posible que el virus pudiera sobrevivir y seguirse replicando en el futuro. Es por ello, que hasta el momento los logros más significativos dentro de la prevención específica, se han dado en lo que respecta a la transmisión sanguínea, puesto que los bancos de sangre aplican la prueba de ELISA, detectando sangre contaminada,

retirándola para que no se utilice en transfusiones. Asimismo, los concentrados de factor de coagulación se exponen al calor mientras se lleva a cabo el proceso, para eliminar los virus. Otra medida de prevención tomada en el mismo sentido, son la invitación que se les da a las personas que practican conductas de riesgo, para que no donen sangre (Harris, 1994).

Por otro lado, la promoción de la salud se refiere a las medidas recomendadas para reducir factores de riesgo, y que pueden ser físicos y/o psicológicos. Según Harris, (1994) la promoción de la salud se define como la modificación de conductas individuales en un ámbito válido y que facilite las prácticas para incrementar la salud, frecuentemente se requiere cambiar hábitos de higiene, estilo de vida y del ambiente, así como desarrollar habilidades y lograr el apoyo de la sociedad. Es por ello, que los programas preventivos que se han creado para disminuir la epidemia del VIH, tratan principalmente de aumentar los conocimientos acerca del SIDA, promover cambios de conducta para reducir los riesgos de infección y alentar a las personas a realizarse la prueba de detección del virus.

En los programas de prevención se pueden encontrar elementos generales: auditorio, el contenido de la información, transmisión de mensajes, y la capacidad de evaluación (García, 1991; Harris, 1994; Mann, 1993). El auditorio se concibe como la delimitación de la población a la que se dirigirá el mensaje, pues el contenido de la información dependerá de las necesidades de esta población. Un mensaje es diferente cuando se trata de jóvenes, adultos o niños y varía según la cultura, nivel socioeconómico, nivel educativo, entre otros. Aún así, el punto central en todos los programas es la información acerca de cómo se transmite el VIH, formas de prevención y sugerencias para la no discriminación. La información es un pilar fundamental en cualquier programa, sin embargo, hay que tener en cuenta que no es suficiente para cambiar comportamientos de riesgo o actitudes (García, 1991). La información debe ser actualizada, ágil y práctica, sobre todo la que se trasmite por medios masivos de comunicación. Según Harris (1994), la comunicación por medios masivos, representa un acceso persuasivo y relativamente uniforme que llega a mucha gente a menor costo por persona.

También existen otros medios como lo son: carteles, panfletos, y volantes. Por último, la capacidad de evaluación hace referencia a la sensibilidad que poseen los programas de ser evaluados, para que de esta manera se determine su eficiencia y eficacia (Mann, 1993). Asimismo, en lo que respecta a la prevención se hacen grandes esfuerzos para frenar la transmisión del virus, a través de la reducción de riesgos, por las tres vías de contagio.

Dentro de la prevención de la infección por vía sexual, Harris (1994) afirma que las medidas de seguridad son la abstinencia, la fidelidad mutua y tener relaciones sexuales protegidas. El sexo seguro consiste en evitar el contacto con partes susceptibles a la entrada del virus y con sustancias que lo contengan (sangre, semen, secreciones vaginales, orina). Mientras que el sexo protegido se refiere al empleo del condón de forma correcta y consistente, la utilización de protecciones de hule para el sexo oral y el uso de guantes durante la masturbación.

Mientras que la transmisión sanguínea se puede reducir al evitar compartir agujas y equipo médico, cuando no hay agujas estériles se pueden desinfectar por medio de un blanqueador de ropa, lavando el equipo cuidadosamente.

Para la prevención perinatal se recomienda que la madre lleve un control de la carga viral, así como un tratamiento antirretroviral en los últimos meses del embarazo, además se recomienda que el parto se realice por cesárea y que no amamante al bebé (Camacho, 2000). Para aquellas personas que estén en riesgo de infección, se recomienda que aplacen su decisión de tener hijos, hasta que no tengan un diagnóstico certero (Harris, 1994).

Para finalizar, cabe mencionar que México ha tratado de seguir las recomendaciones de ONUSIDA que se encuentran en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, con el fin de prevenir la transmisión del VIH/SIDA. Entre ellas se encuentran: la promoción y distribución de condones por parte del sector público; el mercadeo social de condones femeninos y masculinos; la creación de programas comunitarios para hombres que tienen sexo con otros hombres; el desarrollo de programas para trabajadoras y trabajadores del sexo comercial y sus clientes; la instauración de campañas en medios masivos de

difusión; el impulso de la prevención de la transmisión madre-hijo; el tratamiento de infecciones de transmisión sexual; la promoción de la detección voluntaria de VIH y consejería en población abierta y grupos específicos; la realización de programas de reducción de daños para usuarios de drogas inyectables; el fomento de la prevención con jóvenes dentro y fuera de las escuelas; y finalmente, el desarrollo programas preventivos en el lugar de trabajo (LETRA S, 2003).

Como se mencionó al inicio de este capítulo, la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, por lo que la prevención en esta área resulta sustancial y la medida más promovida dentro de ésta área es el uso consistente y correcto del condón (ONUSIDA, 2005).

CAPÍTULO II.

El Condón

Actualmente, una de las medidas más fomentadas para la prevención del VIH/SIDA es el uso correcto y consistente del condón. Por ello, es importante mencionar los antecedentes de lo que hoy se conoce como condón, enlistar los diferentes tipos de condones que existen, describir el proceso de fabricación hasta llegar a cómo se usa correctamente.

Historia del condón

Los primeros datos que se tienen del uso del condón se muestran en una imagen pintada en una cueva francesa hace aproximadamente de 12 a 15 mil años, en la cual se muestra a un hombre utilizando un utensilio semejante al condón. En Egipto la aparición del condón data de hace más de 3000 años. En esta época los condones eran usados para protegerse de infecciones, eran hechos de materiales vegetales y de fundas de lienzo (info-pene.com, 2005). Los soldados romanos también usaban barreras de protección hechas con tripas de cordero, ya que como las campañas militares eran prolongadas, resultaba necesario protegerse de las infecciones que adquirirían con otras mujeres (Infomed, 2005).

Más tarde, en el siglo XVI el anatomista Italiano Gabrielle Fallopius publica su obra "De morbo gallico, liber absolutissimus", en ella describe un pequeño paño de lino que se elaboró para ajustarse al glande. En un inicio la finalidad de utilizar estas barreras era principalmente para evitar infecciones, más que como un método anticonceptivo (Gotwald y Holtz, 1983). Para el siglo XVII, en Inglaterra, el rey Carlos II encomienda la elaboración de un dispositivo que le ayude a reducir los embarazos entre sus concubinas, en muchas fuentes aparece el nombre del doctor Condom o Quondam como el encargado de realizar este dispositivo y de ahí el nombre actual de condón. Sin embargo, el nombre también puede derivarse

del vocablo latín *condus* que significa recipiente, debido a que los romanos ya lo utilizaban como barrera de protección y pudieron ser los primeros en ponerle un nombre. Se presentan muchas controversias al respecto y aún no existe un consenso sobre la procedencia de la palabra condón, no obstante éstas dos son las explicaciones más frecuentes (condon.pon, 2005; durex, 2005).

En el siglo XVIII se tienen reportes del uso del condón por parte del Italiano Casanova que también lo utilizaba como una medida de protección ante las infecciones de transmisión sexual, Casanova se refería al condón como “la armadura” o “implemento de seguridad”. En 1717 el doctor Turner, en un libro sobre sífilis usa por primera vez de manera oficial el término condón y recomienda el uso de algún material para cubrir el pene como medida preventiva de infecciones de transmisión sexual, sin embargo encontró que muchos hombres preferían el riesgo de las infecciones a la incomodidad de utilizar alguna protección (Gotwald y Holtz, 1983). Para ese siglo los condones se elaboraban con intestinos de ovejas y como parte del proceso de fabricación se cortaban y sumergían en una solución salina, finalmente los condones eran colocados al vapor, se soplaban, luego se secaban bien y se empacaban (Infopene.com, 2005). Para 1840, Goodyear transforma la fabricación usual del condón mediante la vulcanización de caucho natural, este método proporcionaba al caucho una mayor elasticidad y resistencia, lo cual vendría a revolucionar la industria de los condones.

En 1861, Estados Unidos fue uno de los primeros países en realizar propaganda sobre condones, el anuncio se publicó en el *New York Times* y promocionaba los “Condomes Franceses del Dr. Power”, sin embargo debido a la aprobación de una ley impulsada por el congresista Anthony Comstock en 1873, la cual consideraba ilegal cualquier publicidad que promoviera el control natal, se autorizó la retención de los condones que se vendían y distribuían por correo (Infomed, 2005).

Durante la primera guerra mundial (1914-1918), varios países dotaron de condones a sus tropas con la finalidad de prevenir las infecciones de transmisión sexual. Estados Unidos no toma esta medida debido a la campaña en contra del

uso condón y como consecuencia reporta una tasa de admisión hospitalaria anual de 766.55 casos por cada 1,000 soldados para ser atendidos de infecciones por transmisión sexual, (Brandt, 1985; Citado en Garza, 2005). Es hasta la década de 1920 cuando comienza la producción de condones de látex a gran escala. Con el tiempo la tecnología para su fabricación fue mejorando y con ello la producción de condones se mecanizó, haciendo el producto más barato, elástico, delgado y seguro. A su vez hizo de los condones un método popular de anticoncepción, brindando además protección contra las infecciones de transmisión sexual (Gotwald y Holtz, 1983).

En la segunda guerra mundial los líderes militares promovieron el uso del condón entre sus tropas pues detectaron que si no se prevenían las infecciones de transmisión sexual los costos de salud pública se incrementarían de manera drástica, además, dichas infecciones podían propagarse en la población cuando los soldados volviesen, incrementando aun más los costos (Infomed, 2005).

La década de los 60's es un periodo en el que el uso del condón se ve reducido significativamente debido al surgimiento de la píldora anticonceptiva y los dispositivos intrauterinos, ya no era necesario su uso como método anticonceptivo. Aunado a esto, se habían presentado avances en cuanto al tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y ahora podían ser atendidas con antibióticos, del mismo modo ya no se consideraba tan necesario el uso del condón para prevenir las infecciones (Infopene.com, 2005). Los fabricantes trataron de modernizar el producto, implementando para esto mayor variedad en cuanto a formas, olores, sabores, texturas, por mencionar algunas. Sin embargo esto no ayudó a incrementar el uso del condón (Condon.pon, 2005).

Es en la década de los 80's, con la aparición del VIH/SIDA, cuando se presenta un nuevo auge del uso del condón, pues es el único método que permite prevenir esta infección. Las autoridades sanitarias se percataron de la necesidad de promover el uso del condón para evitar la propagación del SIDA y en la actualidad esa sigue siendo una de las metas de los sectores sanitarios, pues aun no se encuentra la cura para dicha enfermedad (Infopene.com, 2005).

Algunos sectores de la población, crearon algunos mitos que buscaban la desacreditación del uso del condón: el primero de ellos, enfatizaba que la divulgación del condón y su uso hace que las personas se vuelvan sexualmente promiscuas, (Hartigan, 1997; Citado en Garza, 2005); el segundo, aseguraba que el uso de los condones propiciaba el SIDA pues el VIH se filtra a través de los poros microscópicos del látex; y el tercer mito culpa a los condones de producir el cáncer cervical, (Cantu y Farish, 1999, Citado en Garza, 2005; Lemer, 1999, Citado en Garza, opcit). Al respecto se han generado campañas que buscan transmitir a la población programas de educación sexual, que les permita estar mejor informados.

En 1992 aparece en el mercado el condón femenino elaborado con poliuretano, generándose con ello una nueva opción para la prevención de infecciones de transmisión sexual, un poco más tarde en 1994 aparece el condón masculino de poliuretano, como una nueva alternativa para aquel sector de la población que mencionaba alergia al látex de los condones (condon.pon, 2005).

Las instituciones de salud dedican gran parte de sus esfuerzos a la promoción del condón como el medio más eficaz para la prevención del VIH/SIDA, uno de sus propósitos es hacer del condón un producto al alcance de la población. Por su lado, las industrias dedicadas a la fabricación del condón buscan abastecer el mercado con productos cada vez más novedosos, que ofrezcan cualidades adicionales a la protección de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados como son: condones lubricados, con espermicida, muy sensibles, sensibles, delgados, muy delgados, extra-resistentes, de colores, texturizados, con sabores, entre otros (condon.pon, 2005).

El desarrollo del condón como medida de prevención a lo largo de todo este tiempo, lo ha convertido en un medio eficaz que permite la prevención de múltiples infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, así como los embarazos no deseados. Para lograrlo ha sido necesario generar una amplia variedad de condones que responda a las diferentes necesidades de cada usuario.

Tipos de condón

En la actualidad el condón ha adquirido mayor difusión en su uso dentro de la población, muestra de ello es que aunque existen palabras formales para designar a esta barrera que protege de las infecciones de transmisión sexual (condón, preservativo y profiláctico), en diferentes lugares ya se usan otros términos para llamarlos. En España se le dice “goma”, en Argentina y Uruguay “forro”, en Estados Unidos se le nombra “rubbers” o “love glove”, en otros lugares se denomina “globo” y “paracaídas” y en México “globito”, “gorrito” (Wikipedia, 2005).

El hecho de que ya se utilicen nombres coloquiales para nombrar al condón, es el resultado de una mayor difusión del producto, lo cual ha requerido de un esfuerzo por proveer a los consumidores de diferentes modalidades de preservativos que satisfagan sus diferentes necesidades. A continuación se presenta la variedad de condones que existen en el mercado.

Condomes externos

Son aquellos que se colocan sobre el pene, quedando en la superficie de éste de manera visible y de ahí su nombre.

La mayoría de los condones externos son fabricados con látex, pues son más baratos y fáciles de conseguir, además existe una amplia variedad de modelos. Se ha demostrado que utilizándolos de manera correcta y consistente previenen eficazmente la transmisión de infecciones sexuales (Goodhue, 2005).

Recientemente han aparecido los condones de poliuretano que proporciona una medida efectiva de protección, sin embargo, su costo es un poco más elevado y sólo han sido difundidas dos marcas (*avanti* y *reality*). El diseño es el mismo que el de látex y algunos usuarios destacan que ofrecen una mayor sensibilidad, esto debido al material con el que está fabricado que permite transferir mejor el calor que el látex, además de ser más delgado y resistente. Este condón representa una alternativa para aquellas personas que son alérgicas al látex (condon.pon, 2005).

Aunque ahora su uso no es tan frecuente, todavía existen algunos lugares en los que se fabrican condones con tejidos de animales, sin embargo estos no son efectivos en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, pues estos condones tienen pequeños orificios por los que pueden atravesar los virus. Se recomienda el uso de condones fabricados con látex o poliuretano (Goodhue, 2005).

Existe una gran variedad de condones externos cada uno con características particulares, a continuación se presentan los diferentes tipos de condón que se encuentran en el mercado (Goodhue, 2005; Lara, 2005; Encanto del condón, 2005).

- *Condomes Texturizados (estriados o rugosos)*. A diferencia del condón normal que es liso, este presenta algunas protuberancias o pequeños puntos salientes, lo cual sirve como estimulante a las paredes vaginales y proporciona mayor placer.
- *Condón anatómico*. Se caracteriza porque el extremo superior es más ancho que el inferior, lo cual en teoría hace que el hombre se sienta más cómodo. Éste es apropiado para aquellos hombres con un glande grande.
- *Condomes con sabores*. Este tipo de condones fue diseñado especialmente para relaciones sexuales orales (no es recomendado para relaciones sexuales vaginales o anales), debido a que el condón está adicionado con algunos sabores, de los cuales se pueden encontrar en el mercado de plátano, chocolate, naranja, fresa, vainilla, cola y menta, por mencionar algunos. Estos condones se recomiendan para relaciones vaginales.
- *Condomes de colores*. Su elaboración incluye como aderezo una amplia variedad de colores de los cuales se puede escoger el que cada cual desee, esto, para hacerlos más atractivos a la vista de los usuarios. Dentro de esta categoría se incluyen aquellos condones

que tiene la capacidad de brillar en la oscuridad, para ello se requiere que sean previamente expuestos a la luz.

- *Condomes extra finos o extra delgados.* Para muchos usuarios el grosor del condón es un asunto importante, pues implica una mayor o menor sensibilidad, para este tipo de personas existe la opción de usar condones más finos, éstos son ligeramente más delgados que los regulares y en teoría permiten una mayor sensibilidad. Se usan para penetración pene-vagina, ya que no ofrecen mucha resistencia.
- *Condomes extra fuertes o extra resistentes.* El grosor de este tipo de condones es mayor (0.09mm) al de los condones regulares (0.08mm), lo cual lo hace más resistente. Por sus características es utilizado principalmente para relaciones sexuales anales o para relaciones sexuales prolongadas (más de 10 minutos sin eyaculación).
- *Condomes lubricados.* La mayoría de los condones que se venden ya se encuentran lubricados, la ventaja es que se sienten más suaves y hay una menor probabilidad de que existan fricciones y por consecuencia rompimientos durante la penetración. Algunos de los condones lubricados están acompañados de nonoxynol-9, un espermaticida que reduce la posibilidad de embarazos. Este tipo de condones tiene la ventaja de que su uso es favorable cuando hay sequedad vaginal.
- *Condomes secos.* A diferencia de los lubricados, los condones secos no están cubiertos con lubricante, lo cual genera la sensación de que el pene se abre paso con una notable resistencia del ano o vagina.
- *Condomes retardantes.* Éstos se encuentran bañados con una sustancia anestésica (bentocaina) con la finalidad de retrasar la eyaculación, su uso es recomendado para los hombres que sufren de eyaculación precoz.

Condomes internos

Este tipo de condones también se conoce como femeninos, pues originalmente fueron hechos para uso vaginal, sin embargo, actualmente lo utilizan tanto hombres como mujeres para relaciones sexuales vaginales o anales. El material que se utiliza para su fabricación es el poliuretano, que es muy resistente. Su diseño es como el de una pequeña bolsa con un extremo cerrado y el otro abierto, en el extremo cerrado posee un anillo que se introduce a la vagina o al ano y en el extremo abierto también se encuentra un anillo, sólo que éste queda por fuera (Goodhue, 2005; Infopene.com, 2005). Este tipo de condones posee la ventaja de que se pueden colocar hasta 8 horas antes de ser utilizado, además de que la pareja receptiva puede controlar con seguridad el coito. Sin embargo, estos condones aún no son tan comercializados como los condones externos y son pocas las marcas que existen en el mercado (Encanto del condón, 2005).

Como se puede apreciar, en la actualidad son muchas las opciones de condones existentes en el mercado, y con ello una mayor probabilidad de que los usuarios encuentren el que le satisfaga. El condón utilizado de manera consistente y correcta es un método eficaz de prevención en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, por eso en el proceso de fabricación pasa por una serie de pruebas que permiten asegurar su eficacia al respecto. Es importante pues, conocer a detalle cuál es el proceso que se sigue en la elaboración de los condones.

Fabricación de los Condones

El proceso de fabricación de los condones se inicia en las plantaciones de caucho de donde se extrae el látex, aunque también puede ser obtenido de manera sintética por medio del proceso de polimerización (convertir una sustancia en otra, con diferente peso molecular) de sustancias como el estieno, butadieno o caucho nitrilo (Infomed, 2005; Family Health International, 2005a; SICO, 2005). Una gran parte (99%) de las plantaciones de caucho están localizadas en el

Sureste Asiático. En promedio se plantan 250 árboles por hectárea y la cosecha anual de caucho asciende a 2.225 Kg. por hectárea. El árbol de caucho segrega el látex a través de un corte diagonal en ángulo hacia abajo, que se produce en la corteza. Un corte en el árbol produce aproximadamente 30 ml, cuando los cortes llegan al suelo se deja un tiempo para que la corteza se restaure y se puedan hacer nuevos cortes (Family Health International, 2005; Infomed, 2005).

El caucho es recogido en recipientes para después ser filtrado y ser diluido en agua, posteriormente se combina con ciertos ácidos para que las partículas del caucho se concentren. Luego se almacena en tambos de 200 lt de contenido y son enviados al resto del mundo para continuar con el proceso de fabricación (Family Health International, 2005; SICO, 2005).

