



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

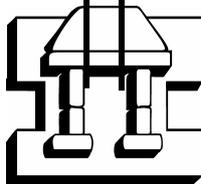
**ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL EN
HABILIDADES PARA NEGOCIAR EL USO
DEL CONDÓN**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

CÉSAR PÉREZ ROMERO

DIRECTORA: DRA. SUSANA ROBLES MONTIJO
SINODALES: LIC. DAVID JAVIER ENRIQUEZ NEGRETE
LIC. RICARDO SÁNCHEZ MEDINA



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. NOVIEMBRE DEL 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Familia

En especial a mis padres Nohemí y Lauro, y hermanos Alejandro y Lauro por brindarme los valores y ejemplos más preciados que me han abierto muchas puertas.

A toda mi familia que me ha brindado su apoyo incondicional en todos mis proyectos y gustos de la vida:

A mis abuelos Horacio (q.e.p.d) y Ventura por recordarme la calidez de mi hogar brindándome la calidez del suyo y enseñarme también los valores más sensatos.

A mis tías Griselda, Angélica “tita”, Sonia y Alejandra; tíos Horacio, Oscar y Juan Manuel por haber estado conmigo cuando más los (as) necesitaba. Mis tías Rosalía, Irma, Lilia; tíos Juan, Fide, Andrés por ofrecerme su amistad y respeto, hospitalidad y apoyo.

A todos mis primos y primas con los cuales nos unimos a la dicha de poder llevar a cabo una carrera profesional, que esperamos esta semilla siga dando frutos en las siguientes generaciones.

Amigos

A mis amigos de la carrera César, Iván, Victor Manuel, Dalila, Erika “kika”, Chayo, Cinthya, Vane, Verito, Dolores, Arturo, Salvador, David, Beca con quienes tuve la oportunidad de vivir la experiencia de la amistad a su máxima expresión, compartiendo dichas y sinsabores, tragos amargos y “capulinazos” que hicieron de la carrera una bella experiencia. A ellos ¡GRACIAS... TOTALES!

A la jefatura de Psicología

Al Dr. Arturo Silva, por brindarme la confianza de pertenecer a este grupo de trabajo y de amistad de gran calidad humana: Mtro. Pallares, Lic. Jorge Guerra, Tere Ramírez, Mari García, Leonor Arrieta “Leito”, gracias por su incondicional apoyo.

A los amigos-tutores: Espe, Marcos, Daniel, Omar, David, Ricardo, Tania, Gustavo, Miriam por tener la dicha de poder trabajar con ustedes en un ambiente cordial y MUY DIVERTIDO.

Asesores

Dra. Susana Robles por darme la oportunidad de completar la experiencia de la licenciatura; David y Ricardo por su amistad y apoyo en esta empresa.

A todos aquellos que han estado de cerca de mí andar y aquellos que por omisión no están aquí una vez más ¡GRACIAS!

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO I	1
EL VIH/SIDA, EN EL MUNDO Y EN MÉXICO	1
¿Qué es el VIH/SIDA?	2
Estructura y características del VIH	3
Formas de transmisión	6
Epidemiología del VIH/SIDA en el mundo	9
Epidemiología en México	12
Mortalidad	14
Medidas de prevención a nivel nacional	15
CAPÍTULO II	19
EL CONDÓN: CARACTERÍSTICAS Y ESTADÍSTICAS DE SU USO POR LOS JÓVENES	19
El condón	20
Características y recomendaciones	26
El uso correcto y consistente del condón	27
La inconsistencia del uso del condón	28
Estudios realizados acerca del uso del condón	29
Variables relacionadas con el no uso del condón	30
CAPÍTULO III	33
ASERTIVIDAD Y NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN	33
Competencia social y habilidades sociales	33
El aprendizaje estructurado	35
El Test Analógico de Simulación (TAS)	36
Estudios de asertividad sexual, comunicación y negociación del uso del condón	38
Los roles sexuales	42
CAPÍTULO IV	47
MÉTODO	47
Sujetos	47
Escenario:	47
Materiales:	47
Equipo:	47
Diseño experimental	48
Variables	48
Variables dependientes	48
Variable Independiente	50
Instrumentos de evaluación:	50
Medidas de las variables:	51
Procedimiento.....	52
Fase de Preevaluación	52
Fase de Intervención	53
Fase de Postevaluación	55
CAPÍTULO V	56
RESULTADOS	56
CAPÍTULO VI	62
DISCUSIÓN	62
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	76

Resumen

En el presente estudio se evaluaron los efectos de un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva y del uso correcto del condón sobre la consistencia del uso del condón y el uso del condón en las relaciones sexuales en general y en la última relación sexual, en estudiantes universitarios sexualmente activos. El estudio estuvo conformado por un grupo experimental (N= 31) y uno control (N= 19). Los resultados muestran que el grupo control tuvo una ejecución significativamente más alta en las habilidades de iniciar y mantener una conversación sexual, negociar el uso del condón y uso del condón. En las medidas sobre la consistencia del uso del condón y el uso del condón en la última relación sexual los resultados mostraron un incremento por parte del grupo experimental, no obstante estos no fueron significativos. Ninguna de las habilidades conductuales entrenadas se correlacionó con las medidas de la consistencia del uso del condón, uso del condón en las relaciones sexuales en general y el uso del condón en la última relación sexual. Se propone seguir trabajando con intervenciones con entrenamiento en el uso correcto del condón, así como en entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva.

Palabras clave: comunicación sexual asertiva, entrenamiento conductual, uso correcto del condón, prevención del VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las causas del VIH/SIDA ha sido ampliamente abordado desde su aparición, en la década de los ochenta hasta los albores del siglo XXI. El conocimiento de la existencia del VIH en la humanidad ha traído consigo un efecto que ha cimbrado las estructuras de cada uno de los países afectados con la pandemia del SIDA. Podemos ver así los grandes costos que representa para los sistemas de salud de dichos países el poder solventar las demandas de las personas enfermas en la dotación de los medicamentos necesarios para paliar dicha enfermedad. Como una acción gubernamental y no gubernamental adoptada en los países afectados por el VIH se ha optado por el estudio de las variables psicológicas y sociales, en su influencia para la adquisición del VIH. En el presente estudio se abordan los aspectos de la etiología del VIH, estructura del mismo, fases del SIDA, epidemiología a nivel mundial y en México, medidas de acción tomadas en este último país. Finalmente se aborda también el papel determinante del uso del condón como una de las medidas más eficaces en la prevención del contagio de VIH por la vía sexual, de las habilidades de comunicación sexual asertiva en la negociación del uso del condón, a través de un estudio experimental de intervención conductual.

En el capítulo I se abordan aspectos de la definición de SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual es un virus perteneciente a la familia de los retrovirus, compuesto por ARN (ácido ribonucleico). Su característica es atacar al sistema inmunológico por medio de las células T-CD4, las cuales tienen como función el producir anticuerpos. El VIH, una vez que ha entrado al organismo, se replica por medio de las enzimas. Se hace la distinción entre dos tipos de VIH, el VIH-1 el cual se ha encontrado como el mayor responsable de la pandemia a nivel mundial. El VIH-2 tiene la característica de tener mayor prevalencia en África occidental, siendo menos agresivo su accionar (Del Amo, 1999). Se describen las fases del SIDA, que consisten en tres: fase inicial, caracterizada por presentarse algunos malestares como mialgias, anorexia, náuseas, reaccionando el sistema inmunitario de manera normal. La fase asintomática es aquella en la cual no se presenta ningún síntoma o enfermedad, y puede ser

que en esta fase puedan pasar varios años o más sin desarrollar ningún síntoma. La fase sintomática es en la cual se presentan alguna de las enfermedades oportunistas como neumonía, sarcoma de Kaposi y la pérdida de peso. El determinar si una persona posee el VIH está dado por el número de células T-CD4, las cuales con su presencia en sí ya determinan la presencia del virus, siendo la cuenta de $200/\text{mm}^3$ con la que se puede determinar que una persona tiene SIDA. La prueba más común es la prueba de ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay), apoyada con otra prueba confirmatoria como la Western Blot.

Otro aspecto abordado en este capítulo son las formas de transmisión del virus, que encuentra su causa en los fluidos corporales como la sangre, semen y fluido vaginal, estos como los de mayor riesgo. Las formas de transmisión están integradas por la transmisión sanguínea, transmisión perinatal, transmisión sexual, esta última es la que adquiere mayor relevancia en el presente estudio, debido a que el mayor porcentaje de casos de infección son por ésta vía (CENSIDA, 2005a). Se revisa así mismo los datos epidemiológicos a nivel mundial y nacional desde la aparición del virus en la población hasta su desarrollo y expansión. Se revisan las cifras de morbilidad y mortalidad en México, así como las medidas de prevención que tomaron tanto las organizaciones no gubernamentales (ONG) como el propio gobierno, destacando las campañas que enfatizan el brindar información sobre el VIH y sobre la utilización del uso del condón.

En el capítulo II se revisa la importancia que ha tenido el condón y su uso como una medida de prevención efectiva dentro de la transmisión sexual, adoptada por el gobierno y organizaciones no gubernamentales. Se presentan así, los antecedentes del uso del condón a través de la historia y en diferentes civilizaciones, entre las que destacan los egipcios y los chinos, con fines distintos a los de la actualidad. Por ejemplo, en el siglo XVI se utilizaba una especie de funda con el fin de prevenir la sífilis, enfermedad que azotaba a Europa en ese siglo, es descrita por Fallopius. Para el siglo XVIII el material más común en la utilización y fabricación de condones eran los derivados de los intestinos de animales como intestino de buey, intestino de cordero, hasta

llegar a los materiales utilizados en la actualidad como caucho, nylon, copolímeros de etileno, poliuretano. El término condón fue acuñado en el libro sobre sífilis del doctor Turner, en ese siglo (Condón.pon, 2005, condonería especializada en estos productos) y para 1921, Alfred Trojan inventa el condón desechable hecho de caucho natural, para iniciarse su comercialización en 1930.

Se revisa el condón en la actualidad sobresaliendo que el material más usado es el látex, sustancia que se extrae de las plantas del árbol de caucho o que puede ser obtenido de manera sintética por medio de polimerización de derivados petrolíferos como el estieno, caucho rutrito, butadieno, entre otras mezclas (CENSIDA, 2005b). Del mismo modo se revisa el proceso de calidad de los condones en el proceso de fabricación, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM 016-SSA-1993), los tipos de condones, características y recomendaciones, uso correcto y consistente del mismo. Por último se revisan algunos estudios que resaltan algunos datos sobre la inconsistencia del uso del condón; se revisa también estudios que han estado enfocados al uso del condón, en donde han observado las variables que intervienen en usarlo o no, como las variables cognitivas, situacionales, y de género.

En el capítulo III se aborda el tema de la comunicación sexual asertiva, describiendo algunos estudios que se han enfocado en este plano como son el entrenamiento en habilidades de comunicación, asertividad sexual y negociación del uso del condón. Como primer punto, se describe el tema de la competencia social y el entrenamiento en habilidades sociales y la manera en que puede ser evaluado dicho entrenamiento de las conductas (Gil, León y Jarana, 1995; Robles y Guevara, 1997; Roth, 1986). El estudio de la competencia social y las habilidades sociales ha sido abordado desde los años veinte, con los trabajos de Thorndike, quien realizó estudios con lo que se denominaba "inteligencia social", la cual se refería a las capacidades necesarias para comprender a los demás y relacionarse así con ellos. Salter en 1949 y Wolpe en 1958, propusieron métodos de aprendizaje de respuestas (conductas de autoexpresión o asertivas) incompatibles con respuestas inadaptadas (tales como la ansiedad o la depresión). Fue hasta la década de

los 60 cuando se acuña el término habilidades sociales, surgiendo de un ámbito industrial acerca del enfoque del procesamiento de la información que se da entre el hombre y la máquina. Se establece la distinción entre competencia social y habilidades sociales, haciendo referencia la primera a un aspecto más general de las relaciones de una persona con los demás, mientras que la segunda hace referencia a los repertorios conductuales que una persona necesita tener para lograr relaciones exitosas (Conger y Farrel, 1981, Goldstein, 1981a, 1981b; Roth, 1986, citados en Robles y Guevara, 1997). Con estas bases teóricas sobre la competencia social y las habilidades sociales se propone la técnica del aprendizaje estructurado propuesto por Goldstein (1973, 1981; y Goldstein y cols., 1976, 1980; citado en Roth, 1986), en la que se establece que las habilidades sociales pueden entrenarse mediante la adquisición de repertorios inexistentes, puesto que los trastornos son adquiridos mediante la interacción con el ambiente social, y los déficit deben ser interpretados como consecuencia de un defectuoso proceso de aprendizaje. Así, el aprendizaje estructurado se conforma de los siguientes elementos, en primer lugar está el moldeamiento de la habilidad a entrenar, el juego de roles, ensayos conductuales, retroalimentación, y el entrenamiento para la transferencia. La observación de dichos elementos se lleva a cabo a través del Test Analógico de Simulación (TAS, Roth, 1986), en el cual se realiza la actividad en un medio artificial, el cual guarda estrecha relación con el ambiente real. Posteriormente se hace la precisión y distinción entre comunicación, asertividad y negociación, puntos centrales del presente estudio de entrenamiento de habilidades de comunicación sexual asertiva sobre la conducta del uso del condón. Se destaca el hecho de que la comunicación hace referencia a un constructo que envuelve varias habilidades y que lleva implícito el intercambio de sentimientos, actitudes, mensajes y otra información entre la gente (Zamboni, Crawford y Williams, 2000); la asertividad hace referencia a aquella conducta interpersonal que implica la expresión honesta de los sentimientos (Rimm, 1980), y específicamente en el plano sexual la asertividad se refiere a proceso de cambio o estrategia que tanto hombres como mujeres usan para pasar de una etapa hacia conductas de sexo seguro tal como el uso del condón (Noar, Morokoff y Redding, 2002). La negociación del uso del condón se refiere a cierto comportamiento de la pareja, en la cual

debe incluir una parte que sea la que tenga el condón, y la iniciación una secuencia de pasos para usarlo, que ambos estén de acuerdo en usarlo, por lo que el proceso del uso del condón requiera una forma de negociación entre la pareja. Con estas precisiones se describen estudios que se han realizado bajo estos tópicos, exponiéndose los resultados más significativos en la relación de estas variables (comunicación, asertividad, negociación) con el uso del condón, además de que se enuncia el objetivo del presente estudio, el cual es evaluar los efectos de un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva sobre la conducta del uso correcto y consistente del condón.

En el capítulo IV se describe el método utilizado en el presente estudio, en el cual participaron 50 estudiantes de las carreras de medicina, biología y psicología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala. Se llevó a cabo un diseño pretest-postest con un grupo experimental, conformado por 31 participantes, y un grupo control conformado por 19 participantes. Las variables medidas fueron: Uso del condón en las relaciones sexuales en general, uso del condón en la última relación sexual, frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses, consistencia en el uso del condón; así como dos variables referentes a las habilidades de comunicación sexual asertiva, que fueron: iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón, descritas en el trabajo de Roth (1986) y adaptadas a la temática sexual. La evaluación de dichas variables se llevó a cabo mediante un instrumento de autoreporte con preguntas de opción múltiple para obtener información demográfica (sexo, edad, estado civil, etc.) y sobre el comportamiento sexual de los estudiantes (edad del debut sexual, parejas sexuales, uso del condón y frecuencia de las relaciones sexuales); mediante el Test Analógico de Simulación (TAS), se evaluaron las dos habilidades de comunicación (iniciar y mantener una conversación sexual y negociar el uso del condón), y el uso correcto del condón se evaluó a través de la observación directa de la habilidad para colocar y retirar un condón en un pene para la enseñanza.

En el capítulo V se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio. En lo referente a la consistencia del uso del condón, en la fase de

postevaluación, al comparar a los grupos los resultados muestran diferencias importantes, pero no significativas del grupo experimental sobre el grupo control. Los resultados que mostraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental fueron en la habilidad de iniciar y mantener una conversación sexual, la habilidad para negociar el uso del condón, y en el porcentaje de respuestas correctas del uso del condón. Por otro lado, las diferencias dentro del grupo control en la habilidad de iniciar y mantener una conversación sexual y negociar el uso del condón, no fueron significativas. En el porcentaje de respuestas correctas del uso del condón las diferencias fueron significativas dentro del grupo experimental. Al determinar la correlación entre las variables de la consistencia del uso del condón y las habilidades de comunicación (iniciar y mantener una conversación sexual, y negociar el uso del condón), así como usar correctamente el condón los resultados muestran que ninguna de las habilidades de comunicación se correlacionan con la consistencia del uso del condón, únicamente se encuentra una correlación significativa entre la habilidad de negociar el condón con el uso correcto del condón.

Para el capítulo VI se destaca el hecho de que la conducta del uso del condón fue evaluada de manera directa al observar su ejecución sobre la conducta del uso correcto del condón, lo que permitió brindar una medida más sensible sobre la conducta del uso del condón, cuestión discutida en el presente estudio. Así mismo, se resalta el incremento de la consistencia del uso del condón, el entrenamiento en habilidades de comunicación, la habilidad para usar correctamente el condón dentro del grupo experimental al mostrar un incremento en el porcentaje de respuestas correctas de dicha habilidad, lo que puede ser una bondad del entrenamiento de dicha habilidad. Para futuras investigaciones se propone que se continúe con el trabajo en el entrenamiento del uso correcto del condón, así como en las habilidades de comunicación sexual asertiva, asegurando la adquisición de dichas habilidades por parte de los participantes por medio de la observación directa brindando así una medida más fiable en su evaluación, y las cuales pudieran fungir como predictores del uso correcto y consistente del condón.

CAPÍTULO I

EI VIH/SIDA, EN EL MUNDO Y EN MÉXICO

En la actualidad uno de los problemas de salud que aqueja a la sociedad es el VIH/SIDA, pues no sólo representa un problema de salud, sino también representa problemas en lo económico con el alto costo en los medicamentos y el tratamiento que involucra a todo el sistema sanitario. Los programas de prevención son parte de los altos costos que representa el hacer frente a la epidemia.

En el ámbito social, la epidemia del SIDA ha traído como consecuencias la estigmatización de ciertos grupos sociales como el de homosexuales, trabajadores sexuales, usuarios de drogas intravenosas principalmente, sobre todo al inicio de la pandemia. No obstante, el transcurrir de la epidemia ha puesto de manifiesto que no sólo esos grupos son propensos a la infección del VIH y al desarrollo de la enfermedad del SIDA.

Dentro del accionar de la epidemia adquiere importancia las formas de transmisión del VIH y el porcentaje que tienen en el desarrollo de la epidemia, en donde la transmisión sexual aparece como una de las formas más comunes de infección del VIH, representando el 95% de los casos ocurridos a lo largo de la epidemia según Alarcón y Ponce de León (2003).

Por lo tanto, la importancia de abordar el problema del SIDA, su etiología, epidemiología, así como su transmisión plantea un sendero en el ámbito de la investigación y de la prevención a un nivel primario con el fin de conocer las variables que pueden estar relacionadas con dicho problema y así poder establecer un marco de intervención que permita la reducción de casos de infección, específicamente por la vía sexual.

¿Qué es el VIH/SIDA?