Cuando el látex llega a las fábricas correspondientes, inmediatamente se clasifica, asignándole un número de lote, permitiendo que el material sea perfectamente identificado en cualquier etapa del proceso, para asegurar la calidad del producto final (SICO, 2005)

Inicialmente, el látex es mezclado con estabilizadores, antioxidantes y químicos vulcanizantes, que da como resultado una sustancia homogénea que se somete a pruebas de viscosidad y PH (Family Health International, 2005). A continuación la mezcla es vertida en unos contenedores donde pasan cierto tiempo, hasta que la sustancia madure. Cuando el látex ha madurado, se coloca en los tanques de inmersión, en donde se introducen los tubos que se encargan de formar los condones. Estos moldes pueden ser anatómicos, regulares o texturizados según el condón que se requiera fabricar. Los moldes son introducidos a diferentes velocidades, lo que determina junto con la viscosidad del látex, el grosor de los condones. Después de que los moldes son sumergidos se dejan secar luego de cada inmersión y unos cepillos giratorios forman el anillo del condón (Infomed, 2005; SICO, 2005). Cabe mencionar, que se supervisa constantemente la mezcla de látex, para garantizar que haya conservado la viscosidad necesaria, que el PH sea el adecuado y que se mantenga la estabilidad mecánica. Además, se revisa que la temperatura sea la conveniente en

cada una de las etapas de fabricación, que el peso de las inmersiones sea correcto y que el tamaño y la calidad del anillo sean los correctos (SICO, 2005).

La última parte, antes de que el condón sea retirado de los moldes, es el lavado. Los condones son introducidos en contenedores con agua caliente y químicos especiales, que se encargan de desprender y extraer residuos químicos del condón. De igual forma, los condones son sumergidos en solución de silicón con el fin de que adquieran su textura, posteriormente son cubiertos de polvo y secados por una secadora centrífuga, que extrae el agua que permaneció en ellos, luego son secados por una secadora de aire (Infomed, 2005). En esta fase, se realiza una evaluación de acuerdo a las normas internacionales de calidad (ISO-4074), en la que se incluyen características como: la longitud, el grosor, y el peso, además se realiza una revisión visual del producto, en México la Norma Oficial Mexicana NOM 016-SSAI-1993, establece las especificaciones sanitarias de los condones de látex. Un condón debe resistir 300 ml de agua sin escurrirse, 18 lt de aire y 1kp de presión, asimismo debe estirarse el 650% antes de romperse (CENSIDA, 2005a). Las fallas que se encuentren, se pueden corregir antes de que se realice la prueba electrónica. En esta prueba, los condones son llenados de agua y se sumergen en un tanque que también contiene agua, en el interior del condón se introduce un electrodo, si se descubre electricidad en el agua del tanque significa que el condón tiene algún orificio o que es demasiado delgado (Wikipedia, 2005).

Es así como las piezas que pasan las pruebas, son secadas y después, lubricadas con aceite de silicón, con nonoxinol 9 (espermaticida) o con aroma, dependiendo del tipo de condón. Aún en esta etapa, se extraen algunas piezas para someterlos a nuevas pruebas de calidad. Más tarde son empacados en papel aluminio por máquinas selladoras, el sellado puede darse en dos formas: rectangular o cuadrada. El proceso de empaquetado, así como el material que se utiliza, también son supervisados en cuanto a grosor, calidad de impresión y calidad de sellado. Cuando pasan estas pruebas se empaquetan los condones por paquete, que es la presentación que generalmente se comercializa. Todo empaque individual o colectivo son impresos con fechas de fabricación, caducidad

y número de lote. Cuando el lote se encuentra listo, se selecciona una muestra y se somete nuevamente a pruebas de dimensión, tensión, prueba de agua, cantidad de lubricante, volumen de explosión, integridad de empaque y de aseguramiento de calidad, todo esto con la finalidad de garantizar que el producto no tenga ninguna falla y que sea capaz de cumplir con las funciones de prevenir embarazos y de proteger de infecciones de transmisión sexual (Family Health International, 2005).

Uso consistente y correcto del condón

Actualmente, se conocen tres formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual: la abstinencia, tener relaciones sexuales únicamente con una persona no infectada y el uso correcto y consistente del condón (CDC, 1998). Debido a que las dos primeras formas de prevención no se dan con mucha frecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda y promueve el uso correcto y consistente del condón como un método eficaz en la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, así como en la prevención de embarazos (Del Río-Chiriboga y Uribe, 1995).

Es importante recalcar que la eficacia del uso del condón es diferente de acuerdo al objetivo que se persiga, es decir, que el condón usado como método anticonceptivo posee una eficacia que va del 95 al 97% si es usado correctamente y consistentemente, mientras que si es usado para prevenir infecciones de transmisión sexual su efectividad es diferente (CENSIDA, 2005a). La eficacia del condón utilizado para prevenir infecciones de transmisión sexual ha sido muy cuestionada. Existen varios estudios (DeCarlo, 2005; Saracco, Músico y Nicolosi, 1993, Citado en CENSIDA, 2005b; Vincenzi, 1993) que prueban que la efectividad del condón para prevenir infecciones de transmisión sexual es del 90 al 95%, no obstante en otros estudios se reporta que su eficacia va de 60 al 70% (Linkin, Wharton y Blackbum 1990, Citado en Pinkerton y Ambrason, 1997; Rosenberg,

Davidson, Chen, Judson, Douglas, Barrier, 1992, Citado en Pinkerton y Ambrason, 1997; Weller, 1993, Citado en Pinkerton y Ambrason, 1997).

Saracco, Músico y Nicolosi (1993; Citado en CENSIDA, 2005b), realizaron un estudio longitudinal con un grupo de 343 mujeres sanas, que permanecían en una relación estable monógama con hombres seropositivos. Las mujeres que usaban el condón de manera inconsistente o que no lo usaban reportaron una tasa de incidencia de 7.2% años-persona, mientras que las mujeres que lo usaron consistentemente la tasa de incidencia fue de 1.1% años-persona. Entretanto, Vincenzi (1993) estudió a 245 parejas discordantes (parejas en las que una persona era seropositiva y la otra no) por 20 meses, encontrando que entre las 124 parejas que usaron el condón constantemente no se dio ningún contagio y en las 121 parejas que no presentaron constancia en el uso del condón, la tasa de seroconversión ascendió a 4.8% años-persona.

Sin embargo, los estudios en los que se ha investigado la eficacia del uso del condón, son muy heterogéneos en su metodología y por lo tanto algunos resultados son muy cuestionables, tal es el caso de aquellos en los que la eficacia del uso del condón es baja. En estos estudios se toma a toda la población que reporta usar el condón, no importando que su uso sea inconsistente (Pinkerton y Ambrason, 1997) y en la mayoría de las ocasiones no se toma en consideración los errores que se pueden cometer al usarlo, tema que se abordará con mayor profundidad en el capítulo 3. Es importante señalar que las fallas en el uso del condón debidas a defectos de fabricación son muy poco frecuentes debido a las normas de calidad que se siguen para su elaboración, como anteriormente se mencionó. Es por ello que para asegurar la eficacia del condón se debe usar correcta y consistentemente (Del Río-Chiriboga y Uribe, 1995). La consistencia se refiere el uso del condón cada vez que se tiene una relación sexual, desde el inicio hasta el fin de cualquier contacto del pene con la vagina, el ano o la boca (Del Río-Chiriboga y Uribe, 1995). Mientras que el uso correcto implica realizar una serie de pasos que garanticen la efectividad del condón, los cuales según CENSIDA, 2005; Family Health International, 2005; Sico, 2005y Wikipedia, 2005 son:

1. Verificar que el empaque no esté dañado o maltratado, constatando que al oprimir el condón se forme una burbuja de aire.
2. Revisar que la fecha de caducidad no se haya vencido. En caso de que el condón sólo tenga fecha de fabricación, cuidar que ésta sea menor a 4 años.
3. Para abrirlo, buscar el lado del empaque donde se encuentran las muescas y bajar el condón.
4. Abrir el empaque con la yema de los dedos, evitando usar objetos como tijeras, cuchillo u otras partes del cuerpo como dientes o uñas, ya que pueden dañar imperceptiblemente el condón.
5. Identificar de que lado se desenrolla el condón.
6. Oprimir el receptáculo para impedir que quede aire dentro del condón y se rompa por la fricción.
7. Colocar el condón sobre el glande (en caso de que no exista circuncisión, bajar el prepucio), en el pene erecto, sin soltar el receptáculo.
8. Sin soltar la punta, desenrollar el condón hasta llegar a la base del pene, con la yema de los dedos, asegurándose de que no quede aire dentro del condón.
9. Después de la eyaculación, retirar el condón del pene cuando todavía se encuentra erecto.
10. Retirar el condón cuidando que no se derrame el semen.
11. Desechar el condón en el bote de basura, si es posible envuelto en papel.

Es importante señalar que los condones se usan sólo una vez, es decir que en cada relación sexual se debe usar un condón nuevo. Otras recomendaciones que optimizan la eficacia del uso del condón, según varios autores (CENSIDA, 2005; Family Health International, 2005; Wikipedia, 2005) son las siguientes:

- Guardar el condón en la bolsa delantera del pantalón o falda, en la camisa, bolsa de mano, cajetilla de cigarrillos, caja de chicles, en la cangurera, en un portacondones, evitando guardarlos en la bolsa trasera del pantalón o

falda, en la cartera o en la guantera del automóvil, pues el calor que se produce en estos lugares suele dañar el látex.

- No se debe tocar el condón con las uñas porque se puede romper.
- El condón se debe colocar antes de cualquier contacto sexual.
- Si el condón no tiene receptáculo, se deberá dejar un espacio para que se acumule el semen.
- Con los condones se debe usar lubricante a base de agua, pues los lubricantes a base de aceite, por ejemplo, la vaselina, los aceites o las cremas, debilitan el látex y hacen que se rompan.
- Nunca usar condones cuyo empaque esté roto o si el condón está descolorido.
- Si la vagina no produce una buena cantidad de lubricación se recomienda usar un lubricante a base de agua para evitar el desgaste del condón.
- El uso de lubricante a base de agua es necesario en el sexo anal, pues esta parte del cuerpo no produce lubricantes naturales.
- Para practicar sexo anal se utilizan condones especiales porque son más gruesos y resisten más la fricción.
- Después de que el condón es removido, se debe evitar el contacto genital para prevenir que los residuos de esperma que quedan en la uretra o en el glande puedan entrar en contacto con las mucosas de los genitales de la pareja.

Como se puede observar las conductas relacionadas con el uso correcto y consistente del condón son muchas, además debemos tomar en cuenta que el uso del condón es algo íntimo, que se da generalmente entre parejas, lo cual dificulta demasiado la medición en estudios de investigación. Por lo tanto, se ha recurrido a medir indirectamente la conducta sexual del uso del condón a través de ciertos indicadores como la autoeficacia, las actitudes, los conocimientos o las intenciones, todo esto por medio del autorreporte, no obstante existe gran controversia acerca de la validez de estos procedimientos de medición dado que no se puede tener la certeza de que las personas usan el condón correcta y

consistentemente, sólo porque dicen hacerlo. Es así que el siguiente capítulo aborda todas las cuestiones acerca de la medición del uso del condón.

CAPITULO III.

Autoeficacia y Uso del Condón

La autoeficacia ha sido considerada como un predictor eficaz del uso del condón, por ello en algunos estudios se ha tomado como una medida importante de esta variable. Sin embargo, a lo largo del capítulo se plantea la falta de medidas más eficaces del uso del condón.

Teoría de la autoeficacia

El término de autoeficacia es relativamente reciente, fue planteado a grandes rasgos y por primera vez en el año de 1977 por Bandura en su libro "Teoría del aprendizaje social", más adelante escribirá sobre la teoría de la autoeficacia de manera más metódica en su artículo "La autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual" (Bandura, 1999; Garrido, 2000). Autoeficacia percibida hace referencia a las creencias que tienen las personas acerca de sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acciones requeridas para manejar situaciones futuras, Bandura (1999), menciona que estas creencias influyen en el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas. Existen cuatro tipos de experiencia que influyen en el desarrollo de la percepción de la autoeficacia y son: la experiencia de dominio o ejecución, las experiencias vicarias, la persuasión verbal y finalmente los estados emocionales y psicológicos.

La *experiencia de dominio o de ejecución* se basa en la propia experiencia de la persona, donde el individuo a medida que realiza determinadas actividades y obtiene éxito en ellas, aumentará su expectativa de dominio y por ende se fortalecerán sus creencias de eficacia personal; por el contrario, si lo que se obtienen son fracasos esta experiencia de dominio disminuirá y por consecuencia habrá un debilitamiento de las creencias de eficacia personal. Cuando el individuo ha establecido de manera firme su sentido de eficacia a través de los éxitos repetidos, es más probable que el impacto negativo que producen los errores

tienda a reducirse, incluso la presencia de fallas ocasionales pueden favorecer a los individuos, al tomar dichas experiencias como obstáculos más difíciles, que pueden ser superados a través del esfuerzo sostenido. Finalmente, cuando se ha establecido el sentido de eficacia, éste tiende a generalizarse a situaciones relacionadas (Roca, 2004).

Otro tipo de experiencia que influye en la percepción de autoeficacia es *la experiencia vicaria* proporcionada por los modelos sociales. Ésta se da de la siguiente manera: observar que aquellas personas que son semejantes a uno, obtienen el éxito tras haber realizado algún esfuerzo sostenido, incrementará las creencias en las capacidades necesarias del observador para poder dominar actividades similares. El impacto sobre las creencias del observador se verá influido por la similitud con que sea percibido el modelo, mientras más sea la similitud que se tiene con el modelo, más determinantes serán los éxitos y los fracasos (Bandura, 1999)

Las *persuaciones verbales* pueden influir sobre las creencias que tiene la gente cuando se les insiste en que son capaces de afrontar con éxito algunas situaciones. Al tipo de personas que se les persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar alguna actividad harán un mayor esfuerzo durante un mayor tiempo, que aquellas que dudan de sí mismas, sin embargo las expectativas inducidas por este procedimiento no son muy fuertes, además de que su efecto no es muy prolongado (Garrido, 2000).

Finalmente, *los estados psicológicos y emocionales* igualmente pueden influir en las expectativas de eficacia. Bandura (1999) plantea que el estado de ánimo también influye sobre los juicios que las personas hacen acerca de su eficacia personal, de este modo aquellas personas que poseen un estado de ánimo positivo les será más fácil el promover la eficacia percibida, que aquellas que poseen un estado de ánimo negativo. Para alterar las creencias que se tienen acerca de las capacidades de los individuos se deberían favorecer los estados físicos y las tendencias emocionales positivas.

El postulado principal de la teoría de autoeficacia, es que las percepciones de autoeficacia contribuyen a la producción de la conducta. Las percepciones de

autoeficacia regulan el cambio de conducta en diferentes áreas, donde la percepción equivocada de las capacidades puede limitar el éxito en la tarea (Bandura, 1986; Citado en Becoña, n/f). Estas percepciones serán diferentes dependiendo de la situación y de la tarea que se ejecute. Dado lo anterior, la teoría de la autoeficacia marcó nuevos ejes de investigación dentro de diversos ámbitos, donde se sigue evaluando la función de la autoeficacia para probabilizar la aparición o incremento de conductas. Uno de estos ámbitos es el de la salud, debido a que si las personas se perciben como capaces de realizar conductas saludables es más probable que las lleven a cabo, logrando así prevenir las conductas de riesgo que provocan diversas enfermedades.

Es así como se han desarrollado investigaciones sobre autoeficacia y su relación con las conductas saludables, como por ejemplo, la autoeficacia en la adopción y mantenimiento de ejercicio físico (Sniehotta, Scholz y Schwarzer, 2005), o como factor de riesgo, como la influencia de la autoeficacia en la conducta dietética (Oka y Chaboyer, 2001). En cuanto a conducta sexual, se han investigado tópicos como la autoeficacia percibida para usar métodos anticonceptivos o para tener relaciones sexuales protegidas (usando condón), para prevenir las infecciones de transmisión sexual, así como el VIH/SIDA. Enseguida se presenta una serie de investigaciones relacionadas con la autoeficacia, para analizar el papel de ésta con relación a la salud sexual, específicamente en el uso del condón como medida de prevención de ITS/VIH.

Sieving, (et al., 1997) investigó los predictores conductuales y cognitivos de conductas de riesgo relacionadas con la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes sexualmente activos. El estudio fue longitudinal con una medición de línea base, para después de un año concluir la investigación con otra evaluación. Los principales objetivos que se plantearon fueron: encontrar la relación que existe entre los conocimientos básicos, las actitudes, conductas, conocimientos relacionados con ITS, la autoeficacia en el uso del condón, las expectativas de resultados, las prácticas de comunicación en pareja, el uso de sustancias, el uso de anticonceptivos orales, conductas de riesgo relacionadas con ITS y las conductas de riesgo relacionadas con las infecciones de transmisión

sexual, evaluadas un año después; conocer cual es la fuerza de estos factores conductuales y cognitivos, ya sea solos o en combinación, para explicar las conductas de riesgo entre adolescentes sexualmente activos y finalmente, indagar hasta donde la variabilidad de las conductas de riesgo puede ser explicada por patrones cognitivos y de conducta anteriores.

En la primera evaluación participaron 549 adolescentes, entre 14 y 21 años, que asistían a clínicas escolares y comunitarias, no todos los sujetos pudieron ser contactados para la segunda evaluación, así que los resultados de la investigación se realizaron con los datos de 335 mujeres y 75 hombres, quienes contestaron los cuestionarios de la primera y segunda evaluación. Los instrumentos que se utilizaron fueron, un cuestionario diseñado para obtener datos demográficos, uso de anticonceptivos, historia de pruebas y diagnósticos de infecciones de transmisión sexual, conocimientos sexuales, creencias y conductas. Las variables independientes consideradas fueron: las creencias y las conductas referentes a conductas sexuales de riesgo. Dentro de las creencias se consideraron: la percepción de la susceptibilidad de adquirir una ITS, la percepción de gravedad de las ITS de los adolescentes, barreras para realizar conductas para prevenir ITS, la efectividad percibida sobre las conductas para prevenir ITS y la autoeficacia en el uso del condón. Asimismo las variables dependientes en este estudio, estuvieron basadas en el nivel de participación de los sujetos en conductas que incrementan el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual: la inconsistencia en el uso del condón, múltiples parejas sexuales y alta frecuencia en relaciones vaginales. En cuanto a las conductas se valoraron: el patrón de comunicación sexual en pareja, el uso de alcohol asociado con actividad sexual y uso de métodos anticonceptivos orales.

Los resultados encontrados indican que para las mujeres la autoeficacia del uso del condón, el uso de métodos anticonceptivos orales, los patrones de comunicación sexual con su pareja y el uso de alcohol relacionado con la actividad sexual, en la primera evaluación explica la variabilidad de las conductas sexuales de riesgo que se encuentran en la evaluación, un año después. Para los hombres los predictores más importantes incluyen: los obstáculos para realizar conductas

que previenen ITS, bajos niveles de percepción en cuanto a la susceptibilidad de adquirir una ITS, expectativas negativas asociadas al uso del condón, y bajos niveles de autoeficacia del uso del condón. Además se encontró que los sujetos que presentaban en la primera evaluación altos niveles de conductas sexuales de riesgo, en la segunda evaluación, un año después, se mantenían en el mismo nivel. Por otro lado, en las mujeres la autoeficacia del uso del condón fue un predictor importante y eficaz, pues quienes presentaron un nivel alto de autoeficacia en la primera evaluación, mostraron menos conductas de riesgo un año después. En los hombres se esperaba que se dieran los mismos resultados, sin embargo no se pudo llevar a cabo el análisis estadístico debido al número de sujetos que finalizaron el estudio. Otro predictor válido de conductas de riesgo fue el hecho de usar anticonceptivos orales, pues los sujetos que reportaban su uso, fueron los que reportaron no usar condones. Lo cual indica que los adolescentes que participaron en este estudio usaban el condón como método anticonceptivo y no para prevenir ITS. De la misma manera el patrón de comunicación sexual resultó ser un predictor eficaz, pues los sujetos que reportaron hablar con sus parejas acerca de su historia sexual o de temas relacionados durante la primera evaluación, puntuaron con bajos niveles de conductas sexuales de riesgo en la segunda evaluación. Finalmente, en la investigación no se encontró ninguna relación entre las creencias y las conductas sexuales de riesgo, por lo tanto, los autores proponen que existe un efecto indirecto de las creencias sobre las conductas y para reafirmar dicha hipótesis plantean diversas líneas de investigación. Como se pudo observar en este estudio la autoeficacia del uso del condón fue un predictor eficaz de conductas de riesgo, debido a que, tanto los hombres como las mujeres que obtuvieron una puntuación baja en la eficacia percibida para usar el condón presentaron más conductas de riesgo un año después. Lo cual apoya el diseño de programas que incrementen la autoeficacia del uso del condón para incrementar el uso del mismo y así aumentar las conductas para prevenir ITS y VIH/SIDA.