Para dar inicio a la revisión general del VIH/SIDA se hace necesario dar un panorama general de lo que representa el VIH/SIDA, comenzando por determinar el significado de la palabra SIDA y lo que este término refiere. El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que al analizar los componentes de la palabra se presenta de la forma siguiente. El síndrome es un conjunto de síntomas, la inmunodeficiencia se presenta como la poca capacidad de respuesta inmunológica del organismo ante el agente patógeno. Por último, se dice que es adquirida por haber sido contraído por el individuo en algún momento de su vida. El SIDA está causado por un virus denominado el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Espada y Quiles, 2002), el cual se describe a continuación.

Los datos hasta ahora conocidos acerca del VIH se han dado gracias a los estudios que han logrado aislar al virus en condiciones de laboratorio, extraídos de personas enfermas de SIDA. Así, el primer antecedente del aislamiento del retrovirus (que para ese entonces no se la había acuñado el término de VIH) se dio por Françoise Barré-Sinoussi y colegas en el Instituto Pasteur en el año de 1983, en un caso del virus de Linfadenopatía. Para el año de 1984 este mismo grupo reporta dos logros más del aislamiento del virus. A la par de estos hallazgos, en Norte América el investigador Gallo y su grupo de colaboradores del Instituto Nacional de Salud logra aislar retrovirus T-linfotrópico humano tipo III o HTLV-III. Para el año de 1986 fue acuñado el término VIH (Weiss y Weiss, 2001).

El VIH es un virus de la familia de los retrovirus, siendo una estructura de menor tamaño que de una célula humana, poseyendo una estructura mucho más sencilla. Dicha estructura está compuesta por ARN (ácido ribonucleico), por lo cual lo hace pertenecer a la familia de los retrovirus, en contraposición al ADN de los humanos (Espada y Quiles, 2002). Según Del Amo (1999) los retrovirus existían mucho tiempo antes de la aparición de este tipo de virus (VIH), existiendo otros tipos como el Virus T-célula Leucemia humano tipo I y II (HTLV-I y el HTLV-II por sus siglas en inglés), asociados con enfermedades en

los humanos como la leucemia y las lesiones de los nervios, sin embargo sin tener la capacidad de desarrollar SIDA. Paralelo a estos datos, se conoce otro tipo de retrovirus en los animales, uno muy similar al VIH que ataca a la especie de los simios, el Virus de la Inmunodeficiencia Simia (VIS), que tiene la característica de provocar una enfermedad similar a la de SIDA humano, en dicha especie. Se presenta a continuación la estructura básica funcional del VIH, así como sus características que le permiten su propagación dentro del organismo de la persona infectada.

Estructura y características del VIH

Una vez acuñado el término VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) gracias al aislamiento de los retrovirus se ha podido determinar la estructura del mismo resaltándose las siguientes características. Como se mencionaba anteriormente el VIH pertenece a la familia de los retrovirus y tiene como principal característica el estar conformado por ARN. La partícula del virus es esférica (aproximadamente de 80 a 110 nanómetros) constituida por tres capas concéntricas, en la cual en la parte céntrica se concentra el ARN, la nucleoproteína y las enzimas. La capa intermedia contiene la nucleocápside icosaédrica. La última capa se encuentran las glicoproteínas, que están constituidas por trímeros de la glicoproteína (Nájera, 2000).

La acción del VIH sobre el organismo es atacar al sistema inmunitario por medio de las células de nombre linfocitos T-CD4. La función de estas células es la de producir anticuerpos en el combate ante agentes patógenos (Espada y Quiles, 2002). Por tanto, una vez que el VIH ha invadido al organismo, utiliza a las enzimas para su replicación. Al momento de la replicación, por medio de la transcriptasa inversa, se cometen errores en el código genético, lo que hace que sea un virus mutante, dificultando su control o eliminación. El sistema inmunológico, en especial las células T-CD4, se encuentran en constante producción ante cualquier ataque de algún microorganismo. No obstante, en una persona con la infección del VIH llega un momento en que éstas no se producen debido al embate letal del virus. La tasa de replicación del virus en un

día es de 10^{10} (1 000 000 000) copias del virus, de las cuales no todas tienen el mismo efecto destructor debido a los errores en la mutación al crearse las copias, es decir, de cada 1000 copias, 999 son defectuosas y no tienen capacidad de destruir el sistema inmunitario (Del Amo, 1999). Lo que quiere decir que la pérdida de las CD4 es extensa, así como la replicación del virus, facilitando el desarrollo y avance de la enfermedad.

Por otro lado, se distinguen dos tipos de VIH, los cuales tienen características genéticas y de distribución epidemiológica geográfica distintas. El VIH-1 es el que se ha encontrado como el mayor responsable de la pandemia a nivel mundial, además de ser más virulento. El VIH-2 tiene su mayor prevalencia en África occidental y se distingue por ser menos agresivo tomando mayor tiempo para el proceso de la enfermedad (Del Amo, 1999; Espada y Quiles, 2002; Weiss y Weiss, 2001).

Con los datos mencionados anteriormente, se sabe que el VIH y su acción virulenta sobre el sistema inmunológico, y con la paulatina eliminación de las células T-CD4, da lugar a lo que se denominó el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Esta enfermedad se constituye por la serie de síntomas de enfermedades que atacan al organismo una vez que el sistema inmunológico ha quedado debilitado por el VIH. Por lo tanto, el VIH por sí no es el causante de las muertes asociadas a este virus, sino la adquisición de enfermedades debido a la indefensión del sistema inmunológico. Dentro del desarrollo de la enfermedad (SIDA) se encuentran tres fases de infección propuestas por Espada y Quiles (2002):

Fase inicial

Dentro de esta fase, el sistema inmunitario actúa como lo haría ante cualquier otro agente, con la presencia de anticuerpos (Espada y Quiles, 2002). En esta

fase se pueden presentar signos como malestar general mialgias, anorexia, náuseas, diarrea, así como faringitis no exudativa (Camacho, 2000).

Fase asintomática

Esta fase se caracteriza por que la persona no presenta ningún síntoma o enfermedad, pudiendo durar hasta diez años o más sin presentar ningún síntoma de la enfermedad. Para esta fase el virus puede reproducirse a velocidades dispares, dependiendo de la virulencia o agresividad de la cepa, y del huésped, en donde influyen las resistencias naturales, estilos de vida, actividad física, estilos de afrontamiento y estado de ánimo. Para esta fase la cuenta de las células T-CD4 toma mayor relevancia, pues ese será el dato que indicará el grado de infección de la persona, contando el número de células T-CD4 en cada mm^3 de sangre, así como el número de copias de VIH en cada milímetro de plasma (Espada y Quiles 2002).

Fase sintomática

Para esta fase el número de células T-CD4 es menor a $200/\text{mm}^3$, pudiéndose determinar que la persona presenta la enfermedad del SIDA por medio de la aparición de algunas de las llamadas enfermedades oportunistas en las que se cuentan a la neumonía por *Pneumocystis carinii*, Sarcoma de Kaposi y la considerable pérdida de peso (Camacho, 2000; Espada y Quiles, 2002; Weiss y Weiss, 2001).

Son éstas las fases que presentan el desarrollo del VIH/SIDA dentro del organismo, y la manera de que una persona puede saber con certeza si es portadora o no del virus es con las que se describen a continuación.

Prueba para determinar la enfermedad del SIDA

La prueba de detección del VIH se llevan a cabo con un análisis de sangre, saliva u orina, con la finalidad de verificar si existen anticuerpos en dichos fluidos, para determinar si la persona es seropositiva (portadora del virus). En

estos fluidos se cuenta la cantidad de los linfocitos T-CD4, que por su sola presencia afirman la existencia del VIH en el sistema inmunitario. Cuando la cuenta de dichas células es menor a $200/\text{mm}^3$ se puede afirmar que se trata de una persona con SIDA. La prueba de ELISA (Enzyme Liked Immuno Sorbent Assay) es la más empleada y la más confiable, a la par que se puede realizar otra prueba confirmatoria como la prueba Western Blot. Es importante señalar que el tiempo de espera para saber si una persona es seropositiva mediante la prueba ELISA es de dos a tres meses, y siempre se recomienda la prueba confirmatoria. Otra forma de determinar el estado mórbido del SIDA es mediante la presencia de alguna enfermedad de las llamadas oportunistas como la tuberculosis pulmonar, sarcoma de Kaposi, candidiasis esofágica o pulmonar y otros tipos de neumonía. (Del Amo, 1999; Espada y Quiles, 2002; Nájera, 2001; Weiss y Weiss, 2001).

Es así que con estas pruebas es posible conocer el estado inmunológico de la persona y si está contagiada por el VIH o no, lo cual nos lleva a plantear un punto importante a considerar como son las formas de transmisión del virus, las cuales nos podrían dar una pauta para conocer si la persona a incurrido en alguna de ellas o si está en riesgo.

Formas de transmisión

Los fluidos corporales son la vía del virus del SIDA. Los más importantes y únicos de contagio son la sangre, el semen y el fluido vaginal, por lo tanto, aunque el virus se encuentre en la saliva, el sudor o la orina se tiene la certeza que por estos medios no se puede contraer una infección (Espada y Quiles, 2002). A continuación se describen las formas de transmisión del VIH.

Transmisión sanguínea

Las transfusiones de sangre y el uso de jeringas entre personas adictas a drogas intravenosas son las causas principales de la infección del VIH. Heymann, Chin y Mann (1990) distinguieron dos patrones de tipo de infección a nivel mundial. El primer patrón de infección hace referencia de manera predominante a las personas usuarias de drogas intravenosas y contemplan a países como Estados Unidos y los países del este de Europa, Australia y Nueva Zelanda, así como Latinoamérica y países del caribe.

El segundo patrón hace referencia a la transmisión del VIH por medio de la transfusión sanguínea. En México la cifra de transmisión sanguínea para 1983 era realmente alta constituyendo un 7% de los casos registrados. Los porcentajes de los datos acumulados en el país es de 8% para la transmisión sanguínea (Magis, Bravo y Uribe, 2004), de los cuales el 72% representa a la transfusión sanguínea, el 11% asociados a donadores, el 8% al consumos de drogas inyectables y el 0.2% a la categoría de exposición ocupacional (CENSIDA, 2005).

Transmisión perinatal

Las probabilidades de que una mujer seropositiva en estado de embarazo contagie a su hijo es realmente alta. La transmisión puede darse durante la gestación, por medio de la placenta o en el momento del parto o durante la lactancia (Espada y Quiles, 2002). La tasa de transmisión madre-hijo varía entre el 14 y el 35%, y ésta puede darse por tres tipos de vías: 1) Transmisión prenatal, caracterizada durante la gestación por el paso del VIH por medio de la placenta; 2) Transmisión intraparto, la exposición directa del recién nacido a la mucosa del tracto digestivo fetal-neonatal al VIH presente en las secreciones cervico-vaginales, líquido amniótico al contacto con las membranas fetales; 3) Transmisión postnatal, referente a la transmisión por medio de la leche materna, representando un riesgo de infección del 12 al 14% en las madres infectadas prenatalmente (Fortuna, 2000).

Transmisión sexual

La transmisión sexual es una de las principales causas de la propagación del VIH. Las prácticas sexuales sin protección (métodos de barrera como el condón masculino o femenino) hacen proclive el intercambio de fluidos cuando una o dos de las personas es portadora del VIH. Los primeros casos de la infección del VIH se dieron en la población homosexual, por lo que se suponía era a causa de las relaciones sexuales y fue asociada como una enfermedad de dicha población (Espada y Quiles, 2002; Kelly y Kalichman, 2002). Con la subsiguiente propagación del virus en distintos grupos sociales, como hombres y mujeres heterosexuales de distintos grupos sociales y de raza, se pudo constatar que la infección no era privativa del grupo homosexual, poniéndose de manifiesto que las prácticas sexuales eran una forma de propagación del virus. La interacción de fluidos en la relación sexual funciona como foco de infección ya que el virus adquiere mayor probabilidad de propagación en dichos fluidos debido a las pequeñas heridas que se producen en la penetración. Las relaciones vaginales, orales y anales funcionan como las principales causas de la infección si estas ocurren sin protección. En las relaciones anales la probabilidad de contagio aumenta debido a las heridas que se tienen en este tipo de relaciones. En relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Del Amo (1999) menciona que enfermedades como la gonorrea o la sífilis pueden ser factores facilitadores de la infección del VIH debido a la aparición de heridas expuestas en los genitales o en las barreras naturales como la piel, lo que deja expuesto a los vasos sanguíneos facilitando el contagio.

Epidemiología del VIH/SIDA en el mundo

El primer caso de la enfermedad fue reconocida en un pequeño grupo de jóvenes homosexuales en los Estados Unidos en el año de 1981. Ellos presentaban un cuadro clínico de enfermedades oportunistas como la neumonía por *Pneumocystis carinii* y el sarcoma de Kaposi, suponiéndose en aquel entonces que era una enfermedad exclusiva de este grupo de personas acuñándosele el término de “cáncer gay” (Espada y Quiles, 2002). Para 1982 se reportan otros casos de la enfermedad en personas que habían recibido transfusiones de sangre y en personas usuarias de drogas intravenosas; y es

en este año que se acuña el término SIDA (Weiss y Weiss, 2001; Espada y Quiles, 2002). Para 1984 la epidemia avanzaba de manera alarmante, la tasa de crecimiento de los nuevos casos era de cien enfermos por semana, cifra muy constante en relación con el año 1982, en donde la tasa se encontraba en diez enfermos por semana. El número de casos acumulados aumentaba el doble cada seis meses. De manera general, para estos años las cifras en Estados Unidos se presentaban de la siguiente forma, según los registros del Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés): 200 enfermos para finales de 1981, 450 para mediados y a 750 a fines de 1982, 5000 a mediados de 1984 y a 8000 a finales del mismo año. Al mismo tiempo, en Dinamarca se lleva a cabo una reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde se aportan datos comprobatorios de la epidemia en países pertenecientes a dicha organización tales como Francia, Alemania Federal, Bélgica, Reino Unido, Suiza, Dinamarca, los Países Bajos, Austria, España, Suecia, Noruega, Finlandia, Checoslovaquia, Italia e Irlanda (Grmek, 1992).

Para diciembre de 1988, en los Estados Unidos 3 570 casos se atribuían a la transmisión heterosexual, según reportes del Centro del Control de Enfermedades (CDC) representando el 4% del total de los casos acumulados (Jonson y Laga, 1990).

Para inicios del año 1989 se reportaban 133 000 casos acumulados en los países (143) pertenecientes a la Organización Mundial de Salud, de los cuales el 21% (21 000) correspondían a la mayor prevalencia de transmisión heterosexual, mientras que el resto (79%) la mayor prevalencia de transmisión correspondían a otros patrones tales como la transmisión homosexual y bisexual, así como las personas usuarias de drogas intravenosas (Heymann, Chin, Mann, 1990).

Las cifras en 1996 del total de personas adultas con SIDA desde el comienzo de la epidemia de los continentes con mayor número de casos se presentan en la Tabla 1:

Tabla 1. Total de personas adultas con SIDA en el año de 1996.

Zona Geográfica	Número de personas con SIDA
América del Norte	553 000
América del sur	380 000
Europa Occidental	235 000
Sur y este de Asia	413 000
Africa Subsahariana	5 000 000

Fuente: OMS. En Del Amo (1999).

La tasa de crecimiento de la infección por VIH para 1997 era de 16 000 personas infectadas por día en todo el mundo según datos de la OMS, de las cuales 29. 5 millones están infectadas por el virus y 7 millones habían desarrollado SIDA (Del Amo, 1999).

Para 1998 se estimaba que el número de personas que vivía con el VIH/SIDA alcanzaba los 33 millones, de los cuales 32. 2 millones eran adultos y 1.2 millones niños. Así también, se estimaba que el número de defunciones a causa del VIH/SIDA ascendía a 2.5 millones desde el inicio de la epidemia. La tasa de crecimiento de la epidemia en ese tiempo era de 11 casos nuevos a cada minuto, alcanzando una cifra en el año de 1998 de 5.8 millones de nuevas infecciones (Ponce de León y Rangel, 2000).

En 1999 se contaban ya 5.6 millones de nuevas infecciones del VIH, repartidas dos terceras partes en el África Sub-Sahara y casi un cuarto en el Sur y Sureste de Asia, siendo África la zona con la mayor prevalencia (Weiss y Weiss, 2001; Del Amo, 1999). Los modos de transmisión en África y Asia más comunes son la transmisión heterosexual, poniéndose de manifiesto que la mayor parte de estas infecciones se da por medio del comercio sexual, y es en donde la prevalencia de las ITS también es mayor. A diferencia de estos continentes, Latinoamérica (principalmente Brasil, Argentina y Chile), Europa, Australia y Nueva Zelanda presentan diferencias en los modos de contagio tales como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), heterosexual y los usuarios de drogas intravenosas.

Para el 2004 las estadísticas de la epidemia alcanzaban las cifras (ONUSIDA, 2004) que se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Cifras de personas que viven con VIH, nuevas infecciones y defunciones por SIDA hasta el año 2004.

Personas que viven con el VIH/SIDA	Total	39.4 millones (34-46 millones)
	Adultos	37.2 millones (31-43 millones)
	Menores de 15 años	2.2 millones (2.1-2.9 millones)
Nuevas infecciones por VIH en el 2004	Total	4.9 millones (4.2-5.8 millones)
Defunciones causadas por el SIDA en 2004	Total	3.1 millones (2.5-3.5 millones)

Las cifras a nivel mundial muestran el crecimiento tan amplio que ha tenido la epidemia en los distintos continentes. Para el caso de México el crecimiento de la epidemia ha sido también considerable desde su aparición, la cual se detalla a continuación.

Epidemiología en México

En México el primer caso registrado de SIDA fue en el año de 1983, en un joven de origen haitiano. Para ese mismo año se reportaron otros 17 casos más, los cuales correspondían a jóvenes homosexuales acomodados quienes habían viajado al extranjero y habían tenido relaciones sexuales. Para finales de 1986 ya se notificaban 250, siendo la mayoría producto de relaciones homosexuales o bisexuales. En el año de 1987 los casos de SIDA aumentaron, publicándose el primer boletín epidemiológico mensual sobre el SIDA, en el cuál las cifras de casos acumulados para ese entonces eran de 344, siendo los homosexuales y bisexuales los que ocupaban tres cuartas partes de los casos de SIDA, mientras que la parte restante se distribuía entre los heterosexuales y

las personas receptoras de transfusiones sanguíneas; se daba también los primeros reportes de la aparición de los primeros casos de transmisión perinatal. Para finales de este año la cifra era de 1000 casos. Esta segunda mitad de la década de los 80 mostró un incremento considerable en la epidemia, y para finales de 1988 los casos notificados por la Secretaria de salud eran de 38 390, estimándose que por motivos del retraso en la información y la suma de todos los casos desde el inicio de la epidemia la cifra alcanzaba los 60 000 casos (Ponce de León y Rángel, 2000; Sepúlveda, Fineberg y Mann, 1993). La distribución de los casos por región en el país se concentra, el 50% de ellos, en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco, y comprenden desde 1983 a 1999, según cifras de Castro y Leyva (2002). En el año 2000, el 80% de los casos nuevos registrados en dicho año, se encuentra en las personas entre los 15 y 44 años de edad, mientras que el 2% representan los menores de 15 años. Para dar una visión general de los datos desde el inicio de la epidemia en México hasta el año 2003, Magis, Bravo y Uribe (2004) señalan que los datos acumulados de casos de SIDA es de 57 640, apuntando que debido al subregistro y retraso en la información se estima que el número ascienda a los 64 000 casos acumulados. La relación de éstos casos acumulados muestra que 49 207 (85.4%) corresponden a hombres y 8 433 (14.6%) a mujeres, donde se establece una relación de 6 a 1.