En la misma línea, Cerwoka, Isbell y Hansen (2000) realizaron una investigación con 374 estudiantes universitarios con el objetivo de evaluar la

relación entre factores situacionales, factores psicosociales, factores psicológicos, las características demográficas y las conductas sexuales de riesgo de adultos jóvenes. Para la evaluación de los factores se utilizaron diversos instrumentos: la escala de actitudes y conocimientos sobre SIDA (CDC, 1993; Citado en Cerwoka, et al., 2000), la escala de cambio y de COPING de Sida (Winslow, Franzini, y Hawang, 1992; Citado en Cerwonka, et al., 2000) y la escala psicosocial de SIDA (Perkel, 1992, Citado en Cerwoka, et al., 2000). El promedio de edad de los estudiantes fue de 20 años y el 79% reportaron ser sexualmente activos. El 23% mencionaron haber estado involucrados en situaciones de alto riesgo relacionadas con la exposición al VIH. Dichas situaciones se relacionan con conductas de riesgo como son el uso de alcohol o drogas cuando se tiene una relación sexual, el fracaso en el uso del condón y la tasa alta de contactos sexuales con parejas casuales o anónimas.

De acuerdo con los resultados del uso del condón y del número de contactos sexuales con parejas casuales o anónimas, los estudiantes fueron clasificados en tres grupos: bajo riesgo, riesgo moderado y riesgo alto. Donde cerca del 24% de los estudiantes tuvieron un alto número de contactos sexuales con parejas casuales o anónimas y no usaron condón, mientras que los sujetos del grupo de riesgo moderado (47.3%) no usaron condón, pero no reportaron contactos sexuales con parejas casuales o anónimas. Asimismo, los resultados encontrados indicaron una relación negativa entre el uso del condón, el número de parejas y la experiencia sexual, cuando la experiencia sexual y el número de parejas aumentan el uso de condón disminuye. Por medio del estudio también se pudo comprobar que el incrementar los conocimientos sobre el VIH/SIDA no es suficiente para modificar las conductas sexuales de riesgo, debido a que la mayoría de los participantes que puntuaban alto en las conductas sexuales de riesgo, también lo hacían en conocimientos. Respecto a los factores psicosociales se encontró que la resistencia al cambio fue un predictor de conductas de riesgo para contraer VIH/SIDA, pues los sujetos que practicaban conductas de riesgo no respondieron a la promoción de sexo seguro, que hacía hincapié en la reducción de su número de parejas sexuales, incitarlos a preguntar a sus parejas sobre su

historia sexual o sobre sus encuentros sexuales casuales, a pesar que ellos mostraron un alto grado de conocimientos sobre el VIH/SIDA. En cuanto a la percepción de riesgo de contraer VIH, se observó que aquellos estudiantes que se involucraban en conductas sexuales de riesgo consideraban que ellos mismos estaban en riesgo de contagiarse de VIH, lo cual se contrapone con los resultados obtenidos en otras investigaciones. De la misma forma, se apreció que existe una relación entre la presión del grupo social y las conductas sexuales, debido a que los estudiantes mencionaron que los sujetos de su grupo social practicaban conductas sexuales de riesgo o de prevención similares a las que ellos reportaron. Otro factor relacionado, fue el uso de marihuana y de alcohol en cantidades altas, como predictor de conductas sexuales de riesgo asociadas al VIH/SIDA, así como la infidelidad y el debut sexual prematuro. Los factores psicológicos (el percibir roles sexuales rígidos, comportamientos estereotipados, mayor tendencia a usar mecanismos de defensa, ser susceptibles a la presión social, nivel bajo de autoeficacia para practicar conductas sexuales preventivas) se relacionaron con las conductas sexuales de riesgo para contraer VIH. Los autores también sustentan la premisa de que el nivel bajo de autoeficacia en el uso del condón se relaciona con conductas de riesgo, así que si se eleva el nivel de autoeficacia las conductas de riesgo podrían disminuir.

En otro estudio realizado por Meekers y Klein (2002), se evaluaron los componentes de la autoeficacia en el uso del condón determinando las diferencias entre hombres y mujeres. La autoeficacia en el uso del condón fue tomada como una medida importante entre los factores de actitudes y creencias acerca de la salud reproductiva y la adopción del uso del condón. Se señala que la autoeficacia está asociada con niveles más altos del uso del condón y por tanto se apoya que los programas de intervención del VIH deban estar dirigidos a incrementar los niveles de autoeficacia de la población a la que se dirigen dichos programas. Este estudio plantea que pueden existir diferencias entre la autoeficacia en cuanto al sexo, pero esto varía dependiendo de la cultura en la que se encuentren los individuos, para sustentar lo anterior se aplicó una encuesta sobre salud reproductiva en donde existían reactivos enfocados a obtener información sobre

autoeficacia, esta parte indagaba sobre la confianza que sentían los encuestados para discutir sobre ITS y el uso del condón con su pareja, y si sentían confianza de poder convencer a su pareja de utilizar el condón. Los resultados mostraron que los niveles de autoeficacia fueron elevados tanto en hombres como en mujeres, principalmente en aquellos tópicos relacionados con la discusión y la negociación del uso del condón. Sin embargo, las mujeres mostraron más dificultades en términos de los aspectos más prácticos en el control del uso del condón; por ejemplo, fue más probable que el 67% de los hombres contra el 51% de las mujeres no se sintieran tímidos al comprar condones en su comunidad, además sólo el 58% de las mujeres se sintieron con la confianza de utilizar correctamente el condón, comparado con el 80% de los hombres. Se demostró que aunque existieron algunas diferencias en los niveles de autoeficacia entre hombres y mujeres, estas diferencias no fueron significativas, además la capacidad percibida para utilizar el condón estuvo asociada fuertemente a su uso previo y a compras hechas con anterioridad. Finalmente se demostró que tener experiencia usando el condón o pidiendo su uso, aumentó la confianza en poder convencer a la pareja de utilizar el condón. Como se puede ver en este estudio se destaca la experiencia previa de los sujetos para ejecutar determinadas conductas, como parte importante para poseer niveles altos de autoeficacia en dichas conductas, así aquellas personas que se perciben como capaces de adquirir, negociar o utilizar el uso del condón con sus parejas es más probable que a lo largo de su vida hayan logrado con éxito realizar éstas conductas. Sin embargo en el caso del uso del condón, el hecho de que las personas posean experiencia previa en su uso no es una garantía de que dicho uso sea el correcto, por ende aunque se posea una autoeficacia elevada al respecto no resulta una medida preventiva en cuanto a ITS y VIH/SIDA.

Baele, Dusseldorp y Maes, en el 2001 realizaron un estudio sobre la autoeficacia en el uso del condón como factor que afecta la intención de usar condón y en el uso del mismo. Según dicho estudio la autoeficacia de uso del condón es uno de los predictores más importantes del uso previsto y real del condón. Se toma como autoeficacia los juicios de la gente acerca de sus

capacidades para ejecutar una acción requerida para conseguir determinado tipo de resultado. En un inicio las escalas de autoeficacia eran realizadas a nivel general, sin embargo actualmente las medidas de autoeficacia se deben enfocar al tema de investigación. La meta principal de este estudio fue en primer lugar, determinar en qué medida la autoeficacia se puede utilizar para predecir y explicar el uso del condón y en segundo lugar entender el constructo multidimensional de la autoeficacia del uso del condón. Para este último objetivo se midió la autoeficacia a través de tres declaraciones generales sobre la capacidad percibida para utilizar el condón en el futuro con una nueva pareja: “pienso que tendría éxito al usar el condón cuando tenga sexo con una nueva pareja”, “encontraría difícil utilizar el condón cuando tenga sexo con una nueva pareja” y “no es seguro que yo podría utilizar el condón cuando tenga sexo con una nueva pareja”. La autoeficacia para usar el condón fue abordada en 37 ítems acerca de las habilidades necesarias para usar el condón como, habilidades técnicas, comprar y llevar condones, habilidades de comunicación, control sobre las emociones y control sobre la excitación sexual.

Los resultados muestran en primer lugar, que en efecto la autoeficacia es una construcción multidimensional, además de que las habilidades de comunicación implican aspectos emocionales y operacionales. En segundo lugar se observó que la medida de autoeficacia del uso del condón predice y explica mejor la intención y consistencia de su uso, en adolescentes expertos e inexpertos. Se apreció que la autoeficacia global aumentó de una manera fuerte en la intención y en la consistencia, dicho resultado se pudo observar también con la escala de autoeficacia específica. Lo anterior muestra que la combinación de las medidas de autoeficacia general y específica da como resultado una mejor medición de la intención y consistencia del uso del condón. Sin embargo, se requiere de una mayor comprensión de la autoeficacia en el uso del condón en lo que se refiere al uso previsto y real del condón, esto con la finalidad de diseñar estrategias más útiles de intervención. Con respecto a los aspectos específicos de la autoeficacia del uso del condón se estableció que los adolescentes con un sentido más fuerte en el control de sus emociones y con niveles más altos de

asertividad, están más inclinados a utilizar el condón de manera más consistente, lo cual justifica que en la actualidad muchas de las metas estén encaminadas a la enseñanza de habilidades asertivas y de comunicación como una medida de prevención.

Klein y Knäuper (2003), realizaron una investigación en la que se estudiaron los determinantes de la tendencia a evitar los pensamientos relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS) y se identificó la relación entre esta tendencia, así como la tendencia a involucrarse en discusiones de prácticas sexuales seguras y la consistencia en el uso del condón. En la primera etapa del estudio participaron 71 mujeres universitarias de Québec y Montreal, que eran sexualmente activas, usaban condón en su actual relación y tenían más de un mes de relación con su pareja, pero menos de un año. En esta etapa se investigó la relación que existe entre el nivel de autoeficacia, la asertividad, el nivel de conocimientos sobre ITS y la tendencia a evitar pensamientos relacionados con ITS. El 47.8% de las participantes usaban condón y píldoras anticonceptivas, el 45.1% sólo condón y el 7% usaban el condón y otro método anticonceptivo. En la segunda etapa del estudio se contó con 26 mujeres y 16 hombres, universitarios, las condiciones para que tomaran parte de la investigación fueron que tuvieran una relación monógama, heterosexual, con una duración de más de un mes, pero menos de dos años, que fueran sexualmente activos y que usaran el condón como método anticonceptivo con su actual pareja. En esta etapa se tenía como meta investigar la asociación de las representaciones mentales de los condones y la tendencia a evitar pensamientos relacionados con la ITS, con la consistencia del uso del condón. Para recolectar los datos se usaron los siguientes instrumentos: Escala de autoeficacia anticonceptiva, el Cuestionario de relaciones íntimas, Escala de conocimientos de varias ITS, Escala de actitudes sobre ITS. Las variables restantes (la tendencia a evitar pensamientos relacionados con ITS, la consistencia en el uso del condón) fueron evaluadas por medio de escala likert diseñadas para el propósito del estudio, como para evaluar la consistencia en el uso del condón, o la discusión acerca de las prácticas sexuales seguras.

Se encontró que las mujeres que presentaron bajos niveles de autoeficacia, asertividad y conocimiento sobre ITS tendían a evitar pensamientos relacionados con ITS y por lo tanto probablemente percibían menor riesgo de contraer una ITS con su pareja. Asimismo se pudo observar que las mujeres que evitaban los pensamientos sobre ITS, evitaban también discutir sobre prácticas sexuales seguras, con sus parejas. Al respecto se menciona que el evitar dichos pensamientos puede hacer que las personas adopten conductas sexuales de riesgo, tales como la inconsistencia en el uso del condón. En la segunda etapa de la investigación los resultados mostraron que la representación mental de los condones fue asociada con la inconsistencia de su uso, tal relación fue diferente para los hombres que para las mujeres. La representación de la mayoría de los hombres sobre los condones fue de una barrera para la intimidad, en contraparte, los hombres que asociaron el uso del condón como un reflejo de responsabilidad tendían a usar más consistentemente el condón que los demás. En las mujeres el principal factor que contribuía al uso consistente del condón fue la representación mental de los condones como una responsabilidad hacia su pareja y hacia sí mismas. Esto lo explican a través de los roles de género que han depositado la responsabilidad de la prevención del embarazo o de las ITS en las mujeres.

Thato, Charron, Prochownik, Dorn, Albreth y Stone (2003) llevaron a cabo un estudio en el cual se evaluaron varios predictores del uso del condón, entre adolescentes de Tailandia, a través del modelo de creencias de la salud. Para este estudio se consideraron los siguientes aspectos: la susceptibilidad percibida de mantenerse saludables, la percepción de consecuencias severas, los beneficios percibidos al tomar una acción, las barreras percibidas para realizar conductas preventivas y autoeficacia. Además se evaluó el uso del condón, la susceptibilidad percibida para adquirir una ITS, VIH o tener un embarazo, los beneficios percibidos para usar el condón, las barreras percibidas para usar el condón, la autoeficacia percibida para usar el condón, la intención de usar el condón, las normas sociales percibidas para tomar conductas preventivas y el nivel de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA. En el estudio participaron 195 estudiantes de vocacional, de entre 18 y 22 años de edad.

Los resultados muestran que el uso del condón entre los participantes fue bajo, ya que sólo el 6.3% reportó usarlo siempre que tenían relaciones sexuales con su actual pareja y el 10.2 % las últimas veces que han tenido relaciones sexuales, según los autores esto se debe a que los participantes tenían bajo conocimiento sobre el uso del condón, así como poco conocimiento de ITS y VIH/SIDA. La mayoría (86.3%) de los estudiantes que reportan usar el condón, lo usan como método anticonceptivo. Muchos participantes no se sintieron susceptibles a un embarazo o a adquirir una ITS o VIH. En cuanto a los predictores del uso del condón se encontró que: las barreras percibidas para el uso del condón no fueron un predictor significativo, siendo en esta población el único predictor significativo del modelo de creencias de la salud, los beneficios percibidos para usar el condón. Los otros tres aspectos: la susceptibilidad percibida para adquirir una ITS, VIH o tener un embarazo, las barreras percibidas para usar el condón y la autoeficacia percibida para usar el condón, no fueron predictores significativos del uso del condón. Estos resultados fueron explicados a través de la edad de los participantes, ya que los adolescentes generalmente creen ser invulnerables a todo y por lo tanto se involucran más que los adultos en conductas arriesgadas. En cuanto a la autoeficacia, se menciona que se deben realizar más estudios sobre esto pues, en otros estudios se le considera como un predictor del uso del condón. Otro fuerte predictor del uso del condón fue el género, ya que las mujeres reportaron mayores intenciones de usar el condón. Asimismo, el nivel de conocimientos fue considerado como un predictor significativo siempre y cuando los estudiantes creyeran que sus amigos practicaban conductas preventivas. Por otro lado, los participantes jóvenes quienes reportaron menos consumo de alcohol, usaban más el condón, determinándose que la edad en interacción con el consumo de alcohol también puede ser considerado como un predictor del uso del condón. Por tanto, se concluye que los predictores del uso del condón en este estudio fueron: los beneficios percibidos para usar el condón, los beneficios percibidos para usar el condón relacionado con la intención de usar condón, el nivel de conocimientos

junto con las normas sociales percibidas, y la edad relacionada con el consumo de alcohol.

En un estudio realizado por Gebhardt (et al., 2003) se analizó en qué grado influía la necesidad de intimar de los jóvenes, así como los motivos que poseían para tener sexo, sobre el hecho que usaran o no el condón. Se mostró que entre los factores que influían para que los jóvenes tuvieran o no sexo protegido estaban: el tipo de relación que existía con su pareja y la meta que perseguía en sus relaciones sexuales, de este modo cuando las relaciones que entablaban con su pareja se volvían más formales, el uso del condón como medida de protección era menos probable, ya que mencionaban sentirse más seguros en la relación que tenían. Por otro lado, encontraron que la consistencia del uso del condón estuvo relacionada con la autoeficacia elevada, con las actitudes, así como con una gran necesidad de intimar en las relaciones sexuales. En este estudio la autoeficacia fue medida con una escala de 5 puntos (en la que las respuestas iban de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”) que indagaba acerca de que tan capaces se sentían de utilizar el condón bajo 4 situaciones difíciles: 1) haber bebido, 2) estar altamente excitados, 3) que su pareja no quisiera usar el condón y 4) ante sexo no planeado. Sí se obtenía una puntuación elevada en la escala de autoeficacia indicaba un alto grado de certeza para usar el condón. Los datos apoyan que el mejorar las actitudes hacia el uso del condón, desarrollar fuertes normas subjetivas e incrementar la autoeficacia tienen una influencia positiva sobre las prácticas de sexo seguro de los adolescentes, además para obtener una mayor eficacia en la promoción del sexo seguro las intervenciones deberían enfocarse a subgrupos específicos, considerando el tipo de relación y el significado que se tiene de la relación y el sexo. En este estudio se señala como una de las medidas a seguir el promover mejores actitudes hacia la utilización del condón ya que impactará de manera positiva en la autoeficacia de su uso, sin embargo se puntualiza que para ello es necesario tomar en cuenta las características de la población a la que se dirigen los programas.

En un estudio realizado por Sterk, Klein y Elifson (2003), se buscó determinar la confianza que poseían algunas mujeres en su habilidad para utilizar

el condón, además de identificar los predictores de la autoeficacia en el uso del condón, para ello fue utilizada la escala de autoeficacia del uso del condón de Bradford y Bekc (1991; Citado en Sterk, Klein y Elifson 2003), la cual contaba con 13 reactivos para obtener información acerca de la confianza para comprar condones, utilizar condón en diversas situaciones y sugerir el condón a sus parejas. Los resultados mostraron que las mujeres poseen niveles moderados de confianza para poder utilizar el condón de manera consistente. El análisis multivariado demostró que las mujeres con una alta autoeficacia en el uso del condón fueron típicamente jóvenes. Se concluyó que la eficacia en el uso del condón está asociada con el uso del condón y se destaca la importancia de entrenar la eficacia en el uso del condón en los programas que se enfocan a reducir el riesgo del VIH, los programas se deben adaptar a las necesidades del tipo de población a la que se dirigen.

En un estudio realizado en el norte de Tanzania (Tao, Sam, Manongi, Seage y Kapiga, 2003) se entrevistaron a trabajadores de un hotel y del bar con la intención de obtener información acerca de los predictores del uso del condón. En dicho estudio se plantea que a pesar de la comercialización y la disposición para proveer de condones a la población en la mayoría de las ciudades Africanas, su uso continúa siendo bajo y en general se presenta más en los varones solteros que residen en áreas urbanas, razón por la cual se destaca la importancia de conocer aquellos predictores del uso del condón. En este estudio se indagaron los conocimientos que se tenían sobre el condón, la efectividad percibida del condón, la autoeficacia del condón y la aceptabilidad social del mismo. En el caso de la autoeficacia del condón fue medida en una escala que cuestionaba acerca de la capacidad para negociar el condón con la pareja, para parar la relación sexual para usar el condón, rechazar sexo sin condón y utilizar el condón habiendo bebido.

Lo que se encontró es que los conocimientos relacionados con el SIDA eran muy altos en la mayoría de los participantes, la mayoría de ellos (86.9%) tenía puntajes altos en la escala del conocimiento del condón. En la escala de autoeficacia únicamente el 31.2% obtuvo niveles altos de autoeficacia, sólo el

15.8% sentía que los condones eran aceptados por sus amigos, parientes, parejas o la iglesia. Finalmente, se descubrió que un predictor importante del uso constante del condón fue el conocimiento específico sobre el uso correcto del condón, lo cual según, dicho estudio, destaca la importancia de mantener un alto nivel de conocimiento sobre el condón como medida de prevención del VIH. En el caso de la autoeficacia, resultó ser un predictor significativo del uso constante del condón y por dicha causa se propone que el aumento de la autoeficacia debe ser una de las prioridades de los programas dirigidos a la prevención del VIH, en particular el incremento en la autoeficacia para negociar el uso del condón

Wee, Barrett, Lian, Jayabaskar y Chan, en el 2004, realizaron una investigación para evaluar los factores sociodemográficos, conductuales y cognitivos asociados con el uso inconsistente del condón entre los clientes de sexo-servidoras de Singapur. Los 229 sujetos que participaron en el estudio, fueron seleccionados de una clínica pública de Infecciones de Transmisión Sexual; el criterio de selección fue que los pacientes reportaran haber tenido relaciones sexuales en los 6 meses anteriores y haber pagado por ello. Para recolectar los datos se utilizó una entrevista cara a cara y un cuestionario piloto, respecto al uso del condón, variables sociodemográficas (edad, nacionalidad, estado civil, nivel de educación, ocupación, ingresos, consumo de alcohol y edad del debut sexual), variables conductuales (número de relaciones sexuales con sexo-servidoras en los últimos seis meses, número de relaciones vaginales y orales, y cuántas, de esas ocasiones usaron el condón, número de parejas que habían tenido en los últimos seis meses, el haber tenido una infección de transmisión sexual (ITS) anteriormente, nivel de conocimientos sobre VIH y pasos para usar correctamente el condón) y variables cognitivas (gravedad percibida, vulnerabilidad percibida, autoeficacia, autoeficacia de respuesta, conductas desadaptativas, actitudes y normas sociales).

Los resultados muestran que casi el 70% de los pacientes se presentaron en la clínica con el fin de recibir tratamiento para los síntomas de una ITS y el resto acudió a realizarse una prueba de detección de VIH. De ellos 120 (59.7%) fueron diagnosticados con una ITS, mientras que en una persona resultó ser

seropositiva, de la muestra total el 57.4% eran solteros. Además se encontró una tasa alta en cuanto al uso del condón, el 83.8% reportaron usar condón siempre que tenían relaciones sexuales vaginales con una sexo-servidora en los 6 meses anteriores y el 72.6% dijo haber usado condón la última vez que estuvo con una sexo-servidora. El 55% fue consistente en el uso del condón y el 45% no lo fue. Asimismo se pudo notar que el promedio de encuentros con las sexo-servidoras fue de 3 en los pasados 6 meses. Los usuarios inconsistentes del condón obtuvieron 10 puntos menos en la escala de conocimientos sobre la transmisión del VIH y otras ITS que los usuarios consistentes. Asimismo, era más probable que los usuarios inconsistentes del condón fueran diagnosticados con hepatitis B o herpes y también era más probable que no supieran como usar un condón. Al relacionar las variables resultó que a mayor nivel de autoeficacia, menor inconsistencia en el uso del condón; a menor conocimiento sobre la transmisión del VIH y otras ITS, mayor inconsistencia en el uso del condón; entre más encuentros con las sexo-servidoras más inconsistencia mostraban en el uso del condón; el mayor grado de normas sociales positivas se relacionó con una mayor consistencia en el uso del condón y entre mayor era el consumo de alcohol, mayor inconsistencia en el uso del condón. Aquellos sujetos que reportaron no saber como usar el condón y no estaban seguros de poder usarlo, eran los más inconsistentes, por ello es necesario, en los programas de promoción del uso del condón describir claramente las técnicas para usarlo. Las variables sociodemográficas no se relacionaron significativamente con la inconsistencia en el uso del condón.

En otro trabajo realizado en México (Martínez-Donate, Hovell, Blumberg, Zellner, Sipan, Shillington, y Carrizosa, 2004), también se trató de examinar si existían diferencias de género en el uso del condón, las actitudes y las opiniones, se mencionó que las diferencias por género en el uso del condón probablemente están asociadas con niveles de autoeficacia diferentes entre varones y mujeres. La autoeficacia ha sido altamente asociada con conductas de sexo seguro entre los jóvenes. Sin embargo existen trabajos que evidencian algunas diferencias en cuanto a la autoeficacia entre hombres y mujeres. También se han encontrado

diferencias de género en cuanto a las actitudes hacia el uso del condón, es el caso de Moreau-Gruet (1996; Citado en Martínez-Donate, 2004), quien encontró que los varones poseían actitudes más favorables hacia el uso del condón y llevaban a cabo un uso regular al compararlo con las mujeres.

Los resultados del estudio de Martínez-Donate, et al. (2004) en cuanto a las diferencias de género en la autoeficacia (la cual fue medida a través de una entrevista centrada en la capacidad percibida para rechazar tener sexo sin condón, utilizar un condón correctamente y convencer a su pareja para utilizar el condón), mostraron que los hombres poseían menos autoeficacia para rechazar relaciones sexuales sin condón que las mujeres, hubo una mayor autoeficacia reportada para usar el condón correctamente sobre los varones y estuvo relacionada con la experiencia sexual. Según el estudio realizado en México es necesario poner atención a las diferencias de género que se presentan, pues se encontró que es más fácil que las mujeres tengan sexo desprotegido, esto a pesar de tener una actitud más positiva hacia el uso del condón y niveles más fuertes de intención, así como una mayor autoeficacia que los varones.

Por otra parte, Chesney, Koblin, Barresi, Hunsnik, Celum, Colfax, Mayer, McKirnan, Judson, Huang, y Coates (2003) realizaron un estudio, mediante el cual describieron una intervención diseñada con base en las características de cada participante, dicha investigación se dirigió a hombres homosexuales. Los sujetos que participaron en el estudio, se seleccionaron aleatoriamente de un estudio previo (Koblin, Chesney y Husnil, 2003; Citado en Chesney, 2003), realizaron una prueba clínica que fue diseñada para evaluar el impacto de una intervención cognitivo-conductual de 10 sesiones sobre las tasas de incidencia del VIH. Posteriormente, se dieron sesiones de mantenimiento cada tres meses. Se consideraron seis factores relacionados con las conductas de riesgo: la percepción individual de conducta de riesgo, que se evaluó a través de la exploración guiada de los encuentros sexuales de los participantes; las actitudes y técnicas que facilitaban o dañaban la comunicación y las creencias acerca de la susceptibilidad percibida de adquirir el VIH y sobre la elección de practicar sexo seguro; el usar drogas no inyectables relacionadas con las conductas de riesgo; aspectos de la

pareja, eventos y lugares que se asociaban con conductas de riesgo; y finalmente, la adherencia a los planes de realizar conductas seguras adoptados en la intervención. En la intervención se utilizó la entrevista como medio de cambio conductual en aquellas áreas en las que los participantes mostraban indecisiones, utilizaron el modelo de información-conductas-motivación, para entrenar conductas específicas, y la teoría del aprendizaje social, enfocado a cambiar conductas que son influidas por el medio social. Los resultados se analizaron en tres direcciones: la primera fue analizar la distribución del nivel de autoeficacia para adoptar conductas sexuales seguras, las técnicas de comunicación, las normas sociales sobre el sexo seguro y el placer relacionado con las conductas de riesgo. En la segunda se observó la distribución de la combinación de esos factores en relación con el uso de alcohol y de drogas. En última instancia, se analizaron las conductas sexuales de riesgos, separadas o en combinación, reportadas durante los 6 meses antes de la línea base.

Siguiendo esta línea se encontró que los hombres que puntuaban más bajo en autoeficacia reportaban más conductas sexuales de riesgo. Los sujetos que reportaron tener sexo anal sin condón presentaban puntuaciones más bajas en el factor de comunicación y en normas sociales, que los sujetos que reportaron usar el condón durante las relaciones sexuales anales. Asimismo, los hombres que reportaban tener sexo anal receptivo sin condón con parejas de las cuales desconocían su estado serológico reportaron disfrutar más del sexo anal receptivo, que aquellos que no tenía sexo anal desprotegido. Por otro lado los sujetos que informaron tener sexo anal sin condón con una pareja seropositiva mencionaron disfrutar más del sexo anal receptivo, que aquellos que no presentaban esta conducta de riesgo. En cuanto a la combinación de factores de riesgo se pudo observar que en la mayoría de los sujetos se encuentran relacionados el disfrute de las conductas de riesgo con las bajas puntuaciones en técnicas de comunicación y el uso de drogas no inyectables, detectándose 62 posibles combinaciones en total, esto indica lo heterogéneo que pueden llegar a ser las conductas de riesgo. Tales resultados apoyan la hipótesis de que para reducir las conductas de riesgo es factible y adecuado realizar una intervención

con base en metas específicas sobresalientes elaboradas para el perfil de cada individuo.

Como se puede observar en varios trabajos se ha identificado que las actitudes positivas hacia el uso del condón, así como el grado de confianza en las capacidades que tenga el individuo para utilizar el condón constantemente en diferentes circunstancias, está asociado con una mayor consistencia del uso del condón (Brown, 1998, Citado en Sterk, Klein y Elifson, 2003; Dilorio, Dudley, Soet, Watkins, y Maibach, 2000, Citado en Sterk, Klein y Elifson, 2003 ; Lindberg, 2000; Marin, Tschan, Gomez, y Gregorich 1998, Citado en Sterk, Klein & Elifson, 2003; Montoya, 1997, Citado en Sterk, Klein y Elifson, 2003; O'Leary, Goodhart, Jemmott y Boccher-Lattimore, 2001, Citado en Sterk, Klein y Elifson, 2003; Posner, Pulley, Artz, Cabral, y Macaluso, 2001, Citado en Sterk, Klein y Elifson 2003; Santelli, Davis, Celentano, Crump, Burwell, 1995, Citado en Sterk, Klein y Elifson 2003). Esto ha ayudado a que haya un reconocimiento en los esfuerzos hechos para incrementar la autoeficacia en el uso del condón como parte importante de los programas que buscan desarrollar comportamientos sexuales seguros para reducir el riesgo de transmisión del VIH (Dilorio, et al., 2000; Citado en Sterk, Klein y Elifson, 2003; Malow, Corrigan, Cunningham, West, y Pena 1993; Citado en Sterk, Klein y Elifson, 2003). Sin embargo, la autoeficacia ha sido analizada de diversas maneras dentro de las investigaciones dependiendo de los objetivos que éstas persigan, así en algunas ocasiones se analiza la autoeficacia como un predictor directo o indirecto del uso del condón y de las conductas de riesgo, en otras también se estudia en relación con la consistencia. Por otro lado, frecuentemente en las investigaciones no se indaga de manera explícita la relación que puede existir entre el uso del condón y la autoeficacia, esto se debe a que al hablar de conductas de salud sexual hace referencia a un conjunto de comportamientos y no exclusivamente al uso del condón. Por otra parte al hablar de conductas sexuales saludables se alude a un conjunto de factores además del uso del condón, así que no se expresa de manera clara y directa la relación existente entre el uso del condón y la autoeficacia. Lo que incrementa la controversia que existe alrededor de la autoeficacia, pues no se sabe a ciencia

cierta hasta qué punto o en qué población puede ser un predictor eficaz del uso del condón, o también si la autoeficacia es un componente de alguna combinación de factores (las habilidades de comunicación sexual, las actitudes hacia el uso del condón, la percepción de riesgo) que se deban de tomar en cuenta para predecir el uso del condón (Kourdoutis, Loumakou, Saratidou, 2000; Thato, Charron-Prochownik, Dorn, Albrecht, y Stone, 2003; Yassenka y Gabbany, 2001). Aún si se tuviera la certeza de que la autoeficacia es un predictor del uso del condón, sólo se han realizado investigaciones que evalúan los errores que se cometen al usar el condón y no hay estudios que propongan un entrenamiento o que evalúen aciertos.

Medición del uso del condón

La conducta sexual, por ser considerada socialmente como íntima, siempre ha sido de difícil acceso para los investigadores, por tanto se ha utilizado el autorreporte como medio indirecto de medición. Sin embargo, en la actualidad varios autores (Fishbein y Pequegnat, 2000; Waszak, Tchupo, Jonson, Cheta y Nyam, 2003; Kaplan, Feinstein, Ficher y Klein, 2001; Lindemann y Brigham, 2003) cuestionan la validez del autorreporte, como medida de la conducta sexual preventiva, ya que se ha demostrado que existen variables que hacen que las personas no contesten, modifiquen sus respuestas y no reporten lo que hacen realmente.

En esta línea Waszak, et al., (2003), realizaron una investigación cualitativa acerca del proceso que lleva a las personas a contestar de cierta manera, a través del modelo de decisión etnográfico, que contempla tres factores que pueden afectar las respuestas (comprensión de las preguntas, la memoria y la conducta socialmente deseada), originando errores en el autorreporte. Respecto a la comprensión de las preguntas, los autores mencionan que debido a que muchos instrumentos no se realizan en el idioma del país donde se hacen las investigaciones, las traducciones pueden considerarse un problema de validez, por las variantes semánticas que hay de un idioma a otro. Otro aspecto importante

que se marca es el uso de algunas palabras como contacto sexual, que son ambiguas, debido a que no se especifican las conductas que pueden ser riesgosas para adquirir una ITS. Estos problemas se incrementan cuando se trata de medir la frecuencia en el uso del condón, pues en muchas ocasiones se utilizan adverbios de frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) en los ítems, por lo que no se sabe en cuantas relaciones se utilizó el condón cuando se obtiene como respuesta “algunas veces”, por ejemplo.

De esta manera, también se plantean los errores a causa de un recuerdo deficiente, ya que generalmente se pregunta el número de veces que se ha utilizado el condón, poniendo un tiempo límite, por ejemplo en el último año, y es muy probable que los sujetos no reporten el número exacto. Por último se comenta la importancia de la tendencia que muestran algunas personas a maximizar o a minimizar sus respuestas con base en las expectativas que creen que el experimentador, tiene de ellas y no siempre sus percepciones son acertadas. En este estudio participaron cuarenta mujeres de Camerún, que previamente habían contestado un instrumento de autorreporte del uso del condón, los criterios de inclusión fueron que tuvieran más de 18 años y que tuvieran más de un coito a la semana, clasificándose en usuarias consistentes e inconsistentes. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada, donde se les cuestionaba sobre los pensamientos que elaboraban, para llegar a la respuesta del autorreporte. Se encontró que se les dificultó definir lo que entendían por contacto sexual, la mayoría lo describió como hacer el amor y no se consideró coito vaginal, anal u oral. En cuanto al uso del condón se les preguntaba si usaban condón y gel (nonoxinol-9, espermaticida), la mayoría contestaron que si lo usaban, sin embargo cuando se les cuestionó únicamente por el uso del condón, contestaban que no lo usaban pues no lo necesitaban, ya que usaban el gel. Asimismo, se observó que las mujeres utilizaban diferentes estrategias para recordar el número de veces que usaron el condón, por ejemplo, marcarlos en un calendario o contar el número de condones que todavía no usaban. De la misma forma, en la conducta socialmente deseada se encontró que algunas mujeres mentían respecto al número de sus parejas

sexuales y sobre el número de veces que usaban el condón, para dar una mejor impresión. No obstante, la mayoría de ellas sentía la obligación de decir la verdad y así contribuir con la investigación.

De la misma manera, en el estudio realizado por Warner, Clay- Warner, Boles y Williamson, (1998) se evaluaron los tipos de problemas que han tenido los hombres que tienen experiencia en el uso de condones, así como los niveles de riesgo que enfrentan ante estos problemas al exponerse directa o indirectamente a un embarazo no deseado o a la transmisión de una ITS, comparando a los usuarios consistentes con los inconsistentes. En el estudio participaron 98 hombres sexualmente activos, quienes reportaron usar por lo menos 5 condones un mes antes de que el estudio se llevara a cabo, sin embargo sólo 47 fueron tomados en cuenta para el análisis estadístico. Para recolectar la información se realizó una entrevista estandarizada. Entre otras cosas, se les cuestionó cuántas veces habían tenido relaciones vaginales en ese mes y cuántas en el año anterior, así como en cuántas de esas ocasiones habían usado condón, además cuántas veces tuvieron problemas al usar el condón y cuáles fueron esos problemas. Los sujetos fueron agrupados en usuarios consistentes y en usuarios inconsistentes de acuerdo a las veces que reportaron usar el condón. Asimismo, los problemas se clasificaron en aquellos que resultaban en un contacto directo pene-vagina, y por lo tanto un riesgo para el embarazo y la transmisión de ITS, y en aquellos que no causaban contacto directo. Dentro de los primeros se consideraron: comenzar el coito sin condón después parar y colocarlo; romper el condón durante el coito o que el condón se salga; comenzar el coito con condón y después quitarlo y seguir con el contacto genital; tener el condón totalmente deslizado o quitarlo en el coito. Se consideraron problemas causantes de un contacto no directo: comenzar a poner un condón al revés, pero lo volteaban antes de ponerlo y de usarlo; perder la erección antes o después de que se colocó un condón; presentar reacciones alérgicas al látex; desenrollar completamente un condón antes de colocarlo; encontrar un condón dañado desde el empaque; rasgar el condón con las uñas o con la joyería. Se encontró que el 13% de los hombres comenzaban a ponerlo al revés y luego lo volteaban, el 12.2% reportó que perdían la erección antes o

después de ponerse el condón, el 2.2% reportaron irritación o alergia y el 0.7% reportaron desenrollar completamente el condón antes de usarlo. Los problemas que resultaban en un contacto directo, se reportaron de la siguiente manera: comenzar el coito sin condón después parar y colocarlo 7.8%; romper el condón durante el coito o que el condón se salga 4.1%; comenzar el coito con condón y después quitarlo y seguir con el contacto genital 2.6%; tener el condón totalmente deslizado o quitarlo en el coito 1.5%. Además se pudo observar que los usuarios consistentes presentaban el mismo nivel de riesgo de infección o de tener un embarazo, que los usuarios inconsistentes. Por lo que se plantea la necesidad de distinguir entre la efectividad del usuario y del condón, así como la importancia de medir no sólo la consistencia del uso del condón sino también el uso correcto del condón.

Por otra parte, en un estudio realizado por Kamb, Fishbein y Douglas (1998, citado en Fishbein y Pequegnat, 2000), se tomaron en cuenta los participantes con más experiencia sexual y se les entrenó en habilidades para el uso del condón. Esto con la finalidad de evaluar la efectividad de tres tipos de intervención que se pueden llevar a cabo con pacientes clínicos que presentan infecciones de transmisión sexual. Como parte del seguimiento, 12 meses después se les pidió a los participantes que pusieran un condón sobre un pene-modelo, para medir su ejecución en esta tarea se utilizó un registro que contemplaba cinco categorías: abrir cuidadosamente el empaque, colocar el condón cuidadosamente, dejar un espacio en la punta del condón, remover el aire y desenrollarlo completamente. El 90% de los participantes abrieron correctamente el empaque del condón, colocaron el condón en el lugar correcto, desenrollaron el condón completamente, pero el 10% olvidó dejar un espacio para el semen, más del 35% no sacaron el aire de la punta. Y sólo el 51% de las mujeres y el 58% de los hombres ejecutaron correctamente los 5 pasos. Los estudiantes que recibieron el entrenamiento ejecutaron mejor la tarea, en comparación con los que no lo recibieron, no obstante su ejecución no fue perfecta y tenían la misma probabilidad que el otro grupo de cometer dos errores: no dejar un espacio para el semen y no sacar el aire de la punta del condón. Estos errores

pueden conducir al rompimiento del condón y por tanto poner en riesgo de contagio de una ITS o de un embarazo a los sujetos. Luego de otros 12 meses, se les preguntó a los sujetos acerca de los errores cometidos durante ese periodo. El 25% de los sujetos reportaron que siempre revisaban la fecha de caducidad, el 25% de los hombres y el 15% de las mujeres retiraban el pene de la vagina cuando todavía estaba erecto y un tercio de hombres y mujeres reportaron no sostener el arillo del condón cuando retiraban el pene de la vagina, 16% de mujeres y 5% de hombres reportaron alergias asociadas al condón, casi el 75% de hombres y más de la mitad de las mujeres atribuyeron esta reacción al espermaticida o al latex. Debido a estos errores, se reportaron rompimientos y deslizamientos de los condones: el 11% de las mujeres y el 15% de los hombres reportaron rompimientos en los últimos tres meses, el 31 de las mujeres y el 28% de los hombres reportaron que el condón se les cayó en el año anterior, el 8% de mujeres y hombres tuvieron un deslizamiento, el 17% de las mujeres y el 9% de los hombres reportaron derramamientos, mientras que el 39% de los hombres y el 29% de las mujeres mencionaron que el condón se volteó o lo colocaron al revés. El 31% de los hombres y el 36% de las mujeres reportaron comenzar el coito sin condón y en el transcurso del mismo colocarlo, 26% de los hombres y el 23% de las mujeres reportaron comenzar el coito con condón y después quitarlo y seguir con el contacto genital. La explicación que se propone en este caso es que el uso del condón se ve influido por los objetivos que se tiene al usarlo, ya que los dos últimos errores se suelen cometer cuando el condón cumple la función de anticonceptivo.