Según los datos aportados por Magis, Bravo y Uribe (2004) la pandemia del SIDA se concentra de acuerdo como se presenta en la Tabla 3:

Tabla 3. Prevalencia por grupos de la pandemia de VIH/SIDA.

GRUPOS CON PRÁCTICAS DE RIESGO	PREVALENCIA
Hombres que tienen sexo con hombres	15%
Trabajadores del sexo comercial	12.2%
Usuarios de drogas inyectables	6%

En la actualidad, los datos aportados por CENSIDA (2005c) acerca del número de casos reportados es de 182 000 personas adultas infectadas por el VIH. En

la Tabla 4 se muestran los datos de los casos nuevos y acumulados de SIDA, según grupos de población, distribuyéndose de la siguiente forma (CENSIDA, 2005c):

Tabla 4. Casos nuevos y acumulados de personas adultas infectadas por VIH por grupo de población.

GRUPO DE POBLACIÓN	CASOS DIAGNÓSTICADOS EN 2005		CASOS ACUMULADOS (1983-2005)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Menores de 15 años	33	2.3%	2, 369	2.5%
Hombres adultos	1, 152	79.7%	78, 322	82.0%
Mujeres adultas	261	18.0%	14, 838	15.5%
Edad desconocida	0	(0.0)	984	(1.0)
Total	1, 446	100%	96, 513	100%

De las cifras aquí presentadas se resaltan aquellas que han cobrado la vida de las personas infectadas y que han desarrollado la enfermedad del SIDA, lo que representa el último eslabón de la enfermedad en los casos más extremos, cifras que se presentan a continuación.

Mortalidad

Para 1992 el SIDA no era contemplado como una de las principales causa de muerte en México. No obstante, esta causa ha ido en aumento, sobre todo entre ciertos grupos de edad y sexo. Dentro del período que comprende los años 1988 a 1997 las cifras de muertes entre mujeres y hombres son de 14.5 mujeres por cada 100 hombres en áreas urbanas, mientras que en áreas rurales las cifras son de 20 mujeres por cada 100 hombres. De las áreas rurales, las muertes de mujeres por SIDA representan el 1%, mientras que en las áreas rurales las muertes de hombres por SIDA representan el 65% del total de las muertes en dicho período (Castro y Leyva, 2002). Para el año de 1997 el SIDA ocupaba la posición número 17 en las causas de mortalidad, registrándose un total de 3 518 muertes, con una tasa de 3.9 por 100, 000

(Ponce de León y Rangel, 2000). En el año 2000 las cifras ya alcanzaban los 40 000 casos de defunciones, mostrando una tasa de crecimiento de 4.21 por cada 100 mil habitantes, siendo la población entre los 25 a 35 años de edad la más afectada. Los datos disponibles para el 2004, sobre las defunciones son de 4,723 personas, con una tasa de 4.5 [tasa por 100 000 habitantes] (CENSIDA, 2005d).

Con los datos expuestos acerca de la problemática y devastadora epidemia del VIH/SIDA, se han implementado en México medidas para contrarrestar y prevenir las nuevas infecciones del VIH, las cuales contemplan la divulgación de la información, el acceso a los medicamentos y tratamientos, así como la defensa de los derechos humanos de las personas infectadas, por parte del gobierno y por parte de algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) que se describen a continuación.

Medidas de prevención a nivel nacional

Para 1986 se creó en México, primero de manera informal y posteriormente por decreto presidencial, el Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), con el propósito de evaluar y vigilar los niveles y las tendencias del VIH y el SIDA, así como la coordinación de los programas de prevención, vigilancia epidemiológica, investigación biológica, clínica y social en la lucha contra el SIDA en el país (Sepúlveda, Finerberg y Mann, 1993).

Dentro de las primeras acciones tomadas por este organismo fue la inclusión de detección obligatoria de todas las muestras de sangre y plasma en el código sanitario para Mayo de 1986, así como la prohibición en la comercialización de la sangre para el año de 1987. Se incluye también la definición del caso de SIDA de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos (Ponce de León y Rangel, 2000; Sepúlveda, Finerberg y Mann, 1993).

Las acciones de CONASIDA se pueden distinguir en tres etapas según Castro y Leyva (2002). La primera de ellas comprendería los años 1987-1988, la cual

dio inicio con una encuesta de conocimientos y actitudes respecto del SIDA, dirigido a la población publicado en varios periódicos. A partir de los resultados obtenidos, los cuales mostraban bastante desinformación por parte de la población, se idearon campañas de información sobre éstos conceptos erróneos, informándoles de las principales formas de transmisión del VIH y de las medidas de prevención. Se procuró integrar la palabra condón, así como su uso, por medio de anuncios en radio y televisión, particularmente en estos últimos se mostraban caricaturas que brindaban información acerca de los tipos de transmisión del VIH así como la refutación de las creencias erróneas de contagio tales como las picaduras de mosquitos y del contacto casual, lo cual era visto como algo vulgar por algunos grupos conservadores, quienes consideraban a la campaña educacional de intolerable pues inducía a la promiscuidad.

La segunda etapa comprendería los años 1989-1992, que diera inicio con la consulta a varios grupos de la sociedad preocupados con la epidemia enfocados a desarrollar una campaña que combinara mensajes en el que invitaran a la población en general a buscar información acerca de la enfermedad mediante mensajes positivos que informaran a la gente de la necesidad de prevenir la enfermedad y de la importancia del uso del condón. En esta etapa se originaron tres recomendaciones por medio de algunos grupos liberales, en respuesta a las propias demandas de la epidemia y a los grupos conservadores: 1) El SIDA sería visto como un problema de salud pública y no moral; 2) La información debiera ser explícita; y 3) Las organizaciones no gubernamentales deben adoptar el papel más activo. Por otro lado, en esta fase ya se puntualizaba la necesidad de reducir el énfasis en los grupos estigmatizados (Sepúlveda, Finerberg y Mann, 1993).

La tercera etapa abarca los años de 1992-1994, en la cual se desarrollaron mensajes enfocados a diferentes sectores de la sociedad, incluidos los dueños de los postribulos, y tratar de persuadir a la población a dar soporte a las personas con SIDA. Por último, la cuarta etapa abarcaría los años 1995-2000 la cual se centra en campañas masivas enfocadas a los adolescentes y a la persuasión de los padres y profesores a ser grupos de soporte. A la par de

dichas campañas se hicieron esfuerzos para demandar al gobierno el acceso al tratamiento para las personas que viven con el VIH/SIDA, pues sólo la mitad de las personas con SIDA contaban con seguro social y con acceso al tratamiento, mientras que la otra mitad no contaba con ningún servicio de salud. Fue en Febrero de 1998 que CONASIDA en conjunción con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) crearon un fondo denominado Fonsida con el fin de obtener ingresos para la compra de medicamentos, obteniendo para Junio de 1999 cerca de 1000 personas dentro del programa. Desafortunadamente, en Diciembre del mismo año la situación financiera de Fonsida reveló su imposibilidad de seguir con el programa (Castro y Leyva, 2002). Por último, los objetivos para el año 2000 de CONASIDA incluían la reducción al 50% del número de casos de niños infectados con VIH durante el embarazo, el nacimiento o el amamantamiento; reducir la transmisión sanguínea del VIH al 0.1%; brindar cuidados apropiados y a tiempo a las personas que viven con el VIH y otras ITS; así como la eliminación de la violación de los derechos humanos por parte del sector salud (Castro y Leyva, 2002).

Por otra parte, también se realizaron acciones en relación a la lucha contra el VIH/SIDA por parte de organizaciones no gubernamentales (ONGs) desde el inicio de la epidemia en México. Al principio de la epidemia tanto organizaciones no gubernamentales como CONASIDA se ocupaban del SIDA como un problema médico, más no como un problema social de salud. Por ejemplo, los grupos homosexuales, heterosexuales, de periodistas, estudiantes, investigadores y personas con VIH/SIDA realizaron esfuerzos para la unificación de éstos con el fin de lograr una concepción no médica ni burocrática del SIDA, sino un frente de acción social (Sepúlveda, Finerberg y Mann, 1993).

En la Tabla 5 se presentan cuatros etapas de las acciones de las ONG en México propuestas por Castro y Leyva (2002).

Tabla 5. Etapas de las acciones llevadas a cabo por las ONG en México.

Primera Etapa	Período 1984-1988	Reacción social: los
---------------	-------------------	----------------------

		grupos lesbico-gays se suman a los programas de información, prevención del VIH/SIDA
Segunda Etapa	Período 1988-1990	Agrupamiento: se coordinan las ONG para dar información, prevención y defender los derechos humanos de las personas con VIH.
Tercera Etapa	Período 1991-1993	Unión de otros grupos en la lucha contra el SIDA
Cuarta Etapa	Período 1993-2000	Grupos conservadores y liberales se coordinan y un número creciente de ONG enfocadas al SIDA crean redes

Como se ha visto, la epidemia del SIDA se ha propagado a pasos agigantados por cada rincón del mundo. Las cifras en la prevalencia de casos de infecciones y personas con SIDA ha ido en aumento en el mundo y en México, aún cuando se han estado haciendo esfuerzos por disminuir la tasa de infecciones por medio de programas de información, de creación de leyes sanitarias y de los programas de prevención. Dentro de esta parte de la prevención destacan las cifras por contagio sexual, la cual aparece como la principal forma de contagio representando el 92.1% de los casos en México (CENSIDA, 2005a) y es en donde se ha trabajado bastante para reducir las conductas sexuales de riesgo y fomentando el uso del condón, tema que se abordará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

EL CONDÓN: CARACTERÍSTICAS Y ESTADÍSTICAS DE SU USO POR LOS JÓVENES

De los datos contenidos en el capítulo anterior acerca de la respuesta del gobierno y de las organizaciones no gubernamentales (ONG) en México, se destacarán principalmente las que se han centrado en el uso del condón, por ser la única forma de prevenir el contagio del VIH por vía del contacto sexual, siempre y cuando se use de manera correcta y consistente (CENSIDA, 2005b).

Desde el inicio de la epidemia y a partir de la identificación de las formas de transmisión del virus, las acciones para atacar el virus no se hicieron esperar. Dentro de las primeras medidas de acción, como el examen de las muestras de sangre y plasma, así como la prohibición de la comercialización de la sangre pudieron reducir de manera significativa y en la actualidad de manera casi total, el número de infecciones por vía sanguínea (Sepúlveda, Finerberg y Mann, 1993). Sin embargo, en el plano de la infección por transmisión sexual el panorama no es alentador. Las aproximaciones por parte de CENSIDA a la población para conocer el nivel de conocimientos y actitudes acerca del SIDA, demostraron que los ciudadanos estaban bastante desinformados acerca del SIDA (Castro y Leyva 2002). Por lo tanto una de las acciones principales fue la de informar los conceptos principales tales como las formas de transmisión y las formas de prevención, entre la que se cuenta el uso correcto y consistente del condón. Es así que desde 1998, CONASIDA (1998) propuso una respuesta clara en donde proponía seguir promoviendo el uso del condón, reiterando que el SIDA es un problema de salud y no de moral. Este programa tenía como fin seguir promoviendo todas las alternativas de prevención que disminuyan o eviten la transmisión del VIH, incluyendo al uso del condón como una de las más efectivas.

Los resultados de Pirkenton y Ambrason (citados en CENSIDA, 2005b) demuestran la efectividad de los condones en la prevención de transmisión del VIH. A continuación se presentan las características fundamentales del condón,

donde se muestran algunos antecedentes históricos, proceso de fabricación y tipos de condones.

El condón

La aparición de los condones no es reciente, pues se tienen registros que reportan su existencia y su uso en diferentes civilizaciones. El uso que le han dado al condón ha sido variado, así como también los materiales de su fabricación.

Los registros señalan a la cultura de Egipto hace 3000 años aproximadamente, como una de las civilizaciones que utilizaba el condón. El condón era llevado por el hombre a manera de funda, más el propósito de esta práctica no es del todo claro. Sin embargo, se piensa que dicha funda podía tener algún color característico, el cual denotaba cierto status social dependiendo del color, siendo más un adorno que una cuestión funcional (Tanquary y Hull, 1990).

Por otra parte, 300 siglos atrás, los chinos fabricaban condones usando papel arroz mojado en aceite. Las mitologías griegas y romanas muestran en sus relatos que los dioses y los mortales usaban condones hechos de vejiga de cabra con el fin de proteger a las mujeres como un método de control natal. Se piensa que estos condones eran colocados en la vagina con el fin de alojar al pene y al semen. Para épocas más recientes, en una tribu de Nueva Guinea se encontró que los nativos usaban una planta larga y flexible a manera de condón femenino (Condón.pon, 2005; Tanquary y Hull, 1990).

Para el siglo XVI, Fallopius describe una especie de funda con el fin de prevenir la sífilis, enfermedad que azotaba a Europa en ese siglo. Ya en el siglo XVIII el material más común en la utilización y fabricación de condones eran los derivados de los intestinos de animales. Desde ese entonces los materiales usados para la fabricación de los mismos ha sido muy variada entre los que se cuentan intestino de buey, intestino de cordero, caucho, nylon, copolímeros de etileno, poliuretano, los cuáles tienen diferentes texturas y han tenido algún

paso fugaz en su aceptación debido a las características específicas de cada uno de ellos (Tanquary y Hull, 1990). Fue para ese siglo que se utilizó el término condón en el libro sobre sífilis del doctor Turner (Condon.pon, 2005). Ya en 1921, Alfred Trojan inventa el condón desechable hecho de caucho natural, para iniciarse su comercialización en 1930.

El condón en la actualidad

En la actualidad existen cuatro tipos de materiales utilizados en la fabricación del condón, que son los tejidos animales, el caucho o látex, el caucho sintético o poliuretano y la resina sintética AT. De los intestinos de animales se cuenta como el principal al intestino de cordero, el cual es utilizado en Estados Unidos y Gran Bretaña, teniendo la desventaja de ser costosos y de no ser efectivos para la prevención de ITS, sino más bien son efectivos para el control natal. Tanto el condón de látex como el de poliuretano tienen gran efectividad en la prevención de transmisión de ITS y del VIH, la cual es su característica primaria, además de ser un método muy eficaz de anticoncepción, siendo esta última característica secundaria. Por último, la resina sintética AT es nueva en el mercado y se encuentra disponible únicamente en Colombia, teniendo las bondades de ofrecer mayor protección contra las ITS y de control natal, respecto al de látex (Condon.pon, 2005).

En realidad, el material más usado es el látex, siendo una sustancia que se extrae de las plantas del árbol de caucho o puede ser obtenido de manera sintética por medio de polimerización de derivados petrolíferos como el estieno, caucho rutrito, butadieno, entre otras mezclas (CENSIDA, 2005b).

Procesos de calidad en los condones

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM 016-SSA-1993), la cual fue publicada en el Diario de la Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 1994, se establecen las especificaciones sanitarias de los condones de látex,

tales como el empacamiento, almacenamiento y los métodos de prueba. Las pruebas permiten verificar si el condón tiene orificios no visibles. Las pruebas para demostrar la eficacia del condón se confirman por medio de los estudios realizados por Pirkenton y Ambrason revisados por CENSIDA (2005b), en los cuales analizan 89 estudios científicos acerca de la efectividad del uso del condón, concluyendo que el uso correcto y constante del condón reduce en un 90 a 95% la transmisión del VIH. Por otra parte, dentro del laboratorio, los condones de látex han mostrado su efectividad al bloquear la entrada del virus del VIH, pues los poros de látex son mucho menores que el tamaño del virus (los estudios muestran que los poros de látex tienen de diámetro 30 nanómetros, mientras que el virus del VIH tiene 100 nanómetros de tamaño) (CENSIDA, 2005b).

Según SICO (2005), empresa fabricante de condones, la elaboración de sus productos está dada en un principio por una mezcla del látex natural con estabilizadores, antioxidantes y químicos vulcanizantes. Como paso siguiente, es colocado en unos recipientes de curado en el que pasa algún tiempo hasta que la mezcla quede curada, para luego verterla en unas cubas de inmersión. Dentro de éstas cubas se introducen tubos formadores que se sumergen a cierta velocidad con el fin de lograr el secado del látex después de cada inmersión, dándose así el grosor deseado del condón según la velocidad de la cadena y de la viscosidad del látex. Posterior a este paso, se forma el arillo o anillo del condón por medio de unos cepillos giratorios. Por último, los tubos formadores pasan por un horno de vulcanización a una temperatura controlada, en la cual adquieren su resistencia. También pasan por un proceso de lavado y secado aún cuando están en los tubos formadores, los cuales se sumergen en agua caliente e ingredientes especiales, los cuales desprenden y retiran residuos químicos del condón. Para darle la textura final se lavan con una emulsión de silicón y son cubiertos con un polvo dentro de una lavadora industrial para ser secados en una lavadora centrífuga que extrae la mayoría de los residuos de agua.

Tipos de condones

Dentro del plano del condón existen varios tipos de los mismos los cuales responden a diferentes necesidades de cada persona y de cada tipo de relación sexual, con la finalidad de ofrecer seguridad y variedad del acto sexual (Condón.pon, 2005).

Clásico

Entre los condones clásicos se encuentran lo que la mayoría conocemos con las siguientes características: cilíndricos, transparentes, lubricados, lisos, con medidas aproximadas de 180 mm de largo y 52 mm de ancho, y 0.06mm de espesor (Condón.pon, 2005).

Extrafuerte

Este condón tiene la característica de ser más grueso que un condón clásico, lo que incrementa la resistencia del condón y lo que lo hace más seguro. Debido a éstas características se recomienda para prácticas de sexo anal, y para quienes desean reducir el riesgo de ruptura del condón. Estos condones, al ser más gruesos, pueden disminuir la sensibilidad, por lo cual algunas personas lo usan para prolongar el tiempo que dura la erección. (Condón.pon, 2005).

Sensitivo

De características similares a las del condón clásico, es decir, cilíndricos, transparentes, de forma recta, paredes lisas y con medidas que rondan los 180 mm de largo por 52 de ancho, produciendo así una mayor sensación natural. (Condón.pon, 2005).

Femenino

El condón femenino, es un condón diseñado para las mujeres, el cual tiene la ventaja de poder colocarse mucho antes de la relación sexual (hasta ocho horas antes de la relación sexual). Es recomendable para aquellos hombres que se les dificulta la erección con el condón masculino. Se recomienda que al usar este condón por primera vez, se adquieran tres y se usen de manera consecutiva con el fin de que la persona se acostumbre a ponérselo y traerlo (Condón.pon, 2005).

Condón con nonoxinol 9

Este condón contiene un espermaticida (sustancia que mata espermatozoides) auxiliar en la prevención de embarazos. El uso de este condón no es recomendado por la Organización Mundial de la Salud para el sexo anal, ni para mujeres que tienen varias parejas sexuales, así como sexo servidoras o personas que tienen antecedentes de ITS, pues a una gran mayoría de mujeres les causa irritación que abren puntos de entrada para virus como el de papiloma humano, el VIH e infecciones leves (condón.pon, 2005).

Anatómico

Este condón tiene una cintura o estrechamiento en el segundo tercio del condón, lo cual lo hace ajustarse en una parte muy sensitiva del pene, específicamente detrás del glande. Este diseño hace que los condones anatómicos sean más cómodos de usar y más sensitivos (Condón.pon, 2005).

De Campana

El diseño de campana produce mayor estimulación en todo el glande del pene, y cuentan con mayor espacio en donde más se necesita (Condón.pon, 2005).