Otros autores que han abordado la validez del autorreporte con respecto al uso del condón, como anticonceptivo o preservativo, son De Visser y Smith. En el 2000, ellos realizaron un estudio en el que se evaluaba la prevalencia de la colocación tardía del condón entre 349 adolescentes heterosexuales, por medio de un diario en el que registraban el número de relaciones vaginales y las ocasiones en que ellos utilizaban el condón. Los sujetos reportaron un total de 919 relaciones vaginales, en 464 se utilizaron condones, en 59 de esas relaciones, el condón fue colocado después de la penetración inicial. La tardía aplicación del

condón fue más común cuando se tenían relaciones con las parejas estables que con parejas casuales. La colocación tardía del condón fue asociada únicamente con la razón para usar el condón, el 20% de sujetos que reportaron usar el condón como método anticonceptivo, lo colocaban después de la penetración, mientras que sólo el 7% de los participantes que lo usaban como método anticonceptivo y como preservativo, también lo colocaban después de iniciada la relación sexual. Los autores concluyen que aunque las personas reportaban usar consistentemente el condón, no siempre lo sabían usar correctamente, pues lo colocaban antes de la eyaculación, pero después de la primera penetración; por lo que estas personas presentan un comportamiento sexual de riesgo, al igual que aquellas que reportan usar el condón inconsistentemente. Lo cual hace evidente que se debe tomar con precaución la información que se recabe de los autorreportes, ya que se puede sobreestimar las variables que mide, por ejemplo; edad del debut sexual, tener relaciones sexuales, frecuencia de las relaciones sexuales, frecuencia del uso del condón, número y tipo de parejas sexuales, tipo de relaciones sexuales (vaginal, oral o anal), intenciones conductuales para usar el condón, actitudes hacia el uso del condón, autoeficacia en el uso del condón.

Toda esta información impacta directamente en los programas de prevención del VIH/SIDA, porque el autorreporte también suele ser utilizado para evaluar el éxito de dichos programas. Los hallazgos de De Visser y Smith (2000) plantean la necesidad de evaluar el uso del condón con otros métodos más eficaces y objetivos, como el medir conductualmente las habilidades para usarlo correctamente.

Al respecto Lindemann y Brigham (2003), realizaron un estudio con el fin de elaborar una escala simple, de fácil aplicación para evaluar la habilidad de usar un condón, además de relacionar la habilidad de usar el condón con la autoeficacia percibida para usar el mismo. En el estudio participaron 177 estudiantes universitarios, 106 mujeres y 71 hombres. La escala de Guttman (The Measure of Observed Condom Use Skills, MOCUS), evaluaba 7 conductas: abrir el condón con las muescas y por el borde, colocar el condón sobre la punta del pene, oprimir el receptáculo con dos dedos, desenrollar el condón hasta la base del pene, esto

para colocarlo; y para retirarlo se observaba que se sostuviera el condón desde la base del pene al retirarlo de la vagina, que se oprimiera la punta para que el semen se mantuviera en el receptáculo y por último que se sostuviera el condón de la base y la punta, deslizándolo cuidadosamente fuera del pene. A cada sujeto se le proporcionó un condón y un pene-modelo, para que lo colocara se le daban las siguientes instrucciones: “Por favor demuestra como usarías un condón, utilizando este modelo”. Los autores encontraron que las mujeres obtuvieron una correlación significativa entre los puntajes de la escala y su nivel de autoeficacia, mientras que para los hombres esta correlación no fue significativa. Los hombres reportaron un nivel de autoeficacia mayor que el nivel de las mujeres. Concluyen que el hecho de que en las investigaciones se evalúe el uso del condón mediante el autorreporte, no significa que estén evaluando si el uso del condón es adecuado, y dado lo anterior la escala MOCUS de Gutman ofrece una alternativa más confiable para evaluar la habilidad de usar un condón, también puede emplearse en programas de entrenamiento.

Con estos estudios se comprueba que el autorreporte no es un instrumento de medición que se pueda emplear sólo sino que los investigadores deben proponer alternativas de medidas más objetivas y confiables para evaluar el uso del condón. Además se pone de manifiesto que la mayoría de los estudios realizados se enfocan a evaluar errores en el uso del condón y sólo algunos entrenan en las habilidades para usarlo correctamente.

En este capítulo se llevo a cabo una revisión y una análisis sobre tres aspectos relacionados con el uso del condón: la autoeficacia para usar el condón, la medición del uso del condón y la habilidad conductual para usar correctamente el condón, con el fin de sustentar el entrenamiento conductual en el uso correcto del condón que se expone en el capítulo 4 del presente trabajo.

En algunas investigaciones (Baele, et al., 2001; Cerwoka, et al, 2000; Chesney, et al., 2003; Sieving, et al, 1997; Wee, et al., 2004) que han estudiado la relación entre la autoeficacia para usar el condón, la consistencia del uso del condón y las conductas de riesgo, entre ellas tener relaciones sexuales sin condón, se ha encontrado que los bajos niveles de autoeficacia se relacionan con

las conductas de riesgo, además los niveles altos de autoeficacia se relacionan con el uso consistente del condón. Por tanto proponen que los programas de intervención incrementen la autoeficacia para así lograr un incremento en el uso del condón. Además cabe señalar que tanto estos estudios, como algunos otros (Kourdoutis, et al., 2000; Thato, et al., 2003; Yassenka y Gabbany, 2001), han evaluando el uso del condón por medio del autorreporte, no obstante, esta forma de medir la conducta sexual suscita problemas de memoria, de comprensión o falsedad en los datos, por parte de los participantes (De Visser y Smith, 2000) y como consecuencia afecta la validez y la confiabilidad de los resultados de dichas investigaciones. Por ende se han buscado otras formas de medir el uso del condón, a través de escalas diseñadas para evaluar los pasos para colocar el condón o por medio de la demostración del uso del condón en un pene de enseñanza (Fishbein y Pequegnat, 2000; Lindemann y Brigham , 2003), a pesar de ellos es necesario resaltar que estos estudios sólo evalúan errores al usar el condón y no los pasos correctos, al mismo tiempo se debe considerar que la mayoría de estudios se enfocan a evaluar y casi ninguno a intervenir. Asimismo, los resultados de estos estudios muestran que los jóvenes cometen errores al usar el condón, por tanto, aunque reporten usar el condón en sus relaciones sexuales se exponen al contagio de una ITS o VIH/SIDA. Por ello resulta importante entrenar a los jóvenes al usar el condón correctamente, al mismo tiempo que se determinan los efectos que es este entrenamiento puede tener en la consistencia del uso del condón, así como en la autoeficacia para usarlo.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

El estudio que aquí se presenta forma parte de un proyecto más general titulado “Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA”, cuya responsable es la Dra. Susana Robles Montijo del Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación de la FES Iztacala. En dicho proyecto general se aborda el estudio de la comunicación sexual asertiva en parejas de adolescentes y adultos jóvenes y su relación con la adopción de comportamientos preventivos relacionados con el VIH/SIDA. Este proyecto está financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), con número de registro IN300402.

El proyecto comprende un estudio exploratorio sobre el comportamiento sexual de riesgo en estudiantes de educación superior y un estudio de intervención enfocado al entrenamiento en comunicación sexual asertiva y sus efectos en el uso del condón.

Los objetivos del estudio exploratorio son: determinar, en una muestra de 1168 estudiantes elegidos en forma aleatoria, la proporción de hombres y mujeres que se han involucrado en comportamientos sexuales preventivos y de riesgo; determinar si el sexo, el debut sexual, el tipo de carrera, la preferencia sexual, con quién viven y el número de parejas sexuales, tiene un efecto importante en el comportamiento sexual de riesgo; determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, el nivel de autoeficacia para prevenir el SIDA y el tipo de creencias (favorables o desfavorables) hacia el uso de protección, en hombres y mujeres de toda la muestra; determinar si las diferencias en los niveles de las tres variables anteriores, se deben al sexo de los estudiantes, su debut sexual, el tipo de carrera, que cursan, su preferencia sexual, con quién viven y/o al número de parejas sexuales que han tenido en toda la vida; determinar la relación entre conocimientos, autoeficacia y creencias en la muestra estudiada; determinar la relación entre conocimientos, autoeficacia, creencias y el comportamiento sexual de riesgo y preventivo, identificando las diferencias entre hombres y mujeres; y

determinar cuáles de las variables evaluadas, son los mejores predictores del uso del condón.

El estudio de intervención tuvo como objetivo evaluar el impacto de un programa de entrenamiento conductual en comunicación sexual asertiva y uso correcto del condón sobre su uso consistente en una muestra de estudiantes universitarios. El programa incluyó 4 elementos que se diseñaron con base en el modelo de Bayés (1992): información sobre ITS/VIH/SIDA y embarazos no deseados, roles de género en la cultura mexicana, entrenamiento en el uso correcto del condón a través del modelamiento y práctica conductual de 15 pasos definidos y entrenamiento en habilidades para conversar sobre temas de sexualidad y para negociar el uso del condón utilizando el Aprendizaje Estructurado como estrategia de cambio conductual. Conocimientos, actitudes, autoeficacia y uso del condón fueron evaluados a través de instrumentos de autorreporte; las habilidades de comunicación sexual asertiva y de uso correcto del condón a través de la observación directa.

El estudio que aquí se presenta y que constituye el reporte de investigación, corresponde al estudio de intervención y presenta sólo lo relativo al entrenamiento en el uso correcto del condón y su impacto sobre la autoeficacia percibida para usarlo correctamente y sobre las medidas de autorreporte de su uso. A continuación se expone la justificación teórica que sustenta esta investigación.

La revisión bibliográfica llevada a cabo, ha tratado de exponer la relevancia de la investigación sobre el VIH/SIDA, que ha tenido como meta aportar metodologías, técnicas y conocimientos en general que permitan elaborar programas de intervención más eficaces para prevenir el contagio de esta y otras infecciones de transmisión sexual.

Como se mencionó anteriormente, los jóvenes presentan las tasas más altas de contagio de VIH/SIDA a nivel mundial (de los 37,2 millones son adultos contagiados, aproximadamente el 50% tiene entre 15 y 24 años), por tal motivo es la población con más riesgo de adquirir VIH/SIDA, no obstante ese riesgo se puede evitar, pues la mayoría de estos contagios se dan por vía sexual, (en México el 92.2%, se dan por esta vía). Entonces los esfuerzos para la prevención deben estar orientados a la práctica de relaciones sexuales protegidas, especialmente en los jóvenes. Pese a tener en claro la población meta, hay muchos aspectos a considerar, empezando por el uso del condón como medida preventiva para evitar la transmisión del VIH/SIDA. Con los estudios revisados al respecto, se pudo observar que existen factores que afectan el uso del condón, entre ellos las habilidades de comunicación sexual, específicamente de negociación del uso del condón (Sieving, et al., 1997), actitudes hacia el condón (Baele, et al., 2001), uso del condón por presión grupal (Cerwoka, et al., 2000), habilidades para usar correctamente el condón (Crosby, DiClemente, Wingood, Sionean, Cobb, Harrington, Davies, Hook, y Oh, 2001), nivel de autoeficacia (Meekers y Klein, 2002), entre otras. Respecto a ésta última, se han hecho varios estudios (Baele, et al., 2001; Chesney, et al., 2003; Crosby, et al., 2001; Klein y Knäuper 2003; Thato, et al., 2003) y aún no se determina si mantiene una relación directa en el uso del condón, es por ello que aquí se considera como una variable relevante debido a que no sólo se analiza su relación con el uso del condón, sino con el uso correcto del condón.

Otro aspecto en el que se hace hincapié es en el uso del autorreporte como instrumento para evaluar el uso del condón ya que representa un medio indirecto de medición, y por tanto susceptible a diversos errores que afectan su validez y

confiabilidad (Waszak, et al., 2003). En algunos estudios (Fhishbein y Pequegnat, 2000; Waszak, et al., 2003; Kaplan, et al., 2001; Lindemann y Brigham, 2003), se ha demostrado que al usar el autorreporte se pueden presentar varios errores, debido a la comprensión de las preguntas, a problemas de memoria y a la tendencia que muestran algunas personas a maximizar o a minimizar sus respuestas con base en lo que se espera de ellas (Waszak, et al., 2003). Toda esta información impacta directamente en los programas de prevención del VIH/SIDA, porque el autorreporte también suele ser utilizado para evaluar el éxito de dichos programas. Los hallazgos de De Visser y Smith (2000) plantean la necesidad de evaluar el uso del condón con otros métodos más eficaces y objetivos, como el medir conductualmente las habilidades para usarlo correctamente, por tal razón se deben crear alternativas para poder realizar mediciones directas. Sobretudo porque los sujetos que reportan el uso del condón, no significa que se estén previniendo de infecciones de transmisión sexual (en especial el VIH/SIDA) o los embarazos no planeados, pues no se sabe si se está usando el condón de manera correcta.

En este trabajo se ofrece una opción de medición directa respecto al uso correcto del condón masculino, que consiste en grabar a los participantes colocando un condón en un pene de enseñanza, para después registrar los pasos que realizaron de manera correcta. Se partió de que los sujetos que reportan usar el condón, no necesariamente lo usan correctamente, por ello también se propone un entrenamiento en el uso correcto del condón. Siendo así el objetivo de la presente investigación es:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los efectos de un entrenamiento conductual en el uso correcto del condón sobre los niveles de autoeficacia percibida para usarlo y el autorreporte de su uso consistente en las relaciones sexuales en jóvenes universitarios.

Objetivos específicos:

1. Evaluar la frecuencia del uso del condón por medio del autorreporte antes y después del entrenamiento.
2. Determinar la consistencia del uso del condón antes y después del entrenamiento
3. Evaluar los niveles de autoeficacia percibida para usar el condón antes y después del entrenamiento.
4. Determinar el porcentaje de respuestas correctas en la habilidad para usar correctamente el condón antes y después del entrenamiento.
5. Comparar la frecuencia del uso del condón entre el grupo control y el grupo experimental, después del entrenamiento.
6. Comparar la consistencia del uso del condón entre el grupo control y el grupo experimental, después del entrenamiento.
7. Comparar los niveles de autoeficacia percibida para usar el condón entre el grupo control y experimental, después del entrenamiento.
8. Comparar el porcentaje de respuestas correctas en la habilidad para usar correctamente el condón entre el grupo control y experimental, después del entrenamiento.
9. Determinar la relación entre la frecuencia del uso del condón y la consistencia de su uso.
10. Determinar la relación entre la frecuencia del uso del condón y el nivel de autoeficacia percibida para usarlo.
11. Determinar la relación entre la frecuencia del uso correcto del condón y el porcentaje de respuestas correctas en la habilidad para usar correctamente el condón.
12. Determinar la relación entre la consistencia del uso del condón y el nivel de autoeficacia percibida para usarlo.
13. Determinar la relación entre la consistencia del uso del condón y el porcentaje de respuestas correctas en la habilidad para usar correctamente el condón.

14. Determinar el nivel de autoeficacia percibida para usar el condón y el porcentaje de respuestas correctas en la habilidad para usar correctamente el condón.

Hipótesis:

El nivel de autoeficacia percibida para usar el condón, el autorreporte de su uso consistente y la habilidad para usarlo correctamente, no se correlacionarán en la pre-evaluación. Después del entrenamiento, el número de sujetos que tienen la habilidad conductual para usar correctamente el condón incrementará. Mientras que en la fase de post-evaluación, habrá una correlación entre la habilidad conductual para usar correctamente el condón, el nivel de autoeficacia percibida para usarlo y el autorreporte de su uso consistente.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio un total de 105 estudiantes universitarios sexualmente activos, finalizando el estudio sólo 73. El criterio de inclusión para participar en el estudio fue que los estudiantes a través del autoreportes mostraran inconsistencia en el uso del condón. Los sujetos se eligieron al azar de una muestra de 691 estudiantes que participaron en un estudio previo (Enríquez, Sánchez y Robles, 2005) en el que también fueron elegidos utilizando un procedimiento de muestreo por conglomerados.

Diseño Experimental

Se utilizó un diseño pretest-postest con un grupo experimental y uno control. Los 105 estudiantes que iniciaron el estudio fueron asignados al azar, 70 de ellos al grupo experimental y 35 al grupo control, finalizando el estudio únicamente 52 en el grupo experimental y 21 en el control. El grupo experimental recibió un entrenamiento durante 8 sesiones consecutivas de 2 horas cada una; el

grupo control no recibió entrenamiento, quedando en lista de espera para participar en el mismo taller en una siguiente ocasión.

Materiales y Aparatos

Se emplearon 4 presentaciones en Power Point que ilustraron las temáticas sobre VIH/SIDA, el condón, sexualidad en la pareja, roles de género en nuestra cultura y modelos de comunicación asertiva. Para el entrenamiento del uso correcto del condón se utilizó un modelo de pene para enseñanza, 20 piezas de un modelo estándar de pene para enseñanza y una muestra de 20 condones que ilustraron la variedad de éstos en colores, formas, tamaños, sabores, texturas, marcas, precios y distintas fechas de caducidad. Para las sesiones de filmación se utilizaron casetes mini DVD de 60 minutos de duración y un tripié. Posteriormente para el análisis de los videos se empleó una cámara y una televisión. Finalmente la captura de resultados se llevó a cabo en una computadora.

Variables

Las variables evaluadas en este estudio fueron:

Patrón de comportamiento sexual que contempló: edad del debut sexual, planeación de la primera relación sexual, lugar de la primera relación sexual, preferencia hetero-homo-bisexual, la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos 3 meses y número de parejas sexuales en toda la vida.

Uso del condón en las relaciones sexuales, se evaluó en general como el uso del condón en las relaciones sexuales y en particular como el uso del condón en la última relación sexual.

Consistencia en el uso del condón, se tomó como el resultado de la frecuencia del uso del condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses.

Nivel de auto eficacia percibida para usar el condón, contempló los factores 2 y 5 de la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, validada por Robles (2005) a partir de la realizada por López Rosales y Moral de la Rubia (2001). El factor 2 corresponde a la capacidad percibida para usar y comprar condones, que considera la seguridad percibida para: usar el condón cada vez que se tienen relaciones sexuales, insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si la pareja prefiere no usarlo, negarse a tener relaciones sexuales si la pareja no acepta usar el condón, contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones, acudir a la tienda a comprar condones. El factor 5 corresponde a la capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo: seguridad percibida para usar correctamente el condón, usar el condón durante el acto sexual después de ingerir alcohol, usar el condón durante el acto sexual después de consumir alguna droga.

Habilidad conductual para usar correctamente el condón consideró los siguientes comportamientos:

1. Revisar burbuja de aire en el condón
2. Revisar fecha de caducidad
3. Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete
4. Bajar el condón antes de abrir el paquete
5. Abrir el paquete sin usar uñas o dientes
6. Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo
7. Ver hacia qué lado se desenrolla
8. Apretar el receptáculo de depósito del semen
9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas
10. Colocar en el glande el condón
11. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene
12. Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo
13. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas
14. Retirar el condón

15. Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura

Instrumentos

Las variables del *patrón de comportamiento sexual*, el *uso del condón en las relaciones sexuales* y la *consistencia en el uso del condón* se evaluaron a través de un instrumento de autorreporte elaborado por Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías (2003) (Ver anexo).