Condón con silicón o silicona

El silicón funciona para este caso como un lubricante, y se recomienda para mujeres que tienen problemas con la lubricación o para relaciones sexuales largas. Tiene la característica de ser más duradero que el resto, ser más resistente y permanecer siempre lubricado (condón.pon, 2005).

Fosforescente

Es muy atractivo para el juego sexual, romper la rutina o sorprender a la pareja. Tiene la característica de que se pueda romper fácilmente debido a la sustancia que lo hace brillar (Condón.pon, 2005).

Mutante

Esta es una nueva generación de condones, los cuales están diseñados para producir una máxima estimulación en las zonas correctas, y hacer que el sexo

con condón se sienta tan bien o mejor que el sexo sin condón. (Condón.pon, 2005).

Texturizados

Con pequeños grabados en la superficie del condón, pensados para sentirse de una manera diferente, produciendo una mayor estimulación para ellas. Cuentan con tres tipos de texturas: pequeños botones o tachones, anillos o costillas, y combinaciones de las dos anteriores (condón.pon, 2005).

Aroma

Los condones con aroma se recomiendan si a las personas les gusta el olor del caucho natural. Los aromas suelen ser frutales, de flores o inclusive de perfumes. Algunos de estos condones se recomiendan para las prácticas de sexo oral, dejando un suave aroma (Condón.pon, 2005).

Poliuretano

Los condones de poliuretano para varón son nuevos en México, teniendo características muy peculiares, como: ser más resistentes que el caucho natural; ser más delgados que los de caucho natural, incluso más delgados que los sensitivos; no producen reacciones alérgicas; algunos condones de poliuretano son "loose-fit", es decir, no quedan muy ajustados; pueden utilizarse con cualquier tipo de lubricante, incluidos aceites, vaselinas y petrolatos en general; son más costosos por ser más difícil de producirlos; se ha comprobado que no hay microorganismo que pueda atravesar las paredes de estos condones (Condón.pon, 2005).

Características y recomendaciones

De las características más importantes del condón de látex, a diferencia del de poliuretano es su biodegradabilidad, su vida se extiende cinco años en promedio, respecto a los demás. Como parte de los cuidados que necesita el condón se cuentan según CONASIDA (2005b), los siguientes:

- Guardar el condón en la bolsa delantera del pantalón o falda, en la camisa, bolsa, de mano, cajetilla de cigarros.
- Se recomienda no guardarlo en la cartera, en las bolsas traseras del pantalón o falda, así como evitar exponerlo al calor excesivo o al sol.
- Usar un condón nuevo cada vez que se tengan relaciones sexuales anales, orales o vaginales.
- No usar condones cuyo empaque esté dañado o descolorido por deterioro, así como verificar el contenido de aire, fecha de caducidad o de fabricación.
- No abrir el empaque con las uñas o dientes, navajas o tijeras.
- Se recomienda aplicar lubricación adicional, lo cual evita que se rompa el condón, así como se incrementa el placer. Es muy importante que el lubricante este fabricado con base en agua, ya que los lubricantes basados en aceite como el lubricante para bebés, la vaselina, las cremas de belleza pueden dañar el látex y ocasionar la ruptura y la pérdida de elasticidad del condón.
- Colocar el condón una vez que el pene está erecto, así como retraer el prepucio, en caso de que no haya circuncisión, antes de tener contacto anal, vaginal u oral.
- Sujetar el condón por la punta y desenrollar hasta la base del pene erecto, dejando un espacio en la punta del condón y asegurarse de sacar el aire, pues éste puede provocar la ruptura del condón.
- Después de la eyaculación, sostener el condón desde la base del pene, el cuál aún debe estar erecto, retirarlo evitando que el semen se derrame en la vagina, ano o boca.

El uso correcto y consistente del condón

Como se ha revisado, la efectividad tecnológica del condón (materiales y fabricación) es bastante confiable, no obstante para entender dicha efectividad se debe de tomar en cuenta la habilidad de la persona para usarlo, lo cual puede ser a final de cuentas el determinante de la efectividad de este método

(CONASIDA, 2005b). Es por ello que se enfatiza en definir qué es el uso correcto y consistente del condón.

En primer lugar se señalará la forma correcta de ponerse un condón masculino. Como primer paso, es necesario verificar el buen estado del condón antes de abrirlo revisando la fecha de caducidad o de expiración, y utilizarlo antes de esa fecha. Cerciorarse de que el empaque no esté roto y que conserve aire en su interior. Al momento de abrir el empaque es indispensable hacerlo con las yemas de los dedos y no usar las uñas, tijeras o dientes, pues esto lo puede romper. Colocar el condón en el glande, una vez que el pene esté erecto, y sujetar la punta del condón con las yemas de los dedos y darle dos vueltas para eliminar el aire, con la otra mano se desenrolla hasta la base del pene cubriéndolo por completo. Una vez que se haya presentado la eyaculación, y todavía con el pene erecto, se retira cuidadosamente y sujetándolo para evitar algún derrame de semen, para tirarlo a la basura (Condón.pon, 2005).

Una vez que han quedado aclarados los pasos a seguir en la colocación del condón, se pone de manifiesto la necesidad de señalar la importancia del uso consistente del condón, con el cual se conseguirá la efectividad sugerida en la prevención de las ITS y del VIH, respectivamente, y que de acuerdo con CENSIDA (2005e) la consistencia radica en utilizarlo en el 100% de las relaciones sexuales y de principio a fin de cada relación sexual con penetración ya sea anal, vaginal u oral.

A pesar de la gran variedad de condones existentes en el mercado, la amplia información que se tiene acerca del VIH/SIDA y sus formas de propagación, específicamente por contacto sexual, las personas siguen teniendo un uso inconsistente del mismo.

La inconsistencia del uso del condón

De la revisión de los datos aquí presentes, se puede afirmar que el uso del condón es una forma eficiente de prevenir ITS y el VIH, de acuerdo con los

métodos existentes que prueban su eficacia. No obstante estas afirmaciones, la revisión de los estudios realizados muestran datos en los cuales el uso del condón no se lleva a cabo con la consistencia que se esperaría existiendo tanta información a nivel de campañas de prevención y de medios de comunicación. Existen datos que confirman la inconsistencia del uso del condón en jóvenes, como por ejemplo Díaz, Flores, Rivera, Andrade, Ramos y Villagrán (1999); Martínez, Hovell, Blumberg et al. (2004) y Enríquez y Sánchez (2004). En primer lugar, Díaz et al. (1999) aportan datos acerca de los porcentajes que mostró una muestra de estudiantes universitarios, mencionando que el 20% reportó usar el condón “siempre”, el 57% reportó usarlo “algunas veces” y el 21% “nunca”. Un estudio realizado por Martínez et al. (2004) con una muestra de jóvenes mexicanos que viven en la frontera de México-Estados Unidos (Tijuana), mencionan que el 55% de los jóvenes reportaron haber tenido sexo vaginal, anal u oral durante los últimos tres meses usando de manera inconsistente el condón. Por otro lado, Enríquez y Sánchez (2004) reportan los porcentajes de la consistencia y uso del condón entre jóvenes universitarios encontrando que sólo el 52.9% usan consistentemente el condón, mientras que el resto de la muestra no, lo que los pone en riesgo de contraer VIH/SIDA.

Con el panorama de la inconsistencia del uso del condón se han realizado estudios con el propósito de observar qué variables entran en juego en la inconsistencia del uso del condón, los cuales se describen a continuación.

Estudios realizados acerca del uso del condón

Nelly y Kalichman (2002) llevaron a cabo una revisión de los estudios que se han hecho en el plano de la prevención del VIH. De los estudios observados por estos autores resaltan los resultados obtenidos por aquellos que llevaron a cabo intervenciones encaminadas hacia un cambio conductual con la implementación de algún programa de información del VIH, consultorías breves enfocadas a la reducción de riesgo del VIH, grupos de discusión acerca del condón, modelamiento del uso del condón, juego de roles, establecimiento de metas hacia un cambio conductual. En ellos se destaca en general un

decremento en las relaciones sexuales sin protección, y un incremento en las relaciones sexuales con protección. De manera similar Kim, Stanton, Li, Dickersin y Galbraith (1997) realizaron un meta-análisis de cuarenta estudios en los cuales los resultados tuvieron impacto positivo de dichas intervenciones en las cuales se evaluaron los cambios en el conocimiento del VIH, cambios en las actitudes, el uso del condón y en el decremento del número de parejas sexuales. De los resultados más sobresalientes se encuentran estos dos últimos, pues se observaron incrementos en el uso del condón y decrementos en el número de parejas sexuales.

Por otro lado, Robin et al. (2004) llevaron a cabo una revisión de estudios de intervenciones conductuales en la reducción de la incidencia por VIH y embarazo entre adolescentes. Resaltan que las variables más comunes en dichos estudios fueron el retardo de la iniciación sexual, el uso del condón, el uso de anticonceptivos y la frecuencia de las relaciones sexuales. Las intervenciones se centraban en actividades de implementación de habilidades acerca de la comunicación sexual, toma de decisiones y solución de problemas.

Se han llevado a cabo estudios a nivel conductual y en este tipo de estudios se pueden mencionar el de St. Lawrence, Brasfield, Jefferson, Alleyne y O'Bannon III (1995) quienes realizaron una intervención cognitivo conductual para reducir el riesgo de infección del VIH en adolescentes afroamericanos, los cuales fueron asignados aleatoriamente a un grupo control, donde sólo se les impartía una clase de educación acerca del VIH/SIDA, dentro de la cual había juegos, grupo de discusión y otras actividades. Por otro lado, el grupo experimental recibió un entrenamiento en habilidades conductuales que contenía educación acerca del SIDA, evaluación y decisiones sexuales, competencias técnicas, habilidades sociales, habilidades cognitivas y apoyo social. Los resultados mostraron que los jóvenes del grupo experimental redujeron en gran medida sus conductas de riesgo, así como el mantenimiento de las conductas preventivas, en comparación con los del grupo control. Estos resultados son consistentes con la recopilación de los estudios revisados y evaluados por Kim et al. (1997), Nelly y Kalichman (2002) y Robin et al. (2004)

al señalar que la efectividad de este tipo de programas es más probable si existe una intervención conductual, pues como mencionan Bayés (1992) y Robin et al. (2004) la simple presentación de la información no es suficiente para crear un cambio en la conducta de riesgo del adolescente.

Variables relacionadas con el no uso del condón

Algunos estudios exponen parte de las razones por las que los jóvenes muestran rechazo a las prácticas de sexo seguro, específicamente al uso del condón. Un estudio realizado por Abdullah, Fielding, Hedley, Ebrahim y Luk (2002) dirigido a la población de Hong Kong, aporta datos en relación a las razones para no usar condón, encontrando como las principales causas la confianza en la pareja, el uso de otros anticonceptivos, y la reducción de la sensación con el uso del condón, en ese orden. Así mismo, los resultados obtenidos por Oncale y King (2001) en su estudio acerca de la comparación entre hombres y mujeres en los intentos para disuadir a su pareja sexual para no usar condón, muestran en primer lugar el argumento de que “el sexo se siente mejor sin condón”, seguido por el argumento “no quedarás (o quedaré) embarazada, y por último, el argumento “no contraeremos una ITS”. Un estudio relevante realizado por Castro-Vázquez (2000) en México, específicamente en la preparatoria No. 1, muestra resultados similares. En el mismo se trata el aspecto acerca del machismo y el uso del condón entre los adolescentes mexicanos concluyendo que los adolescentes llegan a utilizar el condón, como un método anticonceptivo y como una manera de mostrar y/o mantener cierta reputación, más que como un argumento racional o cognitivo.

Por otro lado, variables de tipo conductual influyen en el no uso del condón tales como la incapacidad para comprarlos (Stiffman, citado en Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 2002), falta de privacidad para adquirirlos (Roth, Krishnan & Bunch, 2001) déficit en habilidades para negociarlo (Somalí et al., 1998; Lam et al., 2004). Las variables psicosociales que entran en juego pueden ser las contingencias de las normas sociales hacia las mujeres al adquirir un condón, la poca importancia de búsqueda de información acerca de

la sexualidad, las relaciones encaminadas únicamente a la reproducción (Martínez et al, 2004), el uso del condón decremента mientras se hace más duradera la relación (Posner, Pulley, Artz, Cabral y Macaluso, 2001) inequidad en el poder de la relación (Martínez et al., 2004; Navarro y Landa, 2003; Roth et al. , 2001).

Un punto importante a considerar de los estudios aquí citados es que en ellos la medida utilizada para conocer la consistencia del uso del condón ha sido el autoreporte, lo cual puede implicar un sesgo en dichos resultados, pues al ser reportados por la misma persona y como mencionan Geary, Tchupo, Johnson, Cheta y Nyama (2003) puede haber lagunas en la memoria, no comprender del todo la pregunta o puede entrar en juego la deseabilidad social por parte del respondiente, validez que puede ser controversial (Zenilman, et. al 1995, citado en DiClemente, Wingood, Crosby, Sionean, Cobb, Harrington et al., 2001). Con este panorama, se han realizado estudios que han implementado el entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación del uso del condón, pues como mencionan autores como Bayés (1992) y Robin et al. (2004), los conocimientos son una condición necesaria más no suficiente para llevar a cabo un cambio en el comportamiento, cuestiones que se abordarán en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

ASERTIVIDAD Y NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN

En el capítulo anterior se abordó el tema de los estudios que se han realizado en relación a la inconsistencia del uso del condón, así como a las variables relacionadas con el no uso del mismo. En el presente capítulo se abordará el tema de la comunicación sexual asertiva, describiendo algunos estudios que se han enfocado en este plano como son el entrenamiento en habilidades de comunicación, asertividad sexual y negociación del uso del condón. Como primer punto, se describe el tema de la competencia social y el entrenamiento en habilidades sociales y la manera en que puede ser evaluado dicho entrenamiento de las conductas. Posteriormente se hará precisión y distinción entre comunicación, asertividad y negociación, puntos centrales del presente estudio de entrenamiento de habilidades de comunicación sexual asertiva sobre la conducta del uso del condón. Por último se describen los estudios que se han realizado acerca de la comunicación con la pareja en relación al uso del condón, en la asertividad sexual y el uso del condón, y en la negociación del uso del condón.

Competencia social y habilidades sociales

De acuerdo con el análisis que presentan Gil, León y Jarana (1995), el estudio de las habilidades sociales ha tenido algunas acepciones y su abordaje es relativamente reciente. Como primeros antecedentes se encuentra que en los años 20, Thorndike y otros autores realizaron los primeros trabajos bajo el nombre de "inteligencia social", con el cual se referían a las capacidades necesarias para comprender a los demás y relacionarse así con ellos. Para la década de los 30 se realizaron estudios sobre socialización infantil (a los cuales se les llamó posteriormente "asertivos"). Para los años 40 y 50 salen a la luz los trabajos de Salter en 1949 y Wolpe en 1958, respectivamente, en donde se proponen métodos de aprendizaje de respuestas (conductas de autoexpresión o asertivas) incompatibles con respuestas inadaptadas (tales como la ansiedad o la depresión) (Gil, León y Jarana, 1995).

Posteriormente en Europa durante los años 60 se da el término de habilidad social, el cual según Gil, León y Jarana (1995) surge en un ámbito industrial acerca del enfoque del procesamiento de la información que se da entre el hombre-máquina, como una analogía aplicada a la relación hombre-hombre. El desarrollo del estudio de este tópico se vio fortalecido con el desarrollo de la terapia de conducta y con la elaboración de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (Gil, León y Jarana 1995)

No obstante, es necesario hacer una clara precisión entre lo que es competencia social y lo que son habilidades sociales. El término de competencia social hace referencia al éxito que tiene una persona en sus relaciones con los demás (Robles y Guevara, 1997). Por otro lado, el término habilidades sociales hace referencia a los repertorios conductuales que una persona necesita tener para tener relaciones sociales exitosas (Conger y Farrel, 1981, Goldstein, 1981a, 1981b; Roth, 1986, citados en Robles y Guevara, 1997). Por lo tanto, la distinción entre dichos términos estriba en que el primero hace referencia a un plano general de las relaciones sociales de la persona, mientras que el segundo su acepción se enfoca más a una habilidad en particular dentro de todo el espectro de la competencia social.

De esta manera en el presente estudio fueron entrenadas las habilidades de comunicación sexual asertiva, la negociación del uso del condón y el uso correcto del condón, por medio del aprendizaje estructurado propuesto por Goldstein (1973, 1981; y Goldstein y cols., 1976, 1980; citado en Roth, 1986), el cual se describe a continuación.

El aprendizaje estructurado

El entrenamiento en habilidades sociales es una técnica que permite el cambio organizado y estructurado del comportamiento. Los tipos de conducta que se pueden abordar por medio del entrenamiento en habilidades sociales son muy

variados, y entre los cuales se encuentran los comportamientos sexuales. En este marco, Roth (1986) propone el entrenamiento en habilidades sociales por medio de la técnica conocida como aprendizaje estructurado de Goldstein (1973, 1981; y Goldstein y cols., 1976, 1980; citado en Roth, 1986) afirmando que uno de los supuestos teóricos más reconocidos de las habilidades sociales es que “los trastornos son adquiridos a través de la interacción dinámica con el ambiente social y que los déficit deben ser interpretados como el producto o la consecuencia de un incompleto o defectuoso proceso de aprendizaje” (Roth, 1986, pág. 65). Por lo tanto, el entrenamiento en habilidades sociales puede implementarse en la adquisición de repertorios inexistentes.

El aprendizaje estructurado está conformado de los siguientes elementos: El modelamiento, en el cual se provee de ejemplos o demostraciones de fragmentos conductuales con el propósito de familiarizar a los que están aprendiendo dicho repertorio tanto verbal y no verbal. Las demostraciones pueden ser en vivo o en grabaciones de audio o video. El juego de roles es una práctica conductual sistematizada que emula una situación real. Está conformada por un participante (actor), junto con otro (coautor), los cuales representan la habilidad en cuestión. Los ensayos se dividen por componentes o pasos conductuales, los cuales al realizarse llevan al cumplimiento de la habilidad. La retroalimentación es la actividad que permite al grupo evaluar al participante, y en ella se realizan comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de los participantes. Por último, el entrenamiento para la transferencia pretende llevar las conductas aprendidas a las situaciones de la vida diaria. Con el fin de generalizar los nuevos comportamientos, se llevan a cabo tareas, se usa utilería real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y se realiza el sobreaprendizaje (Roth, 1986).

Una vez abordados estos aspectos del aprendizaje estructurado, se presenta a continuación los aspectos operativos de esta técnica contenidos en el Test Analógico de Simulación (TAS).

El Test Analógico de Simulación (TAS)

La evaluación de la competencia social y habilidades sociales ha planteado grandes retos debido a la amplia variedad de definiciones acerca de estos términos, el carácter situacional de la competencia social, el intento de evaluar topografías y la inaccesibilidad de la variable estudiada (Roth, 1986). En este marco, resaltan dos formas de evaluación de la competencia social, como son los autoreportes y la evaluación conductual. Por medio de los primeros se intenta obtener información de los pensamientos, sentimientos y deseos, mientras que por medio de la evaluación conductual se obtiene información de primera mano al restringirse los eslabones intermedios entre el problema y su descripción (Roth, 1986).