El nivel de auto eficacia percibida para usar el condón se evaluó por medio de la escala validada por Robles (2005) a partir de la realizada por López Rosales y Moral de la Rubia (2001), en la cual se proponían 4 factores de autoeficacia: 1) Rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas, 2) Rechazar propuestas sexuales de conocidos, 3) Investigar la historia sexual de la pareja y 4) el uso correcto del condón. En el estudio de Robles (2005) como resultado de dicha validación se obtuvieron cinco factores: 1) Rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas, 2) Usar y comprar condones, 3) Rechazar propuestas sexuales de conocidos, 4) Investigar la historia sexual de la pareja y 5) el uso correcto del condón (Ver anexo).

El factor 2 estuvo constituido por 5 reactivos tipo Lickert que iban de 1 (nada seguro) a 5 (totalmente seguro). Los reactivos indagaban acerca de que tan seguras estaban las personas de:

- A) Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo
- B) Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón
- C) Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales
- D) Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones
- E) Acudir a la tienda a comprar condones.

El factor 5 se constituyó por 3 reactivos con las mismas características que el anterior, e indagaba acerca de que tan seguras estaban las personas de:

- A) Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol
- B) Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga (marihuana, resistol, tinner).
- C) Usar correctamente el condón.

La *habilidad para usar correctamente el condón* se evaluó solicitando a cada estudiante la colocación de un condón en un pene de enseñanza, todos los estudiantes fueron videograbados en forma individual y se registró la ocurrencia correcta de cada uno de los 15 pasos sobre la colocación correcta del condón.

Medidas

El patrón de comportamiento sexual se midió a través de la edad promedio del debut sexual, el porcentaje de estudiantes que planearon su primera relación sexual, porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción del lugar de su primera relación sexual, promedio de parejas sexuales en toda la vida, promedio de relaciones sexuales en los últimos 3 meses.

El uso del condón en las relaciones sexuales fue medido a través del porcentaje de estudiantes que respondieron sí o no a las preguntas: ¿Cuándo tienes relaciones sexuales utilizas condón? y en tu última relación sexual ¿utilizaste condón?

La consistencia en el uso del condón se determinó calculando la proporción de encuentros sexuales protegidos, la cual se obtuvo dividiendo la frecuencia del uso de condón en los últimos tres meses entre la frecuencia de las relaciones sexuales durante el mismo periodo; el resultado obtenido es un valor que va de 0 a 1, donde

1 significa usar el condón en el 100% de los encuentros sexuales y 0 significa no utilizarlo en ninguno de los encuentros sexuales.

La autoeficacia percibida para usar el condón fue medida a través de los puntajes obtenidos en dos factores: factor 2, capacidad percibida para usar y comprar condones y el factor 5, capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo de la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA. Para el factor 2 la puntuación mínima que se podía obtener era de 5 puntos, mientras que la puntuación máxima era de 25, en el caso del factor 5 la puntuación mínima que se podía obtener era de 3 y la puntuación máxima de 15.

La habilidad conductual para usar correctamente el condón: La medida para el uso correcto del condón fue el porcentaje de respuestas correctas que presentaron los estudiantes, se registró primeramente la ocurrencia correcta de cada uno de los 15 pasos sobre la colocación correcta del condón y se transformó después, el dato en porcentaje.

Procedimiento

Fase de Preevaluación. Las variables de *patrón de comportamiento sexual, uso del condón en las relaciones sexuales, y consistencia en el uso del condón* se evaluaron en ambos grupos 8 meses antes de que iniciara la fase de intervención. La habilidad para *usar correctamente el condón* se evaluó sólo en el grupo experimental un día antes de que iniciara la intervención, a través de filmaciones individuales.

Fase de Intervención: Esta fase se llevó a cabo en 8 sesiones consecutivas de 2 horas cada una; a lo largo de dichas sesiones se utilizaron distintas dinámicas que ilustraron las temáticas que se abordaron en cada sesión. En la primera sesión se abordó información relativa a distintos aspectos epidemiológicos del SIDA, características del VIH y del SIDA, formas de transmisión y mecanismos de

prevención del virus, señalando los cambios que se han venido reportando en las proporciones de casos hombre/mujer.

En la tercera y cuarta sesión se abordó el tema del condón, estas sesiones fueron las más importantes para este estudio, en ellas se señalaron aspectos históricos del condón masculino y femenino, procesos de fabricación, pruebas de efectividad, tipos de condones (tamaños, texturas, materiales, colores, sabores, etc.), fecha de caducidad y forma correcta para usarlo. Después, se llevó a cabo un entrenamiento sobre la forma correcta de colocar y quitar un condón a través del modelamiento y ensayo conductual. Se cerró la cuarta sesión con una discusión sobre la importancia de usar el condón, no solamente de forma correcta, sino de manera consistente.

En las tres últimas sesiones se llevó a cabo un entrenamiento en las 4 habilidades precurrentes y de las 2 habilidades de comunicación sexual asertiva a través del Aprendizaje Estructurado. Sin embargo, en este trabajo únicamente se reportan los resultados relativos al uso de condón.

Fase de Postevaluación: Esta fase se llevó a cabo en la última sesión del taller y se evaluaron los mismos aspectos definidos en la fase de preevaluación. La habilidad conductual para usar correctamente el condón se evaluó en los dos grupos.

RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación se describen de acuerdo al orden de variables presentadas en el método. En primer lugar se detallan las características de la población. Posteriormente se analizan las variables que comprende el patrón de comportamiento sexual: estado civil, preferencia sexual, tener relaciones sexuales, edad del debut sexual, ser sexualmente activo, parejas sexuales en toda la vida, parejas sexuales en los últimos tres meses, frecuencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses, uso del condón en relaciones sexuales, primera relación sexual, lugar de la primera relación sexual. Posteriormente se reportan los resultados referentes a la autoeficacia, dentro del factor 2 se considera la capacidad para usar y comprar condones, mientras que para el factor 5 se considera la capacidad para usar correctamente el condón. En seguida se analizan las variables correspondientes al autorreporte del uso del condón, es decir: uso del condón en relaciones sexuales, frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses, uso del condón en la última relación sexual y la consistencia del uso del condón. Después se describe la variable que indica la habilidad conductual para usar correctamente el condón. Finalmente se presentan las correlaciones resultantes de las variables de autoeficacia, autorreporte del uso del condón y de la habilidad conductual para usar correctamente el condón.

En el estudio participaron 73 estudiantes universitarios, de los cuales el 74% (54) fueron mujeres y el 26% (19) eran hombres, la edad promedio en mujeres fue de 21 años, mientras que en los hombres fue de 20 años, en general el promedio de edad de la población fue de 20 años.

En la tabla No. 1 se muestran los resultados referentes al comportamiento sexual de cada grupo, se observa que la mayoría de los estudiantes del grupo experimental (98.1%) y del grupo control el (85.7%) reportaron ser solteros; mientras que el 1.9 % en el grupo experimental y el 9.5% en el grupo control son casados, asimismo el 4.8% de los sujetos en el grupo control eran viudos. Las diferencias entre los grupos por estado civil no resultaron significativas ($X^2 = 4.821$, $p < 0.90$).

En cuanto a la preferencia sexual se puede ver que la mayoría de los participantes (94.2%) tiene una preferencia heterosexual en el grupo experimental, al igual que en el grupo control (95.2%), además el 5.8% en el grupo experimental tiene una preferencia homosexual, mientras que el resto de los participantes del grupo control tienen una preferencia bisexual (4.8%). No se encontraron diferencias significativas al comparar ambos grupos en este aspecto ($X^2 = 3.689$, $p < .158$).

En lo que respecta a la edad del debut sexual la edad promedio en la que los sujetos del grupo experimental iniciaron sus relaciones sexuales es de 17.62, por el 17.05 de los sujetos del grupo control. Al aplicar la prueba *t* de Student no se encontraron diferencias al comparar la medias del grupo control y del grupo experimental ($t = .940$, $p < .351$).

Al inicio del estudio el 51.9% de los participantes del grupo experimental reportaron ser sexualmente activos mientras que el 23.1% no lo eran. Para el grupo control el 81% de los sujetos eran sexualmente activos y el 9.5% no lo eran. Al aplicar la prueba estadística correspondiente para comparar el componente sexualmente activo, se encontró que tanto los sujetos del grupo control y el grupo experimental son semejantes ($X^2 = 2.859$, $p < .091$).

En cuanto al número de parejas sexuales en toda la vida, en el grupo experimental se obtuvo un promedio de 3.05, mientras que en el grupo control el promedio fue de 2.84. Tales diferencias entre los grupos no resultaron significativas al realizar la prueba *t* de Student ($t = .176$, $p < .861$), con relación al número de parejas sexuales en toda la vida. El promedio de parejas sexuales en los últimos tres meses para el grupo experimental fue de .84 y para el grupo control fue de 1.16; las diferencias entre los grupos fueron importantes pero no significativas ($t = -1.884$, $p < .065$).

Por otro lado, la frecuencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses en el grupo experimental fue de 8.24 al mismo tiempo en el grupo control fue de 8.78. Al efectuar la prueba *t* de Student, para comparar las medias entre los grupos no se observaron diferencias significativas ($t = -.205$, $p < .838$).

Finalmente en el caso de la primera relación sexual, en el grupo experimental el 46.7% de los participantes planeó su primera relación sexual y el 53.3% no lo hizo. El 45.5% de sujetos del grupo control refiere que su primera relación fue planeada, mientras que el 54.5% menciona que fue no planeada. Al aplicar una ji cuadrada no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2=.005$, $p<.945$). En el caso del lugar donde se tuvo la primera relación sexual dentro del grupo experimental el 36.5% tuvo el encuentro sexual en su casa, el 1.9% en el auto, el 11.5% en un hotel y el 1.9% en despoblado. En el grupo control el 42.9% tuvo su primer encuentro sexual en su casa y el 4.8% en un hotel. Asimismo, no se observaron diferencias significativas entre grupos ($\chi^2=2.562$, $p<.767$).

Tabla 3
Patrón de comportamiento sexual por grupo

Patrón de Comportamiento Sexual		Grupo Experimental	Grupo Control	Valor de la prueba	Valor de la probabilidad
Estado Civil	Soltero	98.1%	85.7%	$\chi^2= 4.821$	$p= 0.90$
	Casado	1.9%	9.5%		
	Viudo	0%	4.8%		
Preferencia Sexual	Heterosexual	94.2%	95.2%	$\chi^2= 3.689$	$p= .158$
	Homosexual	5.8%	0%		
	Bisexual	0%	4.8%		
Edad del debut sexual		17.62	17.5	$t=.940$	$p= 351$
Sexualmente Activo	Si	51.9%	81%	$\chi^2=2.859$	$p= .091$
	No	23.1%	9.5%		
Parejas sexuales		3.5	2.84	$t= .176$	$p= .861$
Parejas sexuales últ. 3 meses		.84	1.16	$t=-1.884$	$p=-.065$
Frec. Relaciones últ. 3 meses		8.24	8.78	$t=-.205$	$p=.838$
Relación sexual planeada	Si	46.7%	45.5%	$\chi^2=.005$	$p=.945$
	No	53.3%	54.5%		
	Casa	36.5%	42.9%	$\chi^2=2.562$	$p=.767$

Lugar primera	Hotel	11.5%	4.8%		
Relación sexual	Auto	1.9%	0%		
	Despoblado	1.9%	0%		

Autoeficacia

En este apartado se describen los resultados obtenidos respecto a la variable de autoeficacia, conformada por el factor 2 y el factor 5 de la Escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA validada por Robles (2005) con estudiantes universitarios. El factor 2 considera la capacidad para usar y comprar condones, mientras que para el factor 5 se considera la capacidad para usar correctamente el condón. Todos los reactivos fueron medidos mediante una escala tipo Likert que iba de 1 (nada seguro) a 5 (totalmente seguro).

Dentro del factor 2, la autoeficacia percibida para usar y comprar condones se encontró que los sujetos del grupo experimental en la preevaluación mostraron un promedio de 19, mientras que en la postevaluación este puntaje aumento a 21.75, incremento que fue significativo ($t=-4.077$, $p<.001$). En el grupo control el promedio obtenido antes del entrenamiento fue de 19.62, y en la postevaluación también se mostró un pequeño incremento, pues aumentó a 20.16, sin embargo al realizar la prueba estadística correspondiente no se obtuvieron diferencias significativas ($t= -.694$, $p<.496$). Esto indica que en el grupo experimental el entrenamiento en el uso correcto del condón tuvo un impacto directo en la autoeficacia incrementando la capacidad percibida de los sujetos para usar y comprar condones, no obstante, al comparar las medias de ambos grupos al terminar el entrenamiento, se encontró que estas diferencias no fueron significativas ($t=1.544$, $p<.128$), tal y como se puede observar en la Figura 1.

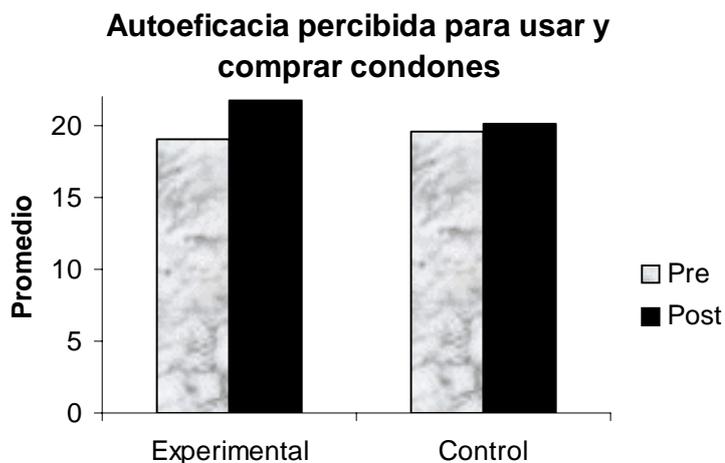


Figura 1. Puntuación promedio de la autoeficacia percibida para usar y comprar condones en el grupo experimental y en el grupo control antes y después de la intervención.

Por otro lado, respecto al factor 5 se puede observar en la Figura 2 que el entrenamiento también incrementó la capacidad para usar correctamente el condón de los sujetos del grupo experimental, pues al inicio del estudio su puntuación fue de 11.96 y al término del mismo su puntuación incrementó a 13.11, estas diferencias resultaron significativas al aplicar la prueba t de Student ($t=3.491$, $p<.001$). Mientras que en el grupo control el nivel de autoeficacia disminuyó, en la preevaluación el promedio del grupo era de 12.75 y al final del estudio fue de 12.57, por lo tanto esta diferencia no resultó significativa ($t=.314$, $p<.757$). De la misma forma, al comparar ambos grupos después del entrenamiento no se encontraron diferencias significativas ($t=.960$, $p<.341$).

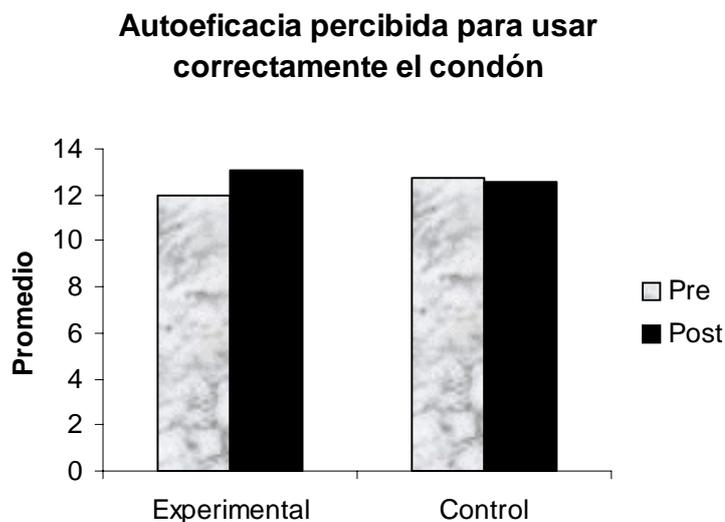


Figura. 2 Puntuación promedio de la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón en el grupo experimental y en el grupo control antes y después de la intervención.

Autorreporte del uso del condón

Aquí se analizan las variables correspondientes al autorreporte del uso del condón, es decir: uso del condón en relaciones sexuales, frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses, uso del condón en la última relación sexual y la consistencia del uso del condón.

En la Figura 3 se puede observar que el uso del condón en relaciones sexuales incrementó de la preevaluación (44.2%) a la postevaluación (50%) en el grupo experimental, a pesar de ello dicho aumento no fue significativo ($Z=1.134$, $p=.257$). En la misma figura se muestran los porcentajes del uso del condón en relaciones sexuales para el grupo control, el cual obtuvo un porcentaje de 52.4% en la preevaluación, incrementándolo a 57.1% en la postevaluación. Al realizar la comparación entre grupos al finalizar el entrenamiento, no se encontraron diferencias ($X^2=.074$, $p<.786$).

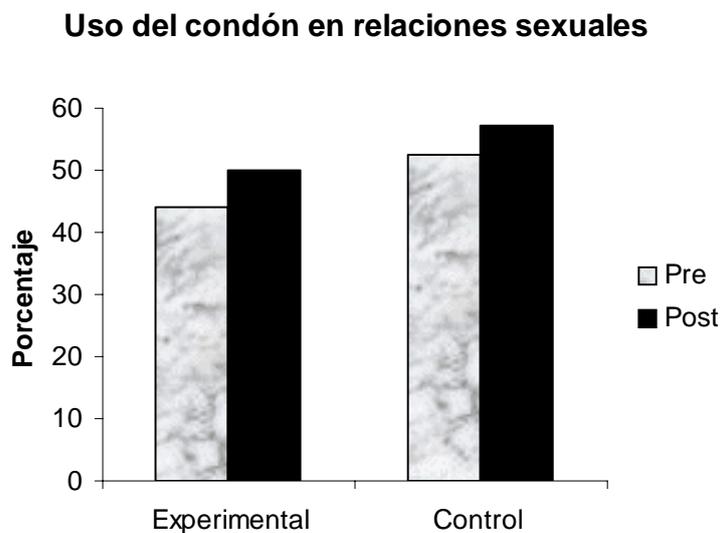


Figura. 3 Porcentaje de sujetos que reportaron usar el condón del grupo experimental y en el grupo control antes y después de la intervención.

La Figura 4 indica la frecuencia del condón en los últimos tres meses, en el grupo experimental el promedio fue de 3.47 al inicio del estudio aumentando a 6.59 al finalizar el mismo, sin embargo este aumento no fue significativo ($t=-1.516$, $p<.143$). En el grupo control en la preevaluación la frecuencia promedio fue de 3.79 y en la postevaluación fue de 3.88, de igual forma las diferencias encontradas no fueron significativas ($t=-.195$, $p<.849$). Al comparar las medias de los grupos mediante una t de Student ($t=-.191$, $p<.850$) no se encontraron diferencias significativas, en esta variable.

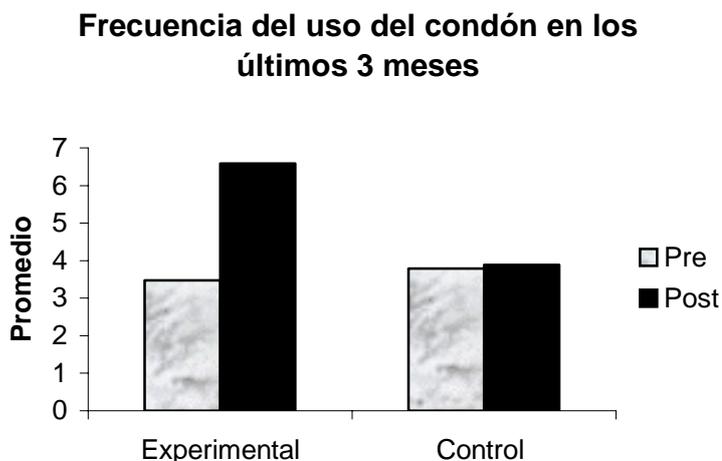


Figura. 4 Frecuencia promedio del uso del condón en los últimos 3 meses en el grupo experimental y en el grupo control antes y después de la intervención.