En este caso el Test Analógico de Simulación (TAS) es una técnica de observación directa en la que se pretende realizar la habilidad en entrenamiento en un medio artificial que guarde estrecha relación con el ambiente natural. El TAS cuenta con características muy específicas en su procedimiento y constitución, pues en primer lugar señala la necesidad de crear cierta analogía entre la conducta del coautor y con la persona que eventualmente lo realizará de manera natural. Lo que supone esta analogía es que la conducta sea realizada por fragmentos o componentes conductuales, con el fin de garantizar la emisión de los componentes verbales y no verbales que caracterizan a la habilidad correspondiente. Respecto a esto, es importante señalar que para el caso del TAS una habilidad social no es otra cosa que la integración de cierto tipo de respuestas concretas y contextualizadas, las cuales varían de contexto a contexto y de habilidad a habilidad, de grupo social, y pueden ser verbales o no verbales, y que al adquirirla o entrenarla es con un propósito estrictamente interactivo (Roth, 1986). Como otra característica particular de esta técnica, es que busca la eficacia, confiabilidad y validez en la evaluación de la habilidad, que refleje con precisión los resultados del entrenamiento, mediante métodos de aplicación que sean flexibles y no sean costosos, capaz de adecuarse a distintos contextos socioculturales.

Con este marco se revisa a continuación la distinción entre comunicación, asertividad, asertividad sexual y negociación del uso del condón.

La comunicación y la asertividad pueden ser considerados dentro del mismo plano, sin embargo esta última puede ser un factor dentro de la primera. Por lo que la comunicación puede ser definida como un constructo que envuelve varias habilidades y que expresa el intercambio de sentimientos, actitudes, mensajes y otra información entre la gente (Zamboni, Crawford y Williams, 2000).

En lo referente a la comunicación sexual existen varias acepciones sobre el término y que pueden ser definidas como la habilidad para discutir las preferencias sexuales (Bienvenu, 1980, citado en Zamboni et. Al, 2000); la habilidad para discutir un tópico específico como el SIDA (Shoop y Davidson, 1994, citado en Zamboni et. Al, 2000); o el acto de pedir el uso del condón a la pareja sexual (DiClemente y Wingood, 1995). En el caso de la asertividad la conducta asertiva (en general) es aquella conducta interpersonal que implica la expresión honesta de los sentimientos (Rimm, 1980); de manera más específica, como la capacidad de hacer respetar las decisiones y derechos de uno mismo, expresando lo que uno cree, siente y desea, de forma directa y honesta, respetando al mismo tiempo los derechos de otras personas (Díaz Loving, Pick y Andrade, 1988). En lo referente a la asertividad sexual Noar, Morokoff y Redding (2002) definen a la asertividad sexual como un proceso de cambio o estrategia que tanto hombres como mujeres usan para pasar de una etapa hacia conductas de sexo seguro tal como el uso del condón. Acerca de la asertividad sexual estos mismos autores afirman que la asertividad en general y la asertividad sexual son aspectos muy diferentes, pues una persona que sea asertiva en otros planos no quiere decir que sea asertiva en el plano sexual, por lo que proponen examinar la asertividad en un contexto de uso del condón específico.

Asertividad sexual

Noar, Morokoff y Redding (2002) realizaron un estudio por medio de una escala de asertividad de cuatro ítems, los cuales eran: 1. Me aseguro de que mi pareja y yo usemos condón cuando tengamos sexo, 2. Tengo sexo sin condón si mi pareja quiere (el ítem se valora al revés), 3. Yo insisto en usar condón si quiero, aunque a mi pareja no le guste, y 4. Me niego a tener sexo si mi pareja se niega a usar condón. La muestra consistió en 486 hombres, y las variables observadas eran la asertividad sexual, medida por medio de una escala tipo Likert de seis ítems que contenían preguntas como “Insisto en usar condón si quiero, aún cuando a mi pareja no le guste”; cambio de etapa del condón en la cual se contemplaban 5 etapas (precontempladores: aquellos que no tenían intenciones de usar condón consistentemente en los próximos seis meses, contempladores: aquellos que tenían tales intenciones; preparación: aquellos que tenían intenciones de usar consistentemente el condón en los próximos treinta días; acción: aquellos que han usado consistentemente el condón en los últimos seis meses; y mantenimiento: aquellos que han usado consistentemente el condón por más de seis meses); y sexo vaginal sin protección, la cual fue medida por el reporte de los participantes del número de veces que se han involucrado en sexo vaginal en uno o dos meses atrás y el total de veces que usaron condón durante esos encuentros. Los resultados fueron que los hombres con una alta asertividad sexual eran más propensos a usar el condón y a enrolarse menos en conductas sexuales de riesgo. Así mismo, reportan en la parte teórica que la escala utilizada por ellos también obtuvo resultados similares con mujeres, teniendo una relación negativa entre la asertividad y las relaciones sexuales vaginales y anales sin protección, así como enrolarse con parejas con características de riesgo tales como múltiples parejas o personas VIH positivas, mostrándose la asertividad sexual un como un predictor del uso del condón lo que podría reducir las ITS y el VIH, tanto en hombres como en mujeres (Noar et al., 2002).

Es por ello considerar de importancia a la asertividad sexual en el uso del condón en las que se encuentran envueltas otras variables como la comunicación (Choi, Wojcicki y Valencia-García, 2004; Somlai, Kelly, McAuliffe,

Gudmundson, Murphy, Sikkema y Hackl, 1998), la negociación del mismo (Lam, Mak, Lindsay y Russell, 2004), los roles de género y la toma de decisiones en el ámbito sexual (Castro Vázquez, 2000; Martínez-Donate et al., 2004) la autoeficacia percibida para usar el condón, creencias incorrectas acerca del riesgo, actitudes negativas hacia el condón (Abdullah et al., 2002; Oncale y King, 2001; Noar, et al., 2002).

La comunicación con la pareja

En el plano de la comunicación con la pareja, Tulloch, McCaul, Miltengerber y Smith (2004) mencionan que a pesar de que el uso del condón es generalmente bajo, las parejas que hablan acerca del uso del condón son más propensas a usarlo, y que representa una de las estrategias actuales con mayor interés por parte de los investigadores, pues como mencionan Lam et al. (2004); Somalí et al. (1998) la habilidad para persuadir a la pareja sexual a usar condón es un paso importante en trasladar el conocimiento dentro de las conductas preventivas actuales. En el estudio realizado por Tulloch et al. (2004) se llevó a cabo una intervención en el entrenamiento de habilidades de comunicación y el uso del condón en parejas de estudiantes. La muestra fue dividida en tres grupos, el primero de ellos recibió información en el uso del condón, el segundo recibió educación de las relaciones en específico y el tercero recibió un entrenamiento en habilidades de comunicación, esperando que los estudiantes de este último grupo tendrían mejores habilidades de comunicación e incrementarían el uso del condón en comparación con los otros grupos. Evaluaron por medio de juego de roles las habilidades de comunicación, dos observadores independientes evaluaron a los participantes por medio de las siguientes puntuaciones: 1= inapropiado/inefectivo, 2= mencionar algo acerca del uso del condón, pero no dar un argumento para usarlo, 3= dar un argumento para usar condón, pero no responder específicamente al rechazo de la pareja para usarlo, y 4= responder efectivamente al rechazo de la pareja y dar un argumento para usar condón. Al mismo tiempo, los participantes contestaron en la preevaluación y postevaluación un cuestionario que evaluó el uso del condón, riesgo percibido y la motivación para usar condón. Los resultados mostraron por un lado, bajos

niveles de riesgo percibido, así como de motivación para usar condones, y reportaron que el uso del condón lo habían hecho el 30% de las encuentros sexuales en la preevaluación, mientras que en la postevaluación el porcentaje fue de 33%. Por otro lado, los estudiantes del grupo que recibió el entrenamiento en habilidades de comunicación adquirió las habilidades para usar peticiones directas del uso del condón. No obstante, durante el seguimiento, no se mostró que los participantes hayan incrementado la consistencia del uso del condón.

Negociación

Como un aspecto central en el uso del condón se encuentra la negociación del mismo, y como ya se ha revisado, la comunicación, los roles sexuales, las actitudes hacia el mismo juegan un papel dentro de la negociación. Para que exista un uso efectivo del condón es necesario cierto comportamiento de la pareja, en la cual debe incluir una parte que sea la que tenga el condón, e iniciar una secuencia de pasos para usarlo, y que ambos estén de acuerdo en usarlo, por lo que el proceso del uso del condón requiera una forma de negociación entre la pareja (Carter, McNair y Corbin, 1999). Según Choi et al. (2004), varios programas de reducción de riesgo del VIH han enseñado a las mujeres a ser asertivas y a comunicarse con sus parejas, así como a negociar el sexo protegido, sin embargo para muchas mujeres esto puede ser una cuestión difícil, tomando en cuenta el tipo de relación que éstas puedan llevar con su pareja, es decir, si se encuentran en una relación con un poder desfavorable dentro de la relación. A continuación se presentan algunos estudios que se han centrado en el tópico de la negociación con el fin dar un panorama de dicho tema.

Allen (2003) refiere en su estudio acerca de la negociación entre parejas jóvenes heterosexuales datos que indican una apropiación del poder en la relación por parte de las mujeres en el discurso, mostrándose tres formas de negociación en el marco de las relaciones de poder en la pareja. El primero referido a una “equidad en el poder”, en donde supuestamente el poder es compartido por la pareja; el segundo a un “poder mediático”, en donde la mujer

tiene un acceso limitado al poder del hombre; y por último, el “poder coercitivo” que se muestra un poder represivo del hombre sobre la mujer en lo referente a las relaciones sexuales. Menciona que aunque en el discurso las mujeres observadas reportaron tener cierto empoderamiento, se podía observar cómo el tipo de negociación era más bien de carácter coercitivo.

Es así que se ha procurado que los estudios se centren en las habilidades de comunicación y negociación del uso del condón como medida de prevención en las conductas sexuales de riesgo. Autores como Raj, Mukherjee y Leviton (1999) y Wingood y DiClemente (1999) han señalado la importancia de esta forma de implementación de programas que permitan adquirir las habilidades conductuales necesarias para evitar conductas de riesgo, sobre todo en las mujeres, brindándoles la oportunidad de adquirir poder dentro de la relación y cuidar de su propia salud e integridad. Los esfuerzos realizados en este tipo de programas se han llevado a cabo en el plano cognitivo, de manera individual y también en el de comunidad, en los cuales se han tomado los tópicos de género a través del uso de mujeres facilitadoras de información, orgullo del género, autoestima, autoeficacia, discusiones sobre desigualdades en el poder y autonomía sexual, así como habilidades y rechazo a actividades sexuales inseguras, lo que remarca mucha importancia en las cuestiones de género hacia la toma de decisiones (Raj et al., 1999).

Lam et al., (2004) examinaron otras formas de negociar el uso del condón desarrollando una escala exploratoria que distinguía en qué tan verbales y directas eran estas. Entre las estrategias verbales directas se encontraban hacer un trato, suplicar o dar una razón de salud para persuadir a la pareja; en las estrategias verbales indirectas estaban engañar, halagar o insinuar; en las estrategias no verbales directas estaba abrir un condón frente a la pareja; y en la estrategia no verbal indirecta estaba colocar el condón a la pareja o ponerlo a la vista de la pareja. El estudio se llevó a cabo con estudiantes de una universidad de Carolina del Norte, y tenía como propósito comparar las estrategias de negociación entre personas asiáticas y anglo-americanas. Las estrategias estuvieron medidas por medio de una escala Likert en la cual se observaba el grado de la estrategia que habían utilizado. Los resultados

indicaron que las estrategias directas (verbales y no verbales) fueron las más utilizadas, aunque también se utilizaron las estrategias indirectas (verbales y no verbales). Los estudiantes asiáticos fueron más propensos a utilizar las estrategias verbales indirectas más que los anglo—americanos. Mientras que las mujeres utilizaron las estrategias no verbales indirectas más que los varones.

Estos mismos autores (Lam et al., 2004) afirman que las estrategias de comunicación directa pueden ser efectivas, no obstante mencionan, las estrategias no verbales no han recibido la misma atención por parte de los investigadores. En este plano toma relevancia las diferencias de género en el tipo de estrategia usada, pues mencionan que los varones son más inclinados a usar estrategias verbales directas, a diferencia de las mujeres, quienes se inclinan por las estrategias no verbales o indirectas (Lam et al., 2004). Existen estudios que se han realizado acerca de los tópicos de los roles de género en la conducta sexual y del uso del condón, que se describen a continuación.

Los roles sexuales

Otro aspecto de suma importancia dentro de los estudios acerca del uso del condón son los roles sexuales, los cuales juegan un papel relevante en la actividad sexual y el uso del condón.

Por lo que se refiere a los roles de género la literatura menciona que existen patrones de comportamiento dentro de la cultura especiales para cada sexo. Para los hombres, el plano de la sexualidad tiene tintes característicos diferentes para las mujeres (Moore y Rosenthal, 1993). Se menciona que los hombres tienen ciertas características tales como mayor asertividad, confianza e independencia, mientras que los roles de las mujeres se centran más en la crianza de los hijos y en el hogar (Moore y Rosenthal, 1993; Wingood y DiClemente, 1999). Para los primeros, por ejemplo, se le ha dado mayor poder en las relaciones de pareja en el plano económico, laboral y en el sexual, siendo ellos quienes toman las decisiones en lo referente a las relaciones sexuales (Allen, 2003; Martínez-Donate et al., 2004; Noar et al., 2002 Wingood y DiClemente, 1999). En el uso del condón se han identificado ciertas variables

que están asociadas con el sexo, entre las cuales se encuentran las diferencias por género a usar condón como puede ser el poder en la relación (Navarro-Perstusa y Ubilllos, 2003; Singh, 2003; Martínez et al., 2004), la disponibilidad y facilidad para adquirir condones (Martínez et al., 2004; Noar et al., 2002; Singh, 2003) las actitudes hacia los mismos, las contingencias que impone la cultura dependiendo del sexo (Castro-Vázquez, 2000; Martínez et al., 2004; Navarro-Perstusa y Ubilllos, 2003; Noar et al., 2002; Singh, 2003; Wingood y DiClemente, 1999). Por ejemplo, Martínez-Donate et al. (2004) menciona que las adolescentes mexicanas son menos propensas a usar condones consistentemente o a usarlo durante la última relación, en contraste con los varones adolescentes. Mas aún, las estrategias para prevenir alguna ITS difieren por género, pues las mujeres se inclinan más por evitar varias parejas más que los hombres, y estos, por su lado, son más inclinados a usar condones como una de sus principales formas de prevenir alguna ITS.

Con el fin de observar diferencias por género, Martínez-Donate et al. (2004) llevaron a cabo un estudio con 370 estudiantes de Tijuana. El estudio examinó las diferencias de género en la probabilidad de enrolarse en sexo sin protección. Evaluaron las diferencias en iniciación sexual, uso del condón, intención para usar condones en el futuro, y actitudes hacia el condón. Los datos se recolectaron por medio de entrevistas y por medio del autoreporte. La entrevista recolecto datos acerca de la conducta sexual en el tiempo de vida y en los últimos tres meses. Las prácticas sexuales sin protección, la probabilidad de tener sexo sin protección en el futuro, la autoeficacia de uso del condón, las actitudes acerca del condón y los estereotipos acerca del uso del condón se obtuvieron por medio del autoreporte. Los resultados indican que los hombres iniciaron su vida sexual más tempranamente que las mujeres, sin embargo son éstas últimas las que se enrolaron en tener sexo sin protección más que los hombres. Respecto a las intenciones de utilizar condón en un futuro, lo estudiantes no consideraron evitar tener relaciones sin protección en un futuro, observándose una mayor proporción en los varones, sobre todo en los sexualmente activos. En cuanto a la autoeficacia se refiere, las mujeres mostraron tener mayor autoeficacia para negarse a tener sexo sin protección. En las actitudes hacia el condón, las mujeres puntuaron más alto sobre los

varones en actitudes favorables hacia el condón. Los hombres mencionan que el condón hace al sexo menos romántico o excitante, disminuye el placer, los hace parecer con mucha experiencia y que no es necesario cuando tienes sexo con una sola pareja. Acerca de los estereotipos y las diferencias de género en el uso del condón muchos de los estudiantes estuvieron de acuerdo con las ideas tradicionales como el que siempre propone el uso del condón debe ser el hombre, el de más edad, y el que tenga mayor experiencia. Los hombres son los que tienen que proponer el uso del condón, según los mismos hombres, quienes están más de acuerdo con los estereotipos acerca de que parte toma la iniciativa para usar condón. Es dentro de este marco que en muchas culturas la responsabilidad de comprar y llevar condones es delegada por las mujeres hacia los hombres (Martínez-Donate et al., 2004; Noar et al., 2002; Singh, 2003).

Por otro lado, Carter, McNair y Corbin (1999) investigaron las diferencias de género en el uso del condón, con la influencia de los estilos de negociación. Los hallazgos encontrados fueron que los hombres y mujeres juegan papeles específicos del estilo de negociación, pues por un lado, las mujeres juegan un rol más activo en la negociación del uso del condón, mientras que los hombres juegan un papel más reactivo. Así mismo se encontró que entre las razones por las cuales no usan condón tanto las mujeres como los hombres se encontraron, para las primeras, como primer razón el no sentirse en riesgo de embarazo o de contraer alguna ITS, mientras que la razón principal de los hombres eran la indisponibilidad o la inconveniencia de usarlo.

Acerca de las actitudes hacia el condón y como se mencionó en el capítulo anterior, éstas juegan un papel importante al momento de decidir si se usa o no tal método. Dentro de las actitudes desfavorables se encuentran las creencias erróneas hacia el condón (Abdullah et al., 2002), la confianza hacia la pareja (Abdullah et al., 2002; Oncale y King, 2001), reducción de placer con el uso del condón, la utilización de otros métodos anticonceptivos (Abdullah et al., 2002; Castro Vázquez, 2000; Enríquez y Sánchez, 2004; Espada y Quiles, 2002; Oncale y King, 2001).

Los estudios aquí mencionados se han centrado en el entrenamiento en habilidades de comunicación, no obstante tienen como se mencionó anteriormente, el problema de utilizar medidas de autoreporte de dichas habilidades sin aplicar una medida de observación directa de la habilidad. Esto lleva el problema planteado por distintos autores sobre la validez de las medidas de autoreporte (Fishbein y Pequegnat 2000; Geary et al., 2003; Zenilman et al., 1995, citado en DiClemente et al., 2001), que en el caso particular de las habilidades de comunicación implicaría que no necesariamente quienes reportan haber negociado el uso del condón con su pareja, realmente sepan negociarlo con éxito.

De acuerdo con St. Lawrence et al. (1995) gran parte de las investigaciones se ha realizado a un nivel cognitivo, más que conductual, poniéndose de manifiesto el hecho de que una intervención centrada sólo en brindar conocimientos acerca del VIH/SIDA, sobre el uso del condón mediante grupos de discusión y autoreportes, no es suficiente para motivar cambios en el comportamiento. Por tal motivo, el entrenamiento en habilidades conductuales del uso del condón se presenta como una línea a seguir en este tipo de intervenciones. En ese mismo plano, también se pone de manifiesto la necesidad de intervenir por medio del entrenamiento conductual las habilidades de negociación del uso del condón, en la cual entran en juego las cogniciones de los jóvenes acerca del VIH/SIDA, el uso del condón y la comunicación, en relación a las prácticas sexuales que llevan a cabo. Las investigaciones arriba mencionadas dan soporte al hecho de que aquellas juegan un papel importante en el comportamiento; no obstante son pocas las investigaciones que se han enfocado a llevar a cabo una intervención a nivel de entrenamiento conductual en vísperas de implementar un cambio en dichos comportamientos (St. Lawrence et al., 1995).

La revisión realizada en el presente trabajo resalta la gama de diversas variables que intervienen en el uso o no uso del condón. Para efectos del presente estudio la atención se centró en el aspecto de la comunicación sexual asertiva, teniendo como objetivo evaluar los efectos de un entrenamiento en

habilidades de comunicación sexual asertiva sobre la conducta del uso correcto y consistente del condón.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

Sujetos

Participaron en el presente estudio 50 estudiantes universitarios sexualmente activos. El criterio de inclusión contempló que los estudiantes reportaran tener relaciones sexuales, así como también que reportaran inconsistencia en el uso del condón.

Escenario:

Las sesiones se llevaron a cabo en una sala multimedia de la Coordinación de Recursos de Apoyo a la Práctica Académica (CRAPA) de la FES Iztacala, que cuenta con espacio alfombrado para 30 personas y equipo completo para presentaciones utilizando cañón y un pintarrón.

Materiales:

Se utilizaron formatos de registro y lápices para la dinámica de "autógrafos". Para la dinámica de "el sistema inmunológico" se utilizaron 4 juegos de gafetes con las siguientes leyendas: "persona", "enfermedad", "VIH" y "sistema inmunológico". Para la dinámica de "transmisión del VIH" se utilizaron 20 juegos de 4 tarjetas cada uno con los colores violeta, verde, rosa y amarillo. Para la dinámica de "el rosa y el azul" se utilizaron hojas de rotafolio, marcadores e imágenes del hombre y la mujer. Se emplearon 4 presentaciones en Power Point que ilustran las temáticas sobre VIH/SIDA, el condón, sexualidad en la pareja, roles de género en nuestra cultura y modelos de comunicación asertiva. Para las sesiones de filmación se utilizaron casetes mini VD de 60 minutos de duración y un tripié.

Equipo:

Para las presentaciones en Power Point se utilizó una computadora Pentium III y un cañón ubicados en la CRAPA; para las sesiones de filmación del Aprendizaje Estructurado se utilizó una cámara de video digital SONY JVC, y

para codificar las filmaciones un televisor SONY de 19 pulgadas en el que se reprodujeron los videos directamente de la videocámara JVC. Para el análisis de los datos se utilizó un equipo de cómputo con Windows XP y el programa SPSS versión 10.0.

Diseño experimental

Se utilizó un diseño experimental pretest-postest con un grupo experimental y un grupo control. 31 participantes fueron asignados al grupo experimental y 19 al grupo control.

Variables

Variables dependientes

Patrón de comportamiento sexual, que incluye información sobre:

- Edad del debut sexual
- Planeación de la primera relación sexual (si, no)
- Lugar de la primera relación sexual (casa, auto, hotel, despoblado, calle)
- Preferencia sexual (homosexual, bisexual, heterosexual)
- Número de parejas sexuales en toda la vida
- Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses
- Frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos 3 meses

Uso del condón:

- Uso del condón en las relaciones sexuales en general
- Uso del condón en la última relación sexual
- Frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses
- Consistencia en el uso del condón

Además de éstas se definieron 2 habilidades conductuales de comunicación: *iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón* (Cuadro 1). Estas habilidades se retomaron del trabajo de Roth (1986) y se ajustaron a la temática de sexualidad.

Cuadro 1. Definición de variables de comunicación.

No.	HABILIDAD	COMPONENTES VERBALES	COMPONENTES NO VERBALES	DEFINICIÓN
1	Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	Pregunta abierta		Cualquier interrogación que iniciara con ¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿cuándo?, o alguna otra palabra seguida de un tema sobre sexualidad (p. ej. ¿qué piensas del condón?, ¿te gusta hablar sobre relaciones sexuales?, ¿has tenido relaciones sexuales?).
		Autorrevelación		Emisión verbal que expresa deseos, sentimientos y experiencias propias y que es iniciada por los pronombres yo, me, a mí.
		Retroalimentación		Emisión de verbalizaciones temáticamente relacionadas con el contenido de las palabras del hablante, o que denoten aceptación o desaprobación por parte del escucha. La retroalimentación no debe constituir una interrupción al hablante.
			Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
			Proximidad física	Distancia interpersonal no mayor ni menor a un paso. Dicha distancia deberá mantenerse el 80% del tiempo del episodio de interacción.
			Tono de voz	Audible a 2 m de distancia.
2	Negociar y llegar a un acuerdo	Identificar el conflicto en voz alta		La persona mencionará los puntos de vista que están en conflicto.
		Plantear la necesidad de un acuerdo		La persona en voz alta, deberá identificar los puntos del conflicto para presentar un compromiso viable (un compromiso en el cual el comportamiento de uno, queda supeditado al comportamiento del otro), insistiendo al interlocutor que haga lo mismo para obtener un acuerdo que satisfaga a ambos.
		Establecer una proposición y que la otra parte establezca la suya		La persona ejercerá presión para que la otra persona dé su punto de vista.
			Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
			Tono de voz	Audible a 2 m de distancia.

Variable Independiente

Se consideró como variable independiente el conjunto de estrategias que se utilizarán en el programa de intervención que contempla los siguientes elementos: 1) Información sobre aspectos epidemiológicos, sintomatología y

mecanismos de transmisión y prevención del VIH/SIDA; 2) Información, análisis y discusión sobre los roles de género en nuestra cultura; 3) Entrenamiento en el uso correcto y consistente del condón y 4) Entrenamiento en habilidades conductuales de comunicación sexual asertiva. A todo esto le denomina Taller de Comunicación Sexual en la Pareja y constituye el programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA.

Instrumentos de evaluación:

Se diseñó un instrumento de autoreporte con preguntas de opción múltiple para obtener información demográfica (sexo, edad, estado civil, etc.) y sobre el comportamiento sexual de los estudiantes (edad del debut sexual, parejas sexuales, uso del condón y frecuencia de las relaciones sexuales).

Para la evaluación de las habilidades de comunicación se utilizó el Test Analógico de Simulación (TAS) del aprendizaje estructurado propuesto por Goldstein (1973, 1981; y Goldstein y cols., 1976, 1980; citado en Roth, 1986), el cual se compone de el modelamiento, el juego de roles, retroalimentación y la transferencia del entrenamiento.

Para la evaluación del uso correcto del condón se utilizó la observación directa y por separado de la siguiente manera: sobre una mesa estaban dispuestos 20 condones de diferentes marcas y con distintas fechas de caducidad y un modelo de pene para la enseñanza, se le solicitaba al estudiante que eligiera el condón que él quisiera, lo colocara en el pene y después lo retirara. Posteriormente dos observadores entrenados analizaron los videos en forma independiente y registraron para cada sujeto la ocurrencia de cada uno de los siguientes pasos:

1. Revisa burbuja de aire en el condón
2. Revisa la 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 de 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

Medidas de las variables:

En la Tabla 1 se presenta el desglose de las medidas obtenidas para cada variable.

Tabla No. 1. Medidas del comportamiento sexual

VARIABLES	Tipo de respuesta	Escala	Medidas
<i>Patrón de comportamiento sexual:</i>			
Edad del debut sexual	Número	intervalo	Edad promedio del debut sexual en hombres y mujeres
Planeación de la primera relación sexual	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que planearon su primera relación sexual
Lugar de la primera relación sexual	1 ó 2	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Preferencia sexual	1, 2 ó 3	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Número de parejas sexuales en toda la vida	Número	intervalo	Número promedio de parejas sexuales
Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses	Número	intervalo	Número promedio de parejas sexuales

Variables	Tipo de respuesta	Escala	Medidas
Frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos 3 meses	Número	Intervalo	Frecuencia promedio
<i>Uso del condón</i>			
Uso del condón en las relaciones sexuales	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Uso del condón en la última relación sexual	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses	Número	Intervalo	Frecuencia promedio
Consistencia en el uso del condón	Número	intervalo	Índice de consistencia: resultado de la división de frecuencia del uso del condón /frec. rel sexuales

Las *habilidades de comunicación sexual* se midieron a través del Test Analógico de Simulación (TAS) descrito en el apartado de instrumentos. La medida concreta para cada habilidad fue la suma de los porcentajes asignados a cada componente de la habilidad en cuestión, de tal forma que al ocurrir correctamente todos los componentes la suma total que se obtiene es del 100%.

Procedimiento

Fase de Preevaluación

Las variables medidas con los instrumentos de autoreporte se evaluaron un día antes de la intervención en ambos grupos. La habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y la de negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón se evaluó sólo en el grupo experimental un día antes de que iniciara la intervención, a través de filmaciones individuales. En esta sesión se utilizó una dinámica de integración del grupo llamada “autógrafos” (véase **Anexo**), enseguida se hizo una exposición sobre los temas que se abordaron a lo largo del taller y posteriormente se aplicaron los instrumentos de evaluación y las filmaciones correspondientes. En una sala contigua a la del taller se pasó a los estudiantes de 2 en 2 para que fueran filmados primeramente en la habilidad de *iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad* y enseguida

en la habilidad de *negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón*. Estas habilidades se evaluaron sólo en el grupo experimental por las siguientes razones. Los sujetos de ambos grupos fueron elegidos al azar de una muestra de 691 estudiantes sexualmente activos que participaron en un estudio anterior, y que a su vez fueron asignados al azar a cada grupo, lo cual supone una igualdad o semejanza en los factores de confusión que pudieran intervenir en el estudio antes de iniciar la intervención.

Fase de Intervención

Esta fase se llevó a cabo en 8 sesiones consecutivas con una duración de 2 horas cada una. Las temáticas y dinámicas a seguir en cada una de ellas se presentan a continuación:

Sesión 1: Esta sesión se inició con una dinámica sobre el funcionamiento del Sistema Inmunológico del organismo humano (véase **Anexo**). Posteriormente se hizo una presentación en Power Point donde se abordó información relativa a 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. Al final se hizo una conclusión general de la sesión.

Sesión 2: Esta sesión inició con una dinámica sobre la transmisión del VIH/SIDA (véase **Anexo**). Posteriormente se abordaron temáticas sobre sexualidad en la pareja y roles de género en nuestra cultura, utilizando una dinámica llamada "El Rosa y el Azul" (véase **Anexo**) para ejemplificar dichos roles de género. Se formaron equipos de 5 integrantes y se llevó a cabo un juego de roles ejemplificando las relaciones de poder y toma de decisiones en la pareja a partir de propuestas hechas por los mismos participantes de cada equipo.

Sesión 3 y 4: Se hizo una presentación en Power Point en la que se abordaron 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. Posteriormente se llevó a cabo un entrenamiento sobre la forma correcta de colocar y quitar un condón, a través de un modelamiento y ensayo conductual. La sesión finalizó con una discusión sobre la importancia de usar el condón, no solamente de forma correcta, sino de manera consistente, es decir, en todas y cada una de las relaciones sexuales.

Sesión 5: Esta sesión inició con una conferencia (apoyada en Power Point) sobre el comportamiento asertivo, negociación en la pareja y toma de decisiones, describiendo sus características y sus diferencias con respecto a comportamientos agresivos y pasivos. A través de Juego de Roles en parejas se ejemplificó un modelo de comunicación asertiva, enfatizando el papel de los aspectos verbales (contenido de las emisiones lingüísticas de la pareja) y no verbales (proximidad física, volumen de voz, entonación de la voz, fluidez del habla, pausas, expresiones gestuales) de los comportamientos asertivos de ambos miembros de la pareja. Todos los integrantes del grupo participaron en el juego de roles y se cerró la sesión con una conclusión general.

Sesiones 6, 7 y 8: En estas sesiones se llevó a cabo el entrenamiento de las 2 habilidades de comunicación sexual asertiva a través de las cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado. Dicho entrenamiento se llevó a cabo bajo el siguiente procedimiento: 1. Presentación de la habilidad y discusión de sus componentes conductuales con el grupo de estudiantes. 2. Modelamiento *en vivo* de la integración de los componentes que definen la habilidad. 3. Práctica sistemática de la habilidad a través del juego de roles, seguida de retroalimentación y comentarios sobre la ejecución individual. 4. Se hicieron videograbaciones de todas las sesiones de intervención en las que se instrumentó el juego de roles, dando retroalimentación a cada participante por su ejecución en cada habilidad. 5. Planificación de las actividades que deberán practicarse en contextos naturales.

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. Las 2 habilidades de comunicación sexual asertiva se evaluaron tanto en el grupo experimental como en el control.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva sobre la conducta del uso correcto y consistente del condón, medida por medio de autoreporte y observación directa a través del Test Analógico de Simulación (TAS) (Roth, 1986), partiendo del supuesto que entrenando dichas habilidades se produciría una disminución en las conductas de riesgo. Se consideró el uso del condón en las relaciones sexuales en general, el uso del condón en la última relación sexual, y la consistencia del condón como conductas de riesgo de VIH/SIDA.

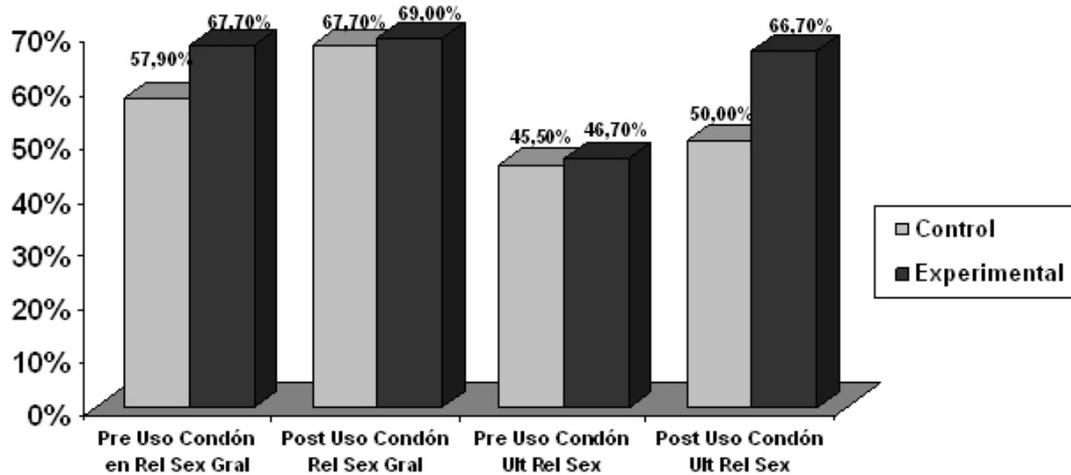
En primer lugar, antes de la intervención, se exploraron algunas variables descriptivas de ambos grupos, obteniéndose los siguientes resultados. En lo referente a sexo, en relación al grupo experimental (N= 31) el 32.3 % (10) eran hombres, mientras que el 67.7 % (21) eran mujeres; dentro el grupo control (N=19) el 26.3 % (5) eran hombres, y el 73.7 % (14) eran mujeres. Al aplicar la ji cuadrada no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo en estos grupos ($X^2=.198$, $p=.656$). En lo referente al estado civil, el 92% de los participantes reportaron estar solteros, sin haber diferencias significativas entre los grupos ($X^2= 2.880$, $p=.237$). En lo referente a la preferencia sexual el 94% reportó tener preferencia heterosexual, no mostrando diferencias significativas en este rubro entre los grupos ($X^2=2.859$, $p= .239$). El 90% de los sujetos reportó vivir con su familia, sin haber diferencias significativas entre los grupos ($X^2=1.283$, $p=.527$). En la planeación de la primera relación sexual, en el grupo experimental el 51.9% (14) reportó no haber planeado su primera relación sexual; en el grupo control el 54.5% (6) reportó no haber planeado su primera relación sexual; no se mostraron diferencias significativas ($X^2=.023$, $p= .880$). En el lugar de la primera relación sexual, del grupo experimental el 65.4% (17) reportó haber tenido su primera relación sexual en casa, mientras que el grupo control el 81.8% (9) reportó haber tenido su primera relación sexual en casa, sin mostrar diferencias significativas ($X^2=4.729$, $p= .450$). Los resultados

indican que los grupos fueron homogéneos en dichas variables antes de la intervención.

De manera específica se presentan a continuación los resultados obtenidos en las variables de interés del presente estudio como son el uso del condón en las relaciones sexuales en general y en la última relación sexual, la consistencia del uso del condón en pre y postevaluación, así como también los resultados de las habilidades de comunicación (iniciar y mantener una conversación sexual y negociar el uso del condón). Se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes para comparar las medias de los grupos experimental y control en lo referente a la consistencia en el uso del condón, así como para las habilidades de comunicación ya mencionadas. Por medio de la prueba *t* de Student para muestras relacionadas se compararon las medias del grupo experimental en pre y postevaluación referente a la consistencia del uso del condón, del mismo modo para el grupo control. Se aplicó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas para comparar las medias de los resultados en la consistencia del uso del condón dentro del grupo experimental y dentro del grupo control. Se compararon los dos grupos en las habilidades de comunicación en postevaluación por medio de la prueba *t* de Student para muestras independientes, y el grupo experimental se comparó por medio de la prueba *t* de Student para muestras relacionadas en las habilidades de comunicación en pre y postevaluación. Por último, se aplicó la *r* de Pearson para determinar la correlación entre las variables de la consistencia en el uso del condón con las habilidades de comunicación en ambos grupos.

Durante la fase de preevaluación en lo referente al uso del condón en las relaciones sexuales en general, los resultados indican que no hubo diferencias significativas entre los grupos ($X^2=.496$, $p=.481$). En la fase de postevaluación, en el mismo rubro, los grupos tampoco muestran diferencias significativas ($X=0.27$, $p=.869$). Para el caso del uso del condón en la última relación sexual los resultados obtenidos por los grupos en la fase de preevaluación señalan que no hay diferencias significativas entre los mismos ($X^2=.005$, $p=.945$). Ya en la fase de postevaluación, dentro de este mismo rubro, los resultados no muestran diferencias significativas entre los grupos ($X^2= 1.028$, $p=.311$), sin

embargo hubo un incremento importante en el porcentaje de sujetos del grupo experimental (Gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentajes de los grupos control y experimental por conductas de riesgo en preevaluación y postevaluación.

Los resultados de la consistencia del uso del condón para ambos grupos en la fase de preevaluación no fueron significativos al aplicarse la *t* de Student para muestras independientes (control = .46, experimental = .55; $t = .600$ $p = .553$). Para la fase de postevaluación, al comparar a los grupos los resultados muestran diferencias importantes, pero no significativas (control = .48; experimental = .72; $t = 1.800$ $p = .082$), mostrando un incremento en la consistencia por parte del grupo experimental en la postevaluación. Por otro lado, al comparar la consistencia del uso del condón en la preevaluación y postevaluación dentro del grupo experimental no se encontraron diferencias significativas ($t = -.346$ $p = .734$). De igual modo, al comparar la consistencia del condón en el grupo control tampoco se encontraron diferencias significativas ($t = 1.042$ $p = .325$). Estos resultados sugieren que el entrenamiento en el uso correcto del condón pudieran haber tenido efecto en el grupo experimental, en la consistencia, aunque sin llegar a ser significativos (Tabla 1).

	Consistencia Uso del condón Preevaluación	Consistencia uso del condón Postevaluación	t muestras relacionadas
Control	.46	.48	$t= 1.042 p= .325$
Experimental	.55	.72	$t= -.346 p= .734$
t muestras independientes	$t= .600 p= .553$	$t= 1.800 p= .082$	

Tabla 1. Consistencia del uso del condón por grupos control y experimental.