Respecto al uso del condón en la última relación sexual 30.8% de los sujetos del grupo experimental reportaron haberlo usado en la preevaluación, mientras que en la postevaluación el porcentaje aumentó a 40.4% de una manera significativa ($Z=-2.000$, $p<.046$) después del entrenamiento en el uso correcto del condón (ver Figura 5). De la misma forma el porcentaje en el grupo control al inicio fue de 32.8%, entretanto al terminar el estudio fue de 33.3%, no obteniéndose diferencias significativas al aplicar la prueba de Wilcoxon ($Z=-.447$, $p<.655$). Sumado a esto, se efectuó la prueba ji cuadrada para observar si las diferencias entre los grupos respecto al uso del condón en la última relación sexual después del entrenamiento eran significativas, los resultados muestran que dichas diferencias no son significativas ($X^2= 1.292$, $p<.256$).

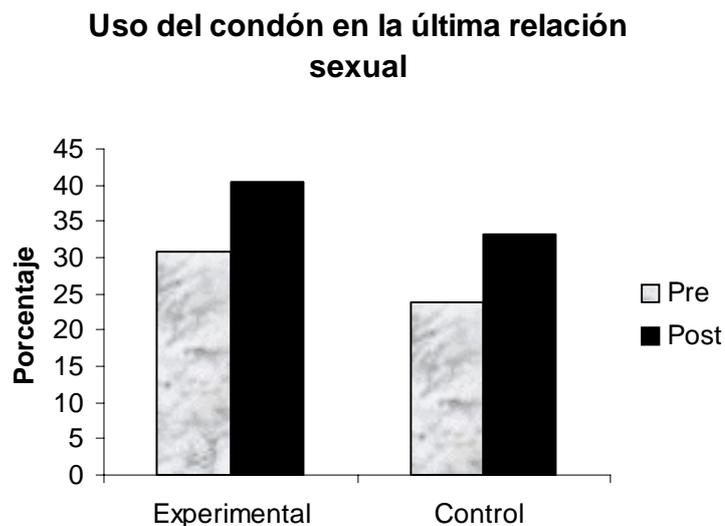


Figura. 5 Porcentaje del uso del condón en la última relación sexual en el grupo experimental y en el grupo control antes y después de la intervención.

Para analizar la consistencia con la cual los sujetos utilizan el condón, se dividió la frecuencia promedio del uso del condón entre la frecuencia promedio de las relaciones sexuales, así que cuanto más se aproxime este cálculo al número 1 indica que la consistencia en el uso del condón es mayor. Al finalizar el entrenamiento, se encontró que el índice de consistencia en el uso del condón entre los sujetos del grupo experimental aumentó, en la preevaluación el índice promedio fue de .5405 mientras que en la postevaluación el índice incrementó a .7122. No obstante al aplicar la prueba *t* de Student para muestras relacionadas estos incrementos no resultaron significativos ($t=-1.335$, $p<.199$). En el grupo control el índice en la preevaluación fue de .4690 y en la postevaluación de .4812, el incremento tampoco fue significativos ($t=1.042$, $p<.325$). Asimismo al aplicar la prueba *t* de Student para comparar las medias del grupo control y el grupo experimental al finalizar el entrenamiento, se encontró que las diferencias no fueron significativas ($t=1.852$, $p<0.72$), lo que puede observarse en la Figura 6.

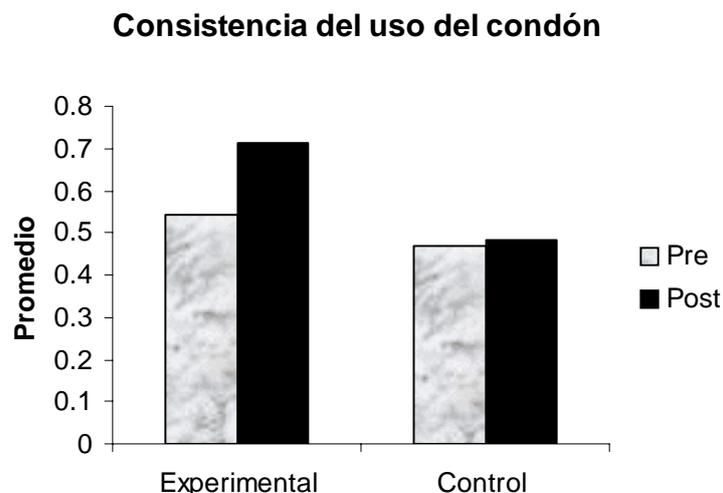


Figura. 6 Promedio de la consistencia en el uso del condón en el grupo experimental y en el grupo control antes y después de la intervención.

Habilidad conductual para usar correctamente el condón

En la Figura 7 se muestran los resultados obtenidos en la habilidad conductual para usar correctamente el condón. Se encontró que los sujetos del grupo experimental incrementaron el porcentaje de respuestas correctas de la preevaluación a la postevaluación, en un inicio el porcentaje promedio fue de 42.42%, mientras que en la postevaluación el porcentaje promedio ascendió a 84.87%, al aplicar la prueba *t* de Student para muestras relacionadas se encontró que dichos incrementos fueron significativos ($t=19.516$, $p<.001$). En el caso del grupo control la puntuación obtenida en la preevaluación fue de 37.33% y de 52.96% en la postevaluación, aunque hubo un pequeño incremento en el porcentaje de respuestas correctas, éste no fue significativo ($t=-2.373$, $p<.077$). Al aplicar la prueba *t* de Student para comparar los resultados obtenidos entre ambos grupos después del entrenamiento (grupo experimental 84.87% y grupo control 52.96%), se encontró que las diferencias fueron significativas ($t= 9.000$, $p<.001$). Esto indica que el entrenamiento tuvo un impacto directo en la habilidad conductual para usar correctamente el condón de los sujetos del grupo experimental, aumentándola significativamente.

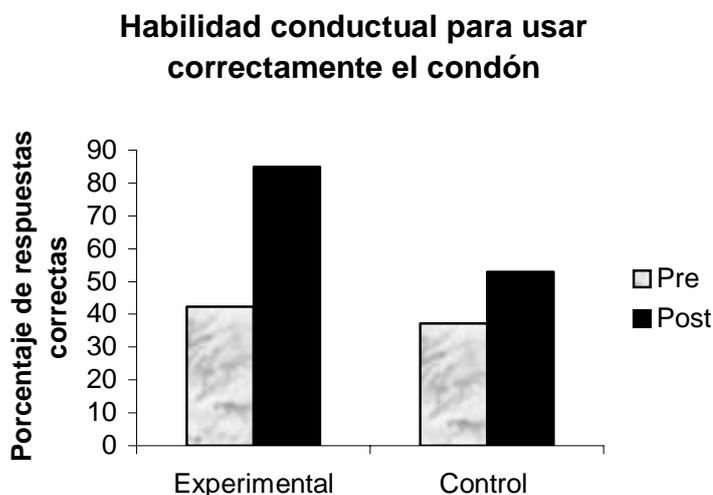


Figura. 7 Porcentaje de respuestas correctas en la habilidad conductual para usar correctamente el condón en el grupo experimental y en el grupo control antes y después de la intervención.

Correlaciones entre variables

Para establecer si existía alguna correlación entre la habilidad para usar correctamente el condón con las variables de autoeficacia (factor 2 y 5) y la consistencia en el uso del condón, se aplicó el coeficiente de correlación r de Pearson.

La tabla 2 muestra los resultados de las correlaciones, como se puede observar en el grupo experimental la habilidad para usar correctamente el condón no se correlacionó de manera significativa con las variables de autoeficacia para usar y comprar condones ($r=.286$, $p<.060$); autoeficacia para usar correctamente el condón ($r=.223$, $p<.141$), ni con la consistencia ($r=-.296$, $p<.161$). Las únicas variables en las que se pudo encontrar una correlación significativa fue entre la autoeficacia para usar correctamente el condón y la autoeficacia para usar y comprar condones ($r=.642$, $p<.000$). Lo cual resulta congruente si se toma en cuenta que aquellas personas que se sienten capaces de usar y comprar condones también se sentirán capaces de utilizarlo correctamente. En el caso del

grupo control no se estableció ninguna correlación significativa entre las mismas variables.

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos al aplicar el coeficiente de correlación *rho* de Spearman para determinar si existía una correlación significativa entre la habilidad para usar correctamente el condón con las variables de uso de condón en relaciones sexuales y su uso en la última relación sexual, se puede observar que en el grupo experimental, no se encontró ninguna relación significativa entre estas variables. Solamente la variable del uso del condón en relaciones sexuales se correlacionó de manera significativa con el uso del condón en la última relación sexual ($rho=.453$, $p<.011$), debido a que es probable que quién usó el condón en la última relación sexual, haya reportado usarlo en las relaciones sexuales en general. En el grupo control no se encontró ninguna correlación significativa entre variables.

Tabla 4
Correlación entre variables: habilidad para usar correctamente el condón, autoeficacia factor 2, autoeficacia factor 5 y consistencia del uso del condón.

EXPERIMENTAL CONTROL	Hab. para usar correctamente el condón	Autoeficacia Factor 2	Autoeficacia Factor 5	Consistencia del uso del condón
Hab. para usar correctamente el condón		$Rho=.286$, $p<.060$	$rho=.223$, $p<.141$	$rho=-.296$, $p<.161$
Autoeficacia Factor 2	$rho=.367$, $p<.134$		$rho=.642$, $p<.000$	$rho =.223$, $p<.141$
Autoeficacia Factor 5	$rho=.145$, $p<.566$	$Rho=-.357$, $p<.133$		$rho=-.018$, $p<.939$
Consistencia del uso del condón	$rho=-.212$, $p<.531$	$Rho=-.386$, $p<.215$	$rho=-.054$, $p<.855$	

Tabla 5

Correlación entre variables: habilidad para usar correctamente el condón, uso del condón en relaciones sexuales y uso del condón en la última relación sexual

EXPERIMENTAL CONTROL	Hab. para usar correctamente el condón	Uso del condón en relaciones sexuales	Uso del condón en la última relación sexual
Hab. para usar correctamente el condón		$r=.300, p<.072$	$r=.222, p<.231$
Uso del condón en relaciones sexuales	$r=-.099, p<.714$		$r=.453, p<.072$
Uso del condón en la última relación sexual	$r=-.000, p<1.00$	$r=-.033, p<.915$	

DISCUSIÓN

Los resultados aquí expuestos indican que ambos grupos contaban con un patrón de comportamiento sexual similar, antes de comenzar el entrenamiento conductual para usar correctamente y consistentemente el condón, asegurando que las diferencias encontradas después del entrenamiento pueden ser atribuidas al mismo y no a otras variables heterogéneas y no controladas a las que hayan podido estar sometidos los sujetos. Es importante señalar que en este estudio no se trató de hacer comparaciones de variables por sexo, por lo cual se analizaron los datos de manera general.

En lo que respecta a la edad del debut sexual, se encontró que el promedio fue de 17 años, lo que concuerda con los estudios consultados, en donde la edad promedio va de los 16 a los 18 años (Diclemente, Lodico, Grinstead, Harper, Rickman, Evans, Coates, 1996; Meekers y Klein, 2002; Piña, 2004; Thato, et al., 2003). A pesar del promedio encontrado en la edad del debut sexual, se observó que algunos participantes tuvieron su primera relación sexual a una edad mucho más temprana, es el caso de un estudiante que comenzó a los 10 años. Mientras que el número de parejas sexuales fue de 4, un poco más que el reportado por Cerwonka, et al., (2000), que fue de 3. No obstante hubo estudiantes que reportaron haber tenido en toda su vida 15 y hasta 26 parejas, lo cual es un indicador importante pues el hecho de iniciar a una edad temprana el de debut sexual aumenta la probabilidad de tener un mayor número de parejas y esto a su vez aumenta el riesgo de adquirir alguna ITS o VIH/SIDA (Cerwonka, et al., 2000; Sieving, et al., 1997). Cabe resaltar que en algunos estudios (Baele, et al., 2001; Gebhardt, et al., 2003; Thato, et al., 2003; Wee, et al., 2004), no se considera el número de parejas sexuales dentro del patrón de comportamiento sexual, sin embargo es preciso prestar más atención a esta variable ya que podría ser un indicador importante sobre los niveles de riesgo en el que se encuentran las personas.

Se puede afirmar que los hallazgos más sobresalientes del estudio con relación al objetivo planteado, fueron en primer término los referidos a la autoeficacia. A pesar de que antes del entrenamiento los sujetos ya presentaban

niveles altos de autoeficacia para usar y comprar condones y autoeficacia para usar correctamente el condón, dichos niveles incrementaron aún más después del entrenamiento. Las campañas de prevención y la información sobre el uso del condón, a las que actualmente están expuestos los estudiantes (LETRA S, 2003), probablemente expliquen los niveles altos de autoeficacia obtenidos en la preevaluación, otro aspecto a considerar podría ser la experiencia que se ha tenido al usar el condón, ya que si los estudiantes lo han utilizado con anterioridad se percibirán, como capaces de usarlo nuevamente, aunque esto no signifique que el uso sea correcto.

Los resultados reflejan un incremento general de la autoeficacia, sin embargo, la autoeficacia para usar y comprar condones tuvo un mayor incremento que la autoeficacia para usar correctamente el condón, esto podría deberse a que comprar condones es una habilidad menos compleja y más difundida, a diferencia de utilizarlo de manera correcta, para lo cual se requiere que los 15 pasos sean ejecutados de manera precisa y llevadas a cabo en diferentes situaciones.

El entrenamiento conductual en el uso correcto del condón consideraba varios ensayos en los cuales se les proporcionaba a los sujetos retroalimentación, por lo cual se conseguían ensayos exitosos, al respecto Bandura (1984) afirma que las personas creerán que son capaces de realizar determinadas conductas, si con anterioridad han alcanzado ejecutarlas con éxito. Sin embargo, también se encontró que aquellos sujetos que obtuvieron puntuaciones altas de autoeficacia, específicamente en la autoeficacia para usar correctamente el condón, tenían un porcentaje bajo de respuestas correctas en el uso correcto del condón, lo que indica que los sujetos que se creen capaces de usar el condón correctamente no necesariamente saben hacerlo, pues no hubo una correlación significativa entre estas variables. Lo anterior pone de manifiesto que para mejorar el nivel de predicción de la autoeficacia se deben de considerar más factores que se involucran en el uso del condón, es el caso de la autoeficacia evaluada a nivel global o de manera específica (estados afectivos, la experiencia sexual) tal como lo menciona Baele (et al., 2001). Es importante destacar que aunque en varias investigaciones (Cerwonka, et al., 2000; Gebhardt, et al., 2003; Tao, et al., 2003)

se considera que el aumento en los niveles de autoeficacia garantiza el uso del condón como una medida preventiva, los resultados encontrados en este estudio no apoyan esta hipótesis, al igual que los resultados reportados por Crosby, et al., (2001). Por tanto es preciso entrenar no sólo la autoeficacia sino que es más importante entrenar la habilidad para usar correctamente el condón.

En segundo lugar, el entrenamiento tuvo efecto en las variables referidas al autorreporte (uso del condón en relaciones sexuales, uso del condón en la última relación sexual, frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses y la consistencia del uso del condón), las puntuaciones en dichas variables tuvieron un incremento muy importante, específicamente en la el uso del condón en la última relación sexual y en la consistencia del uso del condón, esto tiene un gran impacto debido a que si se aplica el entrenamiento se ven afectadas variables importantes para la prevención de ITS y del VIH/SIDA. A pesar de este incremento es necesario señalar que las pruebas estadísticas aplicadas no indicaron que fuera significativo, lo cual quizá pueda deberse a que no todos los sujetos contestaron las todas las preguntas del uso del condón, además del tamaño de la muestra pudo influir en la índice significativo de la prueba. Por otro lado, la mayoría de las personas que mencionaron utilizar el condón en sus relaciones sexuales no obtuvieron un porcentaje alto de respuestas correctas en el uso correcto del condón, éste es un aspecto al que se debe prestar atención pues el hecho de que se reporte el uso del condón, no significa que sé esté adoptando una medida preventiva ya que no se puede comprobar que se esté utilizando el condón de manera correcta y por lo tanto eficaz. En esta línea cabe resaltar que en el autorreporte existen algunos problemas, pues las variables se suelen medir de diversas formas y los sujetos suelen incurrir en varios errores, por lo tanto no son medidas sensibles y confiables (Waszak, et al., 2003). Cuando se cuestiona el haber tenido relaciones sexuales y el uso del condón sin especificar el tiempo, los sujetos tienen problemas para recordar el número exacto de encuentros sexuales y el número de ocasiones precisas en las que usaron condón; asimismo, cuando se les especifica un tiempo no se consideran los encuentros anteriores que bien pudieron ser riesgosos (en el presente estudio se limitó a las relaciones sexuales

en los últimos tres meses y el uso del condón en la última relación sexual), además de que los problemas de memoria pueden persistir. Al respecto, ciertos autores (Crosby, 1998 y Fishbein y Pequegnat, 2000) sostienen que un indicador más preciso para evaluar los efectos de un programa de prevención es el número de relaciones sexuales desprotegidas, debido a los problemas en el autorreporte se puede subestimar las medidas de uso del condón, pues se encuentra en mucho más riesgo una persona que reporte el uso del condón en la mitad de sus relaciones sexuales cuando tiene dos en un día, que aquella que también reporta el uso del condón en la mitad de sus relaciones sexuales pero que tiene dos al mes. El reporte del uso del condón es el mismo, pero lo que varía es el número de relaciones desprotegidas. Los mismos autores (Crosby, 1998 y Fishbein y Pequegnat, 2000), argumentan que existen más aspectos no se han tomado en cuenta en la medición a través del autorreporte del uso del condón, por ejemplo, no se especifica el tipo de relación sexual (vaginal, oral u anal) en que han usado el condón, ni se especifica el uso del condón con las diferentes parejas puedan tener (ocasionales, estables, amigos). En la mayoría de los artículos consultados (Baele, et al., 2001; Cerwoka, et al., 2000; Chesney, et al., 2003; Gebhardt, et al., 2003; Martinez-Donate, et al., 2004; Sieving, et al., 1997; Thato, et al., 2003), se pregunta la frecuencia del uso del condón, a través de una escala likert, en la que las respuestas van de nunca a siempre, en otros se considera la consistencia, en algunos estudios sólo se les pregunta a los participantes qué tan consistente son en el uso del condón, sin especificar qué es lo que se está tomando por consistencia (Klein y Knäuper, 2003). En otros se les pregunta si han utilizado el condón en todas sus relaciones sexuales, si contestan que “sí” son tomados como consistentes en su uso y si mencionan que “no” entonces son catalogados como inconsistentes (Tao, et al., 2003). Pese a ello Crosby, DiClemente, Wingood, Lang y Harrington (2003) mencionan que la consistencia es un indicador más confiable para medir el uso del condón.

Con los hallazgos encontrados, se puede observar que el entrenamiento en el uso correcto del condón incrementó significativamente el porcentaje de respuestas correctas, en el grupo experimental, con lo que se puede afirmar que

el entrenamiento fue efectivo. Es preciso mencionar que el entrenamiento en el uso del condón es sumamente importante, debido a que el riesgo en el que se encuentran las personas que lo usan incorrectamente, es similar al que se encuentran los que no lo usan. Es por ello que los resultados encontrados tienen vital importancia tanto para la investigación como para la aplicación de programas, además se debe recordar que hay otras variables que se pueden conjuntar con el entrenamiento, como son habilidades de comunicación asertiva, para tener un mayor impacto en la reducción de conductas sexuales de riesgo.

El aporte principal de la presente investigación fue el plantear no sólo la evaluación de diversos factores referentes al uso del condón, sino el entrenar conductualmente la habilidad para usarlo de manera correcta, utilizando la observación directa para su evaluación. Los resultados avalan la eficacia de tal entrenamiento, situándolo como una alternativa válida para futuros programas de prevención con jóvenes, además de dar respuesta a las interrogantes planteadas en otros estudios (Fishbein y Pequegnat, 2000 y Waszak, et al., 2003).

Dentro de este estudio existen algunas limitaciones la primera que se puede mencionar, es la proporción y la distribución de hombres y mujeres, pues participaron 54 mujeres y sólo 19 hombres, producto de un método de aleatorización. Se sugiere que en las próximas investigaciones se equilibre el número de hombres y mujeres por medio de otro método de selección aleatorio. Otra limitación, es la falta de seguimiento debido a que el propósito del estudio no era longitudinal y sólo estaba enfocado a evaluar los efectos a corto plazo del entrenamiento. En investigaciones futuras sobre este entrenamiento se recomienda indagar si los efectos del entrenamiento se mantienen a largo plazo.