Para las habilidades de comunicación sexual asertiva, al comparar ambos grupos en la fase de postevaluación por medio de la prueba *t* de Student para muestras independientes, en la habilidad de iniciar y mantener una conversación sexual, los resultados muestran diferencias significativas ($t=2.841$ $p=.007$), siendo mayor el porcentaje del grupo experimental (93.7%) respecto al grupo control (80.3%). En la habilidad negociar el uso del condón, los grupos también muestran diferencias significativas ($t=3.069$ $p=.004$), con un mayor porcentaje para el grupo experimental (75.3%) respecto al grupo control (60%). Y para el porcentaje de respuestas correctas en el uso del condón los resultados son también significativos ($t=9.763$ $p=.000$), mostrando los efectos del entrenamiento en el uso correcto del condón en el grupo experimental (86.4%) respecto al grupo control (53.3%) (Tabla 2).

		Media	Desviación Estándar	t	p
Iniciar y mantener una conversación sexual	Grupo Control	80.31	20.14	2.841	0.007
	Grupo Experimental	93.70	13.24		
Negociar el uso del condón	Grupo Control	60.00	16.41	3.069	0.004
	Grupo Experimental	75.32	17.55		
Uso correcto del condón	Grupo Control	53.33	15.39	9.763	0.000
	Grupo Experimental	86.46	7.97		

Tabla 2. Media de las habilidades de comunicación y uso correcto del condón de los grupos control y experimental y su grado de significancia en la postevaluación.

Al hacer la comparación de preevaluación a postevaluación dentro del grupo experimental en las habilidades de comunicación, en la habilidad iniciar y mantener una conversación sexual, el porcentaje en la preevaluación fue de 88.5% y en la postevaluación de 93.5%, sin que los resultados mostraran diferencias significativas ($t=-1.394$ $p=.174$). En la habilidad negociar el uso del condón, los resultados tampoco muestran diferencias significativas ($t=-.996$

$p=.327$), pues en la preevaluación el porcentaje fue de poco más de 71% y en la postevaluación fue de 75%. Mientras que para el porcentaje de respuestas correctas en el uso del condón los resultados son significativos ($t=-18.464$ $p=.000$), al obtenerse en la postevaluación un porcentaje de poco más de 86% a diferencia de la preevaluación que fue de 43% (Tabla 3).

		Media	Desviación Estándar	<i>t</i>	<i>p</i>
Iniciar y mantener una conversación sexual	Preevaluación	88.53	17.07	-1.394	.174
	Postevaluación	93.51	13.42		
Negociar el uso del condón	Preevaluación	71.16	19.05	-.996	.327
	Postevaluación	75.00	17.76		
Uso correcto del condón	Preevaluación	43.00	13.54	-18.46	.000
	Postevaluación	86.45	7.97		

Tabla 3. Media de las habilidades de comunicación y uso correcto del condón dentro del grupo experimental y su grado de significancia.

Por último, para determinar la correlación entre las variables de la consistencia del uso del condón y las habilidades de comunicación (iniciar y mantener una conversación sexual, y negociar el uso del condón), así como usar correctamente el condón se aplicó la *r* de Pearson tanto para el grupo experimental como el grupo control. Los resultados muestran que ninguna de las habilidades de comunicación se correlacionan con la consistencia del uso del condón, únicamente se encuentra una correlación significativa entre la habilidad de negociar el condón con el uso correcto del condón ($r=.461$ $p=.009$) (Tabla 4). Para el grupo control no se encontró ninguna correlación significativa en ninguna de las variables

		Consistencia Uso del condón Post	Iniciar y mantener una conversación sexual Post	Negociar el uso del condón Post	Respuestas correctas del uso del condón
Consistencia Uso del condón Post	<i>r</i> de Pearson <i>p</i> <i>N</i>	1.000 . 17	-.147 .574 17	-.169 .517 17	-.162 .535 17
Iniciar y mantener una conversación sexual Post	<i>r</i> de Pearson <i>p</i> <i>N</i>		1.000 . 31	.354 .051 31	.092 .621 31
Negociar el uso del condón Post	<i>r</i> de Pearson <i>p</i> <i>N</i>			1.000 . 31	.461** .009 31
Respuestas correctas del uso del condón	<i>r</i> de Pearson <i>p</i> <i>N</i>				1.000 . 31

Tabla 4. Tabla de correlación *r* de Pearson de la consistencia del uso del condón y de las habilidades de comunicación, en el grupo experimental.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluaron los efectos de un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva, así como el uso correcto del condón sobre la consistencia en el uso del condón en una muestra de 50 estudiantes universitarios de nivel superior, los cuales presentaban inconsistencia en el uso del condón. Se conformó un grupo control y un grupo experimental con 19 y 31 participantes respectivamente.

Dentro de la intervención se dio información sobre la epidemiología, sintomatología y mecanismos de transmisión y prevención del VIH/SIDA, análisis y discusión sobre los roles de género, se dio un entrenamiento en el uso correcto y consistente del condón, así como un entrenamiento en habilidades conductuales de comunicación sexual asertiva. La medición de las variables uso del condón en relaciones sexuales en general y uso del condón en la última relación sexual se midieron por medio de autoreportes, mientras que la conducta del uso correcto del condón por observación directa, e iniciar y mantener una conversación sexual y negociar el uso del condón se midieron a través de la observación directa mediante el Test Analógico de Simulación (TAS) (Roth, 1986). La consistencia del uso del condón se evaluó dividiendo el número de veces que se usó el condón sobre el número total de actos sexuales durante los últimos tres meses (Diclemente y Wingood, 1995).

Como menciona Crosby (1998), medir la conducta del uso del condón es altamente problemática, y los problemas típicos tales como los sesgos de los autoreportes, sesgos en la participación, problemas de confiabilidad test-postest, la deseabilidad social y errores en la memoria pueden resultar en el sesgo de los datos, al emplearse autoreportes para medir la conducta del uso del condón. Respecto a esto, acerca de la validez de los autoreportes Fishbein y Pequegnat (2000) mencionan que aunque la validez de los autoreportes está apoyada por evidencia disponible, se debe reconocer que no hay un método aceptable que pueda ser usado para validar lo autoreportes de la actividad sexual, la cual se ha buscado por medio de cinco formas que los investigadores

han tratado de dar validez, comparando los autoreportes con medidas objetivas como son: 1) biológicas o bioquímicas; 2) registros oficiales; 3) poder; y 4) diarios conductuales y 5) los resultados obtenidos en diferentes tiempos. En este sentido Geary et al. (2003), al buscar una manera de evitar dichos sesgos de respuestas, propone preguntar si se usó el condón en la última relación sexual, en lugar de preguntar si se ha usado el condón en las relaciones sexuales. En el presente estudio se resalta el hecho de que la evaluación de las habilidades de comunicación y el uso del condón fueron mediante la observación directa, con el fin de tener una medida sobre la conducta del uso correcto del condón y de las habilidades de comunicación más sensible, a diferencia de algunos de los estudios revisados en la presente investigación (Kim et al, 1997; Nelly y Kallichman, 2002; St. Lawrence, et al., 1995; Singh,2003; El Bassel et al., 2003), los cuales se mencionó que la mayoría de ellos utilizaban el autoreporte como la única forma de obtener información sobre la conducta del uso y consistencia del condón.

Los resultados obtenidos en lo referente al uso del condón en las relaciones sexuales en general y en la última relación sexual en la muestra evaluada mostraron que no hubo diferencias significativas entre los grupos en ambas variables. Los resultados más notorios se encontraron en el reporte de la última relación sexual por parte del grupo experimental, observándose un incremento considerable en el porcentaje en la postevaluación. Aunque este incremento no fue significativo, se resalta que el reporte del uso del condón en la última relación sexual pudo deberse al entrenamiento del uso correcto del condón por parte de los participantes, y se confirma, por otro lado y de acuerdo con Geary et al. (2003), que el preguntar por el uso del condón en la última relación sexual puede aminorar las fallas en la memoria en el reporte del uso del condón.

En lo referente a la consistencia del uso del condón los resultados, aunque no significativos, sí fueron importantes en la postevaluación al compararse los grupos, observándose una mayor puntuación por parte del grupo experimental. La comparación dentro del grupo experimental mostró un incremento en la consistencia del uso del condón, y aunque tampoco fue significativo, y al igual que en el rubro de la última relación sexual, este incremento pudo deberse al

entrenamiento en el uso correcto del condón, lo que puede ser una bondad del entrenamiento de dicha habilidad. Como punto importante sería el considerar que el entrenamiento se llevó en un período corto de tiempo, por lo que las diferencias entre pre y postevaluación no mostraran diferencias en la consistencia. De los resultados acerca de la consistencia del uso del condón de otros estudios, se destacan aquellos que han realizado intervenciones en el plano conductual como en el meta-análisis realizado por Kelly y Kalichman (2002) en la que sobresalen aquellos estudios que han implementado entrenamiento en habilidades conductuales como el uso del condón, tal como en el estudio de Padian, O'Brien, Chang, Glass y Francis (1993, citado en Kelly y Kalichman, 2002), quienes encontraron que las parejas que habían recibido la intervención, que incluía educación en la conducta de riesgo, modelamiento del uso del condón, juegos de roles en la pareja, reportaban haber incrementado en un 88% la consistencia del condón en comparación al 49% de la línea base. Así mismo, en el estudio realizado por St, Lawrence et al. (1995) los resultados obtenidos por el grupo que recibió entrenamiento en habilidades como el uso correcto del condón, habilidades de comunicación y asertividad por juego de roles, fueron quienes redujeron en gran medida sus conductas de riesgo, así como el mantenimiento de los resultados, en comparación con los del grupo control; sin embargo el estudio no hace referencia a la evaluación de la conducta del uso correcto del condón. Singh (2003) en su estudio obtuvo resultados favorables sobre la conducta reducción de riesgo al entrenar uso correcto del condón y al entrenar habilidades de negociación del mismo, no obstante no evaluó la conducta del uso del condón de manera directa sino por medio de un cuestionario. Estos datos pueden confirmar los efectos del entrenamiento del uso del condón y sus efectos sobre las conductas seguras o preventivas, aunque la habilidad entrenada no haya sido medida de manera directa en esos estudios.

Sobre los resultados acerca de las habilidades de comunicación se destaca que el entrenamiento en dichas habilidades mostraron diferencias significativas en el porcentaje entre el grupo control y experimental. Sin embargo, las diferencias no fueron significativas al compararse los resultados dentro del grupo experimental en la preevaluación y en la postevaluación, lo que sugiere

que los participantes ya contaban con algunas habilidades de comunicación en la preevaluación, por lo que la importancia del entrenamiento en el uso del condón cobra mucha importancia al observar que el incremento en la consistencia del uso del condón y el uso del mismo en la última relación sexual pudo haberse debido a dicho entrenamiento, a diferencia de las habilidades de comunicación. Es decir, los participantes pudieron haber reportado el uso del condón más por la habilidad entrenada para usarlo correctamente que por las habilidades de comunicación. En este sentido se puede mencionar que las habilidades de comunicación requieran de más tiempo para entrenarlas, así como para desarrollarlas y ejecutarlas en un ambiente natural e interpersonal, a diferencia de la habilidad del uso correcto del condón, la cual sólo puede requerir un ensayo para su entrenamiento. En relación a las habilidades de comunicación entrenadas y en vista de que la ejecución no llegó al 100%, se debe de tomar a consideración el hecho de las sesiones de entrenamiento fueron consecutivas y no semanalmente, cuestión que el aprendizaje estructurado propone como ideal para que los participantes tengan la oportunidad de practicarlos en escenarios reales, además que para pasar al entrenamiento de una nueva habilidad se debió de haber cumplido al 100% al habilidad antecedente.

En donde se observaron efectos más importantes fue en la habilidad para usar correctamente el condón dentro del grupo experimental al mostrar un incremento en el porcentaje de respuestas correctas de dicha habilidad, siendo de 43% en preevaluación y de 86% en postevaluación. Al correlacionar las habilidades de comunicación con la consistencia del uso del condón y las respuestas correctas del uso del condón se muestra que la habilidad de usar correctamente el condón se correlacionó con la habilidad para negociar el uso del condón, lo que sugiere que el saber usar el condón correctamente podría significar el poder negociarlo. Mientras que la habilidad de iniciar y mantener una conversación sexual no muestra ninguna correlación con la consistencia del uso del condón, el uso correcto del condón y con la negociación del condón. Esto que sugiere que el iniciar y mantener una conversación sexual no sea una condición para el uso correcto y consistente del condón, así como que el poder iniciar una conversación sexual no significa que se pueda negociar el

uso del condón. Un estudio similar al presente fue el llevado a cabo por Tulloch (2004) en el cual se realizó el juego de roles en las habilidades de comunicación sin haber mostrado un incremento en la consistencia del uso del condón, a diferencia de los resultados expuestos en este estudio sobre dicha variable, de los cuales se puede deducir que los efectos sobre el uso consistente del condón pueden ser más efectivos si se incluye un entrenamiento en el uso del condón. Un aspecto importante en el presente estudio es el hecho que, a partir de la correlación mostrada, el saber usar correctamente el condón pudo haber facilitado el aprendizaje de la habilidad para negociar. Este aspecto puede tener un efecto importante respecto a los roles de género de los participantes hombre y mujeres, sobre todo de éstas últimas, pues como se revisó en la literatura son éstas quienes pueden estar en desventaja en la toma de decisiones en el plano sexual y sobre el uso del condón (Choi et al, 2004; Allen, 2003; Martínez-Donate et al, 2004; Wingood y DiClemente, 1999; Noar et al, 2002; Navarro-Perstusa y Ubillos, 2003; Singh, 2003) y el contar con éstas habilidades puede tener efectos con las conductas de prevención del riesgo. En este sentido, son varios los estudios que han señalado la importancia de brindar a las mujeres las habilidades necesarias de comunicación sexual asertiva con el fin de cuidar de su propia salud, integridad y brindarles mayor poder en la relación (Choi et al., 2004; Noar et al, 2002; Raj, Mukherjee y Leviton, 1999; Somalí et al., 1998; Wingood y DiClemente, 1999) con lo cual, a partir de los resultados expuestos aquí, podría enfatizarse en intervenciones posteriores sobre cuestiones relacionadas con el género y el uso del condón, es decir sobre aspectos de los roles de género, relaciones de poder, asertividad, asertividad sexual, negociación del uso del condón enfatizando un papel más activo por parte de la mujer en el cuidado de su salud.

En el presente estudio se subrayó la importancia del entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva y el entrenamiento en el uso correcto y consistente del condón en la prevención y la reducción de riesgo de VIH/SIDA. De los efectos más sobresalientes se destaca el entrenamiento en el uso del condón al ser éste eficaz en la mejora de la ejecución en la postevaluación. Los resultados mostraron que los participantes del grupo

experimental incrementaron la consistencia del uso del condón, así como el reporte de su uso en la última relación sexual. De las habilidades de comunicación, el negociar el uso del condón se correlacionó con el uso correcto del mismo, mientras que la habilidad para iniciar y mantener una conversación sexual no se correlacionó con ninguna de las demás variables estudiadas. Sin embargo se debe seguir haciendo hincapié en la importancia de las habilidades de comunicación en la prevención del VIH/SIDA, aunado al entrenamiento del uso correcto del condón, para que este se lleve a cabo de manera consistente en encuentros sexuales, ya sean estables u ocasionales, tomando en cuenta que su uso es más probable en parejas casuales que en parejas estables (De Visser y Smith, 2001) por lo que se debería trabajar en tales aspectos como la confianza o desconfianza en la pareja (ocasional o estable) al ser negociado el uso del condón, variables cognitivas y habilidades de comunicación que pueden ser determinantes en el no uso del condón (Abdullah et al., 2002; Oncale y King, 2001).

Los resultados expuestos muestran la eficacia del entrenamiento del uso correcto del condón con respecto a la consistencia, al uso en la última relación sexual y a la negociación del mismo. En lo referente a las habilidades de comunicación se mostró un incremento dentro del grupo experimental, sin embargo estas no se correlacionaron con la consistencia del uso del condón, lo que sugiere que pueden ser otras variables las que puedan intervenir en la consistencia del condón. Para futuras investigaciones se propone que se continúe con el trabajo en el entrenamiento del uso correcto del condón, así como en las habilidades de comunicación sexual asertiva, asegurando la adquisición de dichas habilidades por parte de los participantes por medio de la observación directa brindando así una medida más fiable en su evaluación, y las cuales pudieran fungir como predictores del uso correcto y consistente del condón. Se propone también llevar a cabo el entrenamiento de dichas habilidades con una semana de espacio entre sesiones que permita a los sujetos llevar a cabo la habilidad entrenada en situaciones reales, como lo propone el Test Analógico de Simulación (TAS) (Roth, 1986) pues en el presente las sesiones fueron seguidas, pudiendo ser un impedimento para llevarlas a cabo en dichos escenarios.

Por último, los resultados aquí expuestos señalan la necesidad de continuar con el trabajo acerca de brindar información sobre el VIH/SIDA, su etiología, epidemiología, formas de transmisión y de prevención, apoyada siempre (en la medida de lo posible) por el entrenamiento en el uso correcto y consistente del condón, pues siendo ésta una habilidad dentro del repertorio de la persona pudiera ser una condición determinante de su uso, como el incremento que se mostró en el reporte de la última relación sexual en el grupo experimental. Así mismo, se enfatiza en realizar una evaluación conductual del uso del condón, como una medida más sensible sobre dicha conducta, apuntalando así las medidas de autoreporte y paliando posibles sesgos de respuesta. Para ello el papel de juego de roles y su evaluación es un elemento que brinda mayor sensibilidad sobre la(s) conducta(s) entrenada(s). A la par del entrenamiento en el uso correcto y consistente del condón, se destaca seguir con el entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva, pues aunque en el presente estudio no se mostraron efectos positivos en relación con la consistencia, la literatura respalda el papel que aquella cumple en la conducta sexual, específicamente con las conductas de sexo seguro. Dentro de este plano, sería importante considerar cuestiones del papel del género en la negociación del uso del condón, asertividad y comunicación, pues como también señala la literatura revisada el uso del condón puede estar supeditado a cuestiones relacionadas con el tipo de relación de pareja (estable u ocasional) y el género. De lo contemplado en el entrenamiento se propone llevar el entrenamiento en sesiones más separadas una de las otras, con el fin de que los participantes tengan oportunidad de llevar a cabo las habilidades entrenadas en situaciones reales.

Dinámica “El Rosa y el Azul”

Para llevar a cabo esta dinámica se agrupa a los educandos en equipos de cuatro personas (ya sea numerándose del 1 al 4 o entregando alguna seña que los distinga). A cada uno de los equipos el alumno adjunto les pedirá que de un sobre saquen una carita al azar. Después tienen que ponerle un nombre. Cada miembro del equipo en turno, tiene que mencionar por turno dos características que tenga la persona que representa la carita (cuidando de no repetir las que ya mencionaron). Por ejemplo, deben decir “se llama Pedro y es... fuerte y agresivo”, para el modelo del hombre; y para el de la mujer “se llama Adriana y es... bonita y cariñosa”. Todas las características mencionadas por los educandos van anotándose en dos láminas, unas para la mujer y la otra para las del hombre. Esta dinámica requiere de un tiempo de entre 15 a 20 minutos aproximadamente o dependiendo también del número de participantes.