CONCLUSIONES

1.- El entrenamiento conductual en el uso correcto produjo un impacto importante en la autoeficacia, sin embargo no se relacionó con la habilidad conductual para usar correctamente el condón, lo cual indica que los que se perciben como capaces de utilizar el condón no necesariamente saben utilizarlo correctamente.

2.- Los resultados aquí expuestos también muestran que el entrenamiento incrementó las variables evaluadas a través del autorreporte del uso del condón como lo es la frecuencia del uso del condón, el uso del condón en la última relación sexual y la consistencia del uso del condón, sin embargo no se relacionó con la habilidad conductual para usar correctamente el condón.

3.- El estudio mostró los problemas de medición en conductas sexuales cuando se usa el autorreporte como único instrumento de evaluación, reflejándose así la importancia de utilizar medidas directas y evaluar la habilidad conductual para utilizar correctamente el condón, para aumentar su validez y confiabilidad.

4.- Es importante que los programas de prevención puedan incluir el entrenamiento del uso del condón, ya que es un entrenamiento que incide en diferentes aspectos involucrados en el uso del condón, además de que si se combina con el entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva puede tener un mayor impacto al reducir conductas de riesgo entre los jóvenes.

5.-La presente investigación, propone una alternativa más acerca a la visión de cómo se han abordado los problemas de salud sexual, para lograr dotar a los jóvenes de las habilidades necesarias para incrementar la protección ante ITS, entre ellas el VIH/SIDA.

ANEXOS

PARTE II

COMPORTAMIENTO SEXUAL

Instrucciones: Señala con una X en tu Hoja de Respuestas Parte II, la opción que consideres se asemeje más a lo que haces o has hecho en relación con tu comportamiento sexual.

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?
(a) SI (b) NO
2. ¿A qué edad comenzaste a tenerlas?
3. ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?
(a) SI (b) NO
4. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida?
5. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos tres meses?
6. ¿Cuántas veces en los últimos tres meses has tenido relaciones sexuales?
7. ¿Cuando tienes relaciones sexuales utilizas el condón?
(a) SÍ (b) NO

Si tu respuesta es No, pasa a la pregunta 12.

8. ¿Cuántas veces en los últimos tres meses has utilizado el condón?
9. En tu última relación sexual ¿utilizaste condón?
(a) SÍ (b) NO
10. Tu primera relación sexual fue:
(a) Algo que planeaste (b) Algo no planeado
11. En qué lugar ocurrió tu primera relación sexual?
(a)En casa (b)En un auto (c)En un hotel (d)En despoblado (e)En la calle (f)Otro ¿cuál?
12. ¿Cuando tienes una relación sexual tú propones a tu pareja sexual medidas preventivas del contagio del VIH/SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual?
(a) SÍ (b) NO
13. ¿Con qué frecuencia al mes pides a tu pareja sexual estas medidas preventivas?
14. Señala con una X en tu hoja de respuestas, la frecuencia y las personas con las que tienes o has tenido relaciones sexuales:

	Siempre	Frecuente-mente	Ocasional-mente	Casi nunca	Nunca
a) Con mi pareja estable					
b) Con sexoservidores(as)					
c) Con amistades					
d) Con personas desconocidas					

ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, 27 ELEMENTOS (SEA27)

López Rosales Fuensanta y Moral de la Rubia José (2001)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas en las que vas a poner una X en el grado de seguridad que creas tener.

A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales...?					
	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. Alguien conocido hace 30 días o menos					
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti					
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti					
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad					
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo					
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales					
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti					
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales					
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol					
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas					
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto					
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga					
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a					
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado					
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual					
C) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de...					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales					
2. Usar correctamente el condón					
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol					
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o					

utilizado alguna droga (mariguana, resistol, tinner)					
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo					
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón					
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones					
8. Acudir a la tienda a comprar condones					
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio					
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida					
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales					
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales					
D) Expresa el grado de acuerdo que tengas					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón					
2. El hombre es el que debe de comprar los condones					
3. El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual					
4. La mujer debe de traer los condones					
5. Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas					
6. El uso de condón es bueno para mi salud					
7. El uso de condón disminuye la satisfacción sexual					
8. Mi situación económica me permite comprar condones					
9. Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican a tiempo					
10. Las relaciones sexuales sólo deben de tenerse con la misma persona de por vida					
11. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales					
12. El SIDA es algo muy difícil que me dé, aunque no me proteja					

REFERENCIAS

- Alcami, J. (2002). Situación actual en el desarrollo de una vacuna frente al virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 20(10), 511-522.
- Amigos contra el SIDA. (n/f). *CONSULTORIO: Preguntas más frecuentes*. Obtenido el 22 de agosto de 2005, desde <http://www.aids-sida.org/principal.html>
- Baele, J., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of adolescent health*, 28, 421-431.
- Ballester, A. R. (1994). Intervención psicológica en SIDA y VIH: prevención y tratamiento. En: P. J. M. Latorre, & M. P. J. Veinte (Eds.), *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud*. (pp. 207-247). Argentina: Tomen.
- Bandura, A. (1984). Determinantes antecedentes. En: A. Bandura (Ed.), *Teoría del Aprendizaje Social*. (pp. 100-109). España: Espasa Calpe.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En: A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 19-54). España: Desclée de Brouer, S. A.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 0, 33-50.
- Becoña, E. I. (n/f). Teorías integrativas y comprensivas. En: E. I. Becoña (Ed.), *Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas* (pp. 110-185). España, Universidad de Santiago Compostela.
- Bermúdez, M. P., & Teva, I. (2004). Situación Actual del VIH/SIDA en México: análisis de las diferencias por entidad federativa. *Psicología y salud*. 14(1), 101-111.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología y salud*. España: Paraninfo Thomson Learning, 374-385.

- Caballero, H. R., & Villaseñor, S. A. (2001). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Revista de Salud Pública*. 35(6), 531-538.
- Camacho, M. F. E. (2000). Evolución natural de la infección por VIH. En: D. L. S. Ponce, & F. S. Rancel (Eds.), *SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos*. (pp. 115-138) México: Mc-Graw-Hill.
- Carne, C. (1989). Manifestaciones clínicas de la infección por HIV. En: D. Miller (Ed.), *Viviendo con SIDA y VIH* (pp.13-20). México: Manual Moderno.
- Cassuto, J. P., Pesce, A., & Quaranta, J. F. (1991). Definición y clasificaciones, Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En: J. P. Cassuto, A. Pesce, & J. F. Quaranta (Eds.), *SIDA e infección por VIH*. Barcelona, Masson.
- CDC, Centros de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención (1997). Traducido por E. Tamayo, & G. Egremy , (1998). En *SIDA-ETS*. 4(2), 63-67.
- CDC, Centros para el control y la prevención de enfermedades. *El VIH y su transmisión*. Obtenido el 22 de agosto de 2005, desde <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/vih-sida.htm>
- CENSIDA (2005a). *El condón en la prevención por el VIH*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/condon.html>
- CENSIDA (2005b). *El condón: tema fundamental de salud pública*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/el_condon.html
- CENSIDA (2005c). *Las cifras del SIDA en México al 15 de noviembre de 2005*. Obtenido el 20 de febrero de 2006, desde <http://www.salud.gob.mx/conasida>
- Cerwonka, E., R., Isbell, T., R., & Hansen, C., E. (2000). Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*, 12(2), 141-153.
- Chesney, M. A., Koblin, B. A., Barresi, P. J., Hunsnik, M. J., Celum, C. L., Colfax, G., Mayer, K., McKirnan, D., Judson, F. N., Huang, T., & Coates, T., J. (2003). An individually tailored intervention for HIV prevention: baseline data from the explore study. *American journal of public health*, 93(6), 933-938.

- Cohen, F., L. (1994). Etiología y epidemiología de la infección HIV y del SIDA. En: J. D. Durham, & F. L. Cohen (Eds.), *Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería* (pp.1-71). México: Manual Moderno.
- Condon.pon (2005). *Historia del condón*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde http://www.condonpuntopon.com/historia_del_condon.htm
- Crosby, R. (1998). Condom use a dependent variable: Measurement issues relevant to prevention programs AIDS. *Education and prevention, 10*(6) 448-457.
- Crosby, R., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sionean C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. W., & Oh, M., K. (2001). Correct condom application among African-American Adolescent Females: The relationship to perceived self-efficacy ant the association to confirmed STDs. *Journal of adolescent healt, 29*, 194-199.
- Crosby, R., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Lang, D., & Harrington, K. (2003). Value of consistent condom use: A study of sexually transmitted disease prevention among african american adolescent females. *American Journal of Public Healt, 93*(6), 901-902.
- Daniels, V. G. (1988). *SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. México: Manual Moderno.
- DeCarlo, P. (2005). Eficacia Del uso del condón: el programa condón al 100% en Tailandia (1997). *Revista SIDA-ETS, 3*(1), 25-26.
- Del Amo, J. (1999). *El SIDA y la mujer*. España: Pirámide.
- Del Río-Chiriboga, C., & Uribe, Z. P., (1993). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. *SIDA-ETS, 1*(1), 11-18.
- De Visser, R. O., & Smith, A. M. A. (2000). When always isn't enough: implications of the late application of condoms for the validity and reliability of self-reported condom use. *AIDS Care, 12*(2), 221-224.
- Díaz-González, A. E., Rodríguez, C. M. L., Robles, M. S., Moreno, R. D., & Frías, A. B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la

- evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 13(2), 150-159.
- Diclemente, R. J., Lodico, M., Grinstead, O. A., Harper, G., Rickman, R. L., Evans, P. E., & Coates, T. J. (1996). African-American adolescents residing in high-risk urban environments to use condoms: correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments. *Pediatrics*, 98(2), 269-278.
- Durex (2005). Historia del condón. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://www.durex.com/es/condomHistory.asp?intHistoryStep=152&intMenuOpen=3>
- Encanto del condón (2005). *Características de los condones*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://www.elencantodelcondon.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2>
- Enríquez, D., Sánchez, R., & Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 81-98.
- Family Health International (2005a). *Chapter 3 sidebar: Defining Comdom Failure*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://FHI.org/en/RH/Pubs/boksReports/latexcondom/condomfailure.htm>
- Family Health International (2005b). *Chapter 3 sidebar: using a condom correctly*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://FHI.org/en/RH/Pubs/boksReports/latexcondom/correctuse.htm>
- Federación Internacional de Planificación Familiar. *Problemas de Salud Sexual*. Obtenido el 15 de febrero de 2006, desde http://www.ippfwhr.org/global/news_s.asp
- Fishbein, M., & Pequegnat, W. (2000). Evaluating AIDS prevention using behavioral and biological outcome measures. *Sexual transmission diseases*, 27(2), 101-110.

- Fundación anti-SIDA de San Francisco. *¿Qué es el VIH/SIDA?* Obtenido el 22 de agosto de 2005, desde <http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/index.html>
- García, H. E. (1991) Prevención del SIDA. En: G. Buena-Casal, & V. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. (pp. 567-568). España: Siglo XXI.
- Garrido, M. E. (2000). *Albert Bandura: Voluntad Científica*. Obtenido el 8 de noviembre del 2005, desde www.des.emory.edu/mfp/BanduraGarrido.PDF
- Garza, C. J. M. (2005). *Historia del condón*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde http://www.ginecologomx.com/planificacion_familiar/condon.html
- Gebhardt, W. A., Kuyper, L., & Greunsvan, M. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of adolescent health, 33*,(3) 154-164.
- Goodhue, T. Aids Action Committee (2005). *Condomes*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde http://www.aac.org/site/PageServer?pagename=espanol_condones&printer_friendly=1
- Gotwald, W. H., & Holtz, G. G. (1983) *Sexualidad. La experiencia humana*. México: Manual Moderno.
- Grmek, M. (1992). *Historia del SIDA*. México, Siglo XX.
- Harris, M. M. (1994). Prevención de la infección HIV. En: J. D. Durham, & F. L. Cohen (Eds.), *Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería* (pp. 119-135) México: Manual Moderno.
- Infomed (2005). *Historia*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=674>
- Info-Pene.com (2005). *Breve historia del condón*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://www.info-pene.com/sexo-relatos-sexuales/historia+condon.html>
- Kaplan, D. W., Feinstein, A. R., Ficher, M. M., & Klein, D. J. (2001). Condom Use by Adolescents. *American Academy of pediatrics, 107*(6), 1463-1469.

- Klein, R., & Knäuper, B. (2003). The role of cognitive avoidance of STIs for discussing safer sex practices and for condom use consistency. *The Canadian journal of human sexuality*, 12(3/4), 137-150.
- Kordoutis, P. S., Loumakou, M., & Saratidou, J. O. (2000). Heterosexual relationship characteristics, condom use and safe sex practices. *AIDS Care*, 12(6), 767-782.
- Lara, R. (Julio de 2005). *En busca del condón perfecto. Salud y sexualidad*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://www.elnuevodiario.com.ni/archivo/2005/julio/17-julio-2005/sexualidad/sexualidad-20050714-02.html>
- LETRA S (Diciembre 6 de 2001). *A veinte años*. Obtenido el 12 de septiembre de 2005, desde <http://www.jornada.unam.mx/2001/12/06/ls-cronologia.html>
- LETRA S (Noviembre 6 de 2003). *Asegunes de la prevención*. Obtenido el 12 de septiembre de 2005, desde <http://www.jornada.unam.mx/2003/11/06/ls-cara.html>
- Lindemann, D. F., & Brigham, T. A. (2003). A Guttman scale for assessing condom use skills among college students. *AIDS and behavior*, 7(1), 23-27.
- López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Revista de Salud Pública de México*, 43(5), 421-432.
- Magis, R. C., & Del Río-Chiriboga, C. (2000). Epidemiología del VIH y del SIDA en México. En: R. S. Ponce de León, & L. F. M. S. Rangel (Eds.), *SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos* (pp. 1-10). México: Mc-Graw-Hill.
- Mann, J. M. (1993). Promoción de la salud contra el SIDA: una tipología. En: J. Sepúlveda, H. Fineberg, & J. Mann (Eds.), *SIDA. Su prevención a través de la prevención: una perspectiva mundial* (pp. 7-20). México: Manual Moderno.
- Martinez-Donate, A. P., Hovell, M. F., Blumberg, E. J., Zellner, J. A., Sipan, C. L., Shillington, A. M., & Carrizosa C. (2004). Gender differences in condom-related behaviors and attitudes among Mexican adolescents living on the U. S- México border. *AIDS education and prevention*, 16(2), 172-186.

- Meekers, D., & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS education and prevention, 14* (1), 62-72.
- Muma, R. D., Borucki, M. J., Ayachi, S., Canales, R., Hausrath, S. G., Lavigne, S. E., & Paar, D. P. (2000). Diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA. En: R. C. Muma, R. T. Lyons, M. J. Borucki & L. G. Pollard (Eds.), *Manual de HIV para profesionales de la salud*, (pp. 111-179). México: Manual Moderno.
- Nájera, M. R. (2000). El virus del SIDA. Hoy y hace 10 años. En: S. Yubero, & E. Larrañaga (Coord.), *SIDA: una visión multidisciplinaria* (pp. 11-26). España: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Oka, M., & Chaboyer, W. (2001). Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients. *International Journal of Nursing Practice, 7*(6), 431-439.
- ONUSIDA Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA Julio/2004. Obtenido el 17 de junio del 2005, desde <http://www.onusida.org.co/>
- Pinkerton, S. D., & Ambrason, P. R. (1997). Effectiveness of condom in preventing HIV transmisión. *Soc. Sci. Med., 44*(9), 1303-1312.
- Piña, L. J. A. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología, 20*(1), 23-32.
- Rivera, M. I. M., & González, D. L. C. (2000). Neoplasias asociadas al SIDA. En: R. S. Ponce de León, & L. F. M. S. Rangel (Eds.), *SIDA: aspectos clínicos y terapéuticos* (pp. 250-259). México: Mc-Graw-Hil.
- Roca, P. M. (2004). *Autoeficacia percibida: un nutriente para el bienestar*. Obtenido el 17 de noviembre, desde <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=116>
- Robles, M. S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Romo, G. J., & Salido, R. F. (1997). *SIDA: Manejo del paciente con HIV*. México: Manual Moderno.
- Ruiz-Argüelles, A. (2003). El virus de la inmunodeficiencia humana. *Ciencia y Cultura*, 49(10), 31-37.
- Sanz, M., Vega, J., & Martínez, P. (2000). Aspectos Biológicos y Médicos del SIDA: En: M. Sanz, J. Vega, & P. Martínez (Eds.), *SIDA: aspectos médicos-legales ideontológicos* (pp.7-66). México: Manual Moderno.
- SICO (2005). *Producción de los condones*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde www.sico.com.mx/fabricacion2.html
- Sieving, R., Resnick, M., Bearinger, L., Remafedi, G., Taylor, B., & Harmon, B. (1997). Cognitive and behavioral predictors of sexually transmitted disease risk behavior among sexually active adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 151(3), 243-251.
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health*, 20(2), 143-160.
- Soto, R. L. E. (2005). *Tratamientos Antirretrovirales Actuales*. Obtenido el 01 de septiembre, desde <http://www.aids-sida.org/>
- Sterk, C. E., Klein H. & Elifson, K. W. (2003). Perceived condom use self-efficacy among at-risk women. *AIDS and behavior*, 7(2), 175-181.
- Tao, S. N., Manongi, R., Seage, G., & Kapiga S. (2003). Social and behavioural determinants of consistent condom use among hotel and bar workers in Northern Tanzania. *International journal of STD & AIDS*, 14, 688-696.
- Thato, S., Charron-Prochownik, D., Dorn, D., Albrecht, S., & Stone, C. (2003). Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. *Journal of nursing scholarship*, 35(2), 157-163.
- UNFPA (2005). *Estado de la población Mundial 2005*. Obtenido el 15 de febrero de 2006, desde <http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch5/index.htm>
- VanDevanter, N. L. (1994). Pruebas para HIV y orientación del paciente. En: J. D. Durham, & F. L. Cohen (Eds.), *Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería* (pp. 89-101). México: Manual Moderno.

- Velasco, A. M., Valverde G. V., & Lazcano, A. A. (2000). Taxonomía y evolución de los retrovirus. En: R. S. Ponce de León, & L. F. M. S. Rangel (Eds.), *SIDA: aspectos clínicos y terapéuticos* (pp. 11-26). México: Mc-Graw-Hil.
- Vincenzi, I. (1993). European communities study group on heterosexual transmission of HIV. Heterosexual transmission of IHV in a European cohort of couples. CENSIDA (2005). *El condón: tema fundamental de salud pública*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/el_condon.html
- Villasis, K. A. (2000). Mecanismo de transmisión del VIH. En: R. S. Ponce de León, & L. F. M. S. Rangel (Eds.), *SIDA: aspectos clínicos y terapéuticos* (pp. 135-145). México: Mc-Graw-Hil.
- Warner, L., Clay- Warner, J., Boles, J., & Williamson, J. (1998). Assessing condom use practices. Implications for evaluating method user effectiveness. *Sexually transmitted diseases, 25*, 273-277.
- Waszak, G. C., Tchupo, J., Johnson, L., Cheta, C., & Nyama. T. (2003). Respondent perspectives on self-report measures of condom use. *AIDS education and prevention, 15*(6), 499-515.
- Weber, J., & Pinghing, A. (1989). Atención clínica del SIDA y la infección HTLV- III. En: D. Miller, J. Webeer, & J. Green (Eds.). *Atención de pacientes con SIDA* (pp. 1-49). México: Manual moderno.
- Wee, S., Barrett, M., Lian, W., Jayabaskar, T., & Chan, K. (2004). Determinants of inconsistent condom use with female sex workers among men attending the STD clinic Singapore. *Sexually transmitted infections, 80*(4), 310-314.
- Wikipedia la enciclopedia libre (2005). *Preservativo*. Obtenido el 30 de agosto de 2005, desde <http://es.wikipedia.org/wiki/Preservativo>
- Yasenka, P., & Gabany, S. (2001). Applying the NIMH Multi-site Condom Use Self-efficacy Scale to College Students. *American Journal Of Healt Studies, 17*(1), 15-19.