Bibliografía

- Abdullah, A. S.M., Fielding, A., Hedley, J.A., Ebrahim, S.H. & Luk, Y.K. (2002). Reasons for not using condoms among the Hong Kong Chinese population: implications for HIV and STD prevention. *Sex Transm Infect*, 78:180-184.
- Alarcón, D. & Ponce de León, S. (2003). *El SIDA en México: veinte años de la epidemia*. México: El colegio de México.
- Allen, L. (2003). Power talk: young people negotiating (hetero) sex. *Women's Studies International Forum*, 26(3): 235-244.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 0, 33-50.
- Camacho, E. (2000). Evolución natural de la infección por VIH. En S. Ponce de León & S. Rancel (Eds) *SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Carter, A.J., McNair, D.L. & Corbin, R. W. (1999). Gender differences related to heterosexual condom use: the influence of negotiation styles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25: 217-225.
- Castro, R. & Leyva, R. (2002). México. En K. McElrath (Ed). *HIV and AIDS. A global view*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Castro-Vazquez, G. (2000). Masculinity and condom use among mexican teenagers: The Escuela Nacional Preparatoria No. 1's case. *Gender & Education*, 12(4).
- CENSIDA (2005a). Categorías de transmisión. Obtenido el día 29 de septiembre de 2005 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- CENSIDA (2005b). El condón en la prevención por VIH. Obtenido el 25 de Junio de 2005 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- CENSIDA (2005c). El SIDA en cifras, 2005. Obtenido el día 5 de Marzo de 2006 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- CENSIDA (2005d). Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. 30 de Junio de 2005. Obtenido el día 5 de Marzo de 2006 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- CENSIDA (2005e). Tema fundamental de salud pública. Obtenido el 25 de Junio de 2005 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>

- Choi, K., Wojcicki, J. & Valencia, D. (2004). Introducing and Negotiating the use of female condoms in sexual relationships: Qualitative Interviews with womens attending a family planning clinic. *AIDS and behavior*, 8(3): 251-261.
- CONASIDA (1998). CONASIDA Informa. Obtenido el día 20 de junio de 2005 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- Condón.pon (2005). Historia del condón. Obtenido el 26 de Junio de 2005 desde <http://www.condonpuntopon.com/>
- Del Amo, J. (1999). *El SIDA y la mujer. Aspectos clínicos y sociales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- De Visser, R. & Smith, A. (2001) Relationship between sexual partners influences rates and correlates of condom use. *AIDS Education and prevention*. 13(5): 413-427.
- Díaz-Loving, R., Pick, W. S. & Andrade, P. P. (1988). Obediencia, asertividad y planeación al futuro como precursores de comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes. México: Psicología Social en México.
- Díaz, R., Flores, M., Rivera, S., Andrade, P., Ramos, L. y Villagrán, G. (1999). La perspectiva psicosocial: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios. En: R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México – Facultad de Psicología.
- DiClemente, R. J. & Wingood, G. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk-reduction intervention for young African-American women. *Journal of the American Medical Association*, 274(16): 1271-1276.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., et. Al. (2001). Condom carrying is not associated with condom use and lower prevalence of sexually transmitted diseases among minority adolescent females. *Sexually transmitted diseases*, 28 (8): 444-447.
- Enríquez, N. D. & Sánchez, M.R. (2004). Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios. *Tesis de licenciatura no publicada*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Espada, S. & Quiles, J. (2002). *Prevenir el sida: guía para padres y educadores*. Madrid: Pirámide.

- Florencia, M.A, Villaseñor, M & Celis de la Rosa, A. (2002). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Médica IMSS*. 40 (1):35-41.
- Fortuna, C. (2000). La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el niño. Aspectos sociofamiliares. En S. Yubero y E. Larraña. (Coord). *Sida: una visión multidisciplinar*. Cuenca: Ediciones de la Univesidad de Castellana-La Mancha.
- Geary, C.W., Tchupo, J.P., Johnson, L., Cheta, C. & Nyama, T. (2003). Respondent perspectives on self-report measures of condom use. *AIDS Education and Prevention*, 15(6):499-515.
- Gil, F., León, J. & Jarana, L. (1995). *Habilidades sociales y salud*. España: Pirámide.
- Grmek, M. (1992). *Historia del SIDA*. México: Siglo XXI Editores.
- Heymann, D., Chin, J. & Mann, J. (1990). A global Overview of AIDS. En N. Alexander, H. Gabelnick & J. Spieler, (Eds.) *Heterosexual transmission of AIDS*. New York: WILEY-LISS.
- Jonson, A. & Laga, M. (1990). Heterosexual transmisión of AIDS. En N. Alexander, H. Gabelnick & J. Spieler, (Eds.) *Heterosexual transmission of AIDS*. New York: WILEY-LISS.
- Kaslow, R. (1989). *The epidemiology of aids*. New York: Oxford University Press.
- Kelly, J. A. & Kalichman, S.C. (2002). Behavioral besearch in HIV/AIDS primary and secondary prevention: Recent advances und future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3): 626-639.
- Kim, N., Stanton, B., Li. X., Dickersin, K. & Galbraith, J. (1997). Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventios: a quantitative review. *Journal of Adolescent Health*, 20:204-215.
- Lam, A., Mak, A., Lindsay, P. & Russell, S. (2004). What really works? Exploratory study of condom negotiation strtategies. *AIDS Eductation and prevention*, 16(2): 160-171.
- Magis, C., Bravo, E. y Uribe, P. (2004). Dos décadas de la epidemia del SIDA en México. Centro Nacional de la Prevención y Control del SIDA. Obtenido el 10 de Junio de 2005 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- Magis, R. C., Bravo-García, E. y Uribe, Z.P. (2004). Dos décadas de la epidemia del SIDA en México. Centro Nacional de la Prevención y Control del SIDA. Obtenido el 10 de Junio de 2005 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>

- Martínez, A., Hovell, M., Blumberg, E., Zellner, J., Sipan, C., Shillington, A. & Carrizosa, C. (2004). Gender differences in condom-related behaviors and attitudes among mexican adolescents living on the U.S.-Mexico border. *AIDS education and prevention*, 16(2): 172:186.
- Moore, S. & Rosenthal, D. (1993). *Sexuality in adolescence*. London and New York: Routledge.
- Nájera, R. (2000). El virus del sida. Hoy y hace diez años. En S. Yubero y E. Larraña. (Coord). *Sida: una visión multidisciplinar*. Cuenca: Ediciones de la Univesidad de Castellana-La Mancha.
- Navarro, E. & Landa, S. (2003). Diferencias de género en motivación sexual: implicaciones para la prevención del VIH-SIDA en adolescentes heterosexuales. *Publicación Oficial de la Sociedad española Interdisciplinaria del SIDA*, 14(5).
- Noar, S., Morokoff, P. & Redding, C. (2002). Sexual Assertiveness in heterosexually active men: a test of three samples. *AIDS education and prevention*, 14(4): 330-342.
- Oncale, R.M. & King, B.M. (2001). Comparision of men's and women's attems to dissuade sexual partners from the couple using condoms. *Archives of Sexual Behavior*, 30:(4). 379-391.
- Ponce de León, S. & Rangel, S. (2000). *SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Posner, S., Pulley, L., Artz, L., Cabral, R. & Macaluso, M. (2001). Psychosocial factors associated with self-reported male condom use among women attending public health clinics. *Sexually Trasmitted diseases*, 28 (7):387-393.
- Raj, A., Mukherjee, S. & Leviton, L. (1999). Insights for HIV prevention from isdustrialized countries"experiences. En L. Gibney, R. DiClemente & S. Vermund (Eds.) *Preventing HIV in developing countries*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Rimm, D. (1980). *Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Either, K., Ches, J., Miller, K., & Pappas-Delucas, K. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34:3-26.

- Roth, E. (1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.
- Roth, J., Krishnan, S. & Bunch, E. (2001). Barriers to condom use: results from a study in Mumbai (Bombay), India. *AIDS Education and prevention*, 13(1): 65-77.
- Sepúlveda, J., Fineberg, H. & Mann, J. (1993). *Sida: Su prevención a través de la educación. Una perspectiva mundial*. México: El Manual Moderno.
- SICO (2005). Proceso de producción. Obtenido el 26 de junio de 2005 desde <http://www.sico.com.mx/fabricación2.htm>
- Singh, S. (2003). Study of effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behaviour in female university students. *AIDS Care*, 15(1): 77-76.
- Somlai, A., Kelly, J., McAuliffe, T., Gudmundson, J., Murphy, D., Sikkema, K. & Hackl, K. (1998). Role play assessments of sexual assertiveness skills: relationships with HIV/AIDS sexual risk behavior practices. *AIDS and behavior*, 2(4): 319-327.
- St. Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Jefferson, K.W., Alleyne, E., O'Bannon III, R. E. & Shirley, A. (1995). Cognitive-Behavioral intervention to reduce african american adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2:221-237.
- Tanquary, C. & Hull, I. (1990). Condoms: overview of technology, materials and development. En N. Alexander, H. Gabelnick & J. Spieler (Eds.) *Heterosexual transmission of AIDS*. New York: WILEY-LISS.
- Tulloch, H., McCaul, K., Miltenberger, R. & Smyth, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52(6): 263-267.
- Villaseñor, A., Caballero, R., Hidalgo, A. & Santos, J. (2002). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45 (s1): 73-80.
- Weiss, R. & Weiss, H. (2001). The emergence of human immunodeficiency viruses and AIDS. En G. Smith, L. Irwing, W. McCauley & J. Bowlands (Eds.) *New Challenges to health: the threat of virus infection*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Wingood, G. & DiClemente, R. (1999). The use of psychosocial models for guiding the design and implementation of HIV prevention interventions: translating theory

into practice. En L. Gibney, R. DiClemente & S. Vermund (Eds.) *Preventing HIV in developing countries*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Zamboni, D., B., Crawford, I. & Williams, P. (2000). Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 12 (6): 492-504.

ANEXOS

Test Analógico de Simulación (TAS) para la evaluación de las habilidades de comunicación sexual asertiva.

No.	HABILIDAD	COMPONENTES VERBALES	COMPONENTES NO VERBALES	DEFINICIÓN
1	Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	Pregunta abierta		Presencia o ausencia. Valor: 16.7%
		Autorrevelación		Presencia o ausencia. Valor: 16.6%
		Retroalimentación		Presencia o ausencia. Valor: 16.6%
			Contacto visual	La misma descripción señalada anteriormente. Valor: 16.7%
			Proximidad física	Presencia o ausencia. Valor: 16.7%
			Tono de voz	Se oye o no a 2 metros de distancia. Valor: 16.6%
2	Negociar y llegar a un acuerdo	Identificar el conflicto en voz alta		Presencia o ausencia. Valor: 10%
		Plantear la necesidad de un acuerdo		Presencia o ausencia. Valor: 10%
		Establecer una proposición y que la otra parte establezca la suya		Presencia o ausencia. Valor: 15%
		Obtener una conclusión o un acuerdo		Presencia o ausencia. Valor: 15%
			Contacto visual	La misma descripción señalada anteriormente. Valor: 25%
			Tono de voz	Se oye o no a 2 metros de distancia. Valor: 25%

Dinámica de autógrafos

Los objetivos de la dinámica:

- Facilitar los procesos para conocerse en grupos grandes.
- Disminuir la ansiedad experimentada al principio de una sesión de entrenamiento.

Materiales:

- Hoja de autógrafos
- Lápiz para cada participante
- Un salón bien iluminado

Duración: 30 minutos

Desarrollo de la dinámica:

1. El instructor menciona los objetivos de la actividad, señalando que sea un ejercicio útil y divertido.
2. Luego distribuye una copia de la Hoja de trabajo y un lápiz a cada participante y los instruye para que sigan las instrucciones.
3. El instructor les informa que tienen 5 minutos para elegir categorías.
4. Posteriormente, les informa que tendrán 20 minutos para conseguir los autógrafos para cada categoría seleccionada.
5. Cuando casi todos los participantes han cumplido con la tarea, el instructor les dice que el tiempo se acabó y termina la actividad. Cualquier participante que le falte un autógrafo puede pedirle ayuda a todo el grupo a encontrar a una persona que se lo dé.
6. Se hace una reflexión acerca de lo ocurrido en la dinámica. Máximo 10 minutos.

HOJA DE TRABAJO**EJERCICIO AUTÓGRAFOS**

INSTRUCCIONES: Elija diez de los temas siguientes, poniendo una x enfrente de ellos. Durante la fase de búsqueda de autógrafos, entrevistará a la gente hasta hallar a las que caigan dentro de las diez condiciones o categorías que ha elegido. Entonces pedirá su autógrafo, para ponerlo en el espacio adecuado. Deberá tener los diez autógrafos, en cada una de las categorías elegidas.

	1. Cree que el presidente lo ha estado haciendo bien.	
	2. Nació bajo el mismo signo astral	
	3. Prefiere trabajar solo	
	4. le gusta vivir	
	5. Le gusta leer poesía	
	6. Me parece atractivo	
	7. Su jefe es mujer	
	8. Vive solo	
	9. Lo asusto	
	10. Cree en lo mágico	
	11. Le gusta la jardinería	
	12. Es nuevo en su trabajo	
	13. Parece ser amigable	
	14. Dirige a otros	
	15. Defiende la apertura	
	16. Toca un instrumento musical	
	17. Trabaja los fines de semana	
	18. Disfruta la competencia	
	19. Duerme en una cama de agua	
	20. Maneja un auto deportivo	

Dinámica del Sistema Inmunológico

Los Objetivos de la dinámica son:

Aprender cómo el VIH destruye el sistema inmunológico para que las enfermedades que son sencillas se conviertan en graves.

Conocer más acerca de cómo se transmite el VIH.

Ser de explicar las diferencias entre tener VIH y tener SIDA.

Instrucciones:

1. El instructor deberá leer los objetivos de la dinámica.
2. Deberán formarse equipos de 6 personas para realizar un juego de roles.
3. El alumno ayudante, deberá asignar al azar los 6 roles (narrador, persona, enfermedad, dos serán sistema inmunológico, y uno para el VIH) otorgándoles su gafete, y señalando que deben quedar visibles para la audiencia.
4. El instructor deberá entregarle a la persona que funja como narrador el guión que leerá a la audiencia y en donde se explica como funciona el sistema inmunológico. El narrador deberá decirles a los otros participantes como es que deberán representar su papel y en qué momento entran en escena.

Dinámica de Transmisión del VIH/SIDA

Cambio de tarjetas

Objetivos

Conocer cómo es que la gente se infecta del VIH e infecta a otros

Conocer como es que una persona infectada quien a tenido relaciones sexuales no protegidas o ha compartido jeringas no esterilizadas o nuevas puede:

- Infectar a mucha gente
- En un tiempo muy corto
- Y sin que ese alguien lo sepa

Materiales

Tarjetas moradas, amarillas, verdes y rosas

Actividades

1. se inicia dicha actividad leyendo los objetivos de la actividad (se recomienda presentarlos apoyándose de algún recurso audiovisual), también se pueden explicar con las propias palabras del instructor.

Por ejemplo:

“Ahora conoceremos como es que la gente se puede infectar de VIH, y propagarlo a otros rápidamente”.

“También conoceremos como es que una persona que no se ha protegido en sus relaciones sexuales puede infectarse ella y a otros”.

2. Se le proporcionan cuatro tarjetas a cada persona (una de cada color).
3. Inmediatamente después se les dan las siguientes instrucciones:

“Escriban su nombre en la parte de atrás de cada una de las tarjetas”.

“Cada vez que yo diga cambio, cada uno de ustedes deberá cambiar una de sus tarjetas con uno de sus compañeros”.

“Cada vez deberá ser un compañero diferente”.

- Los cambios se llevan a cabo hasta que ninguno de los participantes tenga sus tarjetas.
4. En caso de que en los cambios llegara nuevamente una de las tarjetas con su nombre, nuevamente tendrán que cambiarla.
 5. Después de los cambios necesarios, se les pide a los participantes que tomen asiento, y explicarles que cada tarjeta representa algo que ellos decidieron hacer, es decir, una conducta (presentar tarjeta de los diferentes colores, pero lo suficientemente grandes con las siguientes etiquetas):

Color	Conducta
Morado	Compartir jeringas
Verde	Tener sexo protegido
Rosa	Tener sexo no protegido
Amarillo	Tocarse, besarse o hablar

6. selecciona alguno de los participantes y pídele que se ponga de pie, enseguida dile a los asistentes lo siguiente:

“La persona que se encuentra de pie, al inicio de la actividad era seropositiva”.

7. Pídele a la persona seropositiva que lea los nombres de las personas que se encuentran al reverso de sus tarjetas azules y rosas, esas personas deberán ponerse de pie, ahora ya tendremos más personas paradas, las cuales tendrán que permanecer paradas. Inmediatamente después, deberás decirle al grupo lo siguiente:

“Todas esas personas que se encuentran de pie, se han infectado por compartir jeringas (tarjetas moradas) y por tener relaciones sexuales sin protección con personas portadoras de VIH (tarjetas rosas).

8. Estas últimas personas deberán leer nuevamente los nombres de las personas que se encuentran al reverso de sus tarjetas azules y rosas. Y se repite la explicación del apartado 7.
9. Nuevamente las últimas personas que se han puesto de pie deberán leer los nombres del reverso de sus tarjetas azules y rosas. Para este momento es probable que la mayoría si no es que todos los asistentes estén de pie, en este momento se les pregunta a los asistentes que piensan acerca del número de personas que se encuentran de pie y que han sido infectadas con el VIH.
10. Si alguno de los participantes permaneció sentado, es decir no fue leído su nombre, pedirle que mire sus tarjetas, se le dirá lo siguiente:

“Si tú tienes una tarjeta azul o rosa, esas tarjetas sólo podrían ser de las personas que se encuentran de pie. Esto significa que tuviste sexo sin protección o compartiste agujas con quien no se ha infectado con el VIH, eso fue un riesgo, pero no te infectaste”.

“Si tú tienes tarjetas verdes de algunos de los estudiantes que se encuentren de pie, significa que tuviste sexo seguro con una persona infectada. Esta situación probablemente influyó para que tú no te infectaras, fuiste lo suficientemente cuidadoso para no intercambiar semen, sangre o fluidos vaginales, lo que significa que tú usaste el condón correctamente, desde el inicio hasta el final de las relaciones sexuales, ya fueran vaginales, oral o anales con hombres (o mujeres según sea el caso) y usaste barrera látex (dental dams) para el sexo oral con mujeres. Las tarjetas verdes de otros estudiantes sentados significa que han tenido sexo pero con personas quienes nunca han sido expuestos al VIH. Ustedes (o sea los que están sentados) hasta este momento están seguros para no contraer el VIH”.

“Las tarjetas amarillas significa que tú no has tenido sexo protegido, ni compartido agujas con tu pareja. Pero sí le hablaste, jugaste foot ball, lo besaste, lo tomaste de la mano, comiste el lunch. Cualquiera de los dos podría estar infectado con VIH, pero tú infectaste a otra persona por intercambiar tu tarjeta amarilla”.

11. se debe llevar a los participantes a una discusión de la actividad, haciéndoles las siguientes preguntas tratando que cada participante mencione sus respuestas:

Preguntas para discusión

1. ¿Cuáles son las formas a través de las cuales tú puedes infectarte con VIH?
2. ¿Qué sentiste cuando te enteraste que estabas infectado?
3. ¿Qué sentiste cuando te enteraste que alguno de tus compañeros conocidos estaban infectados?
4. Ahora ya sabes lo que significa cada uno de los colores de las tarjetas, ¿Qué podrías hacer para evitar contagiarte de VIH?
5. ¿En qué sentido esta actividad es semejante a la vida real, y en qué sentido esta actividad es diferente a la vida real?

12. Termina leyendo los objetivos nuevamente.