



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**EVALUACIÓN DE UN MODELO MULTIFACTORIAL
PREDICTIVO PARA EL USO DEL CONDÓN**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTA

KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

**Director de tesis:
Dr. Rolando Díaz Loving.**

**Comité de tesis:
Dra. Gabina Villagrán Vázquez.
Dra. María del Carmen Montenegro Núñez.
Mtra. María del Rosario Muñoz Cebada.
Mtra. María Asunción Valenzuela Cota.**

México D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Evaluación de un modelo multifactorial predictivo para el uso del condón.

	Página.
Capítulo 1. El Modelo de Acción Razonada.	1
Capítulo 2. El Modelo de Autoeficacia.	14
Capítulo 3. El Modelo de las Fases de la Acción (Planeación).	36
Capítulo 4. Método.	57
Justificación y planteamiento del problema.	57
Preguntas de investigación.	58
Objetivo General.	58
Objetivos Específicos.	59
Hipótesis de trabajo.	59
Variables.	61
Definición de variables.	62
Diseño.	64
Tipo de estudio.	65
Escenario.	65
Muestreo.	65
Sujetos.	65
Instrumentos.	65
Procedimiento.	67
Análisis estadísticos.	68
Capítulo 5. Resultados.	69
Descripción de la muestra.	69
Análisis psicométrico de los instrumentos.	70
Modelo de Acción Razonada.	70
Modelo de Autoeficacia.	73
Modelo de las Fases de la Acción (Planeación).	77
Eficacia del tratamiento experimental.	79
Análisis de correlación.	83
Modelo de Acción Razonada.	83
Muestra total.	83
Grupo Experimental.	85
Grupo Control.	86
Grupo con Debut Sexual.	88
Grupo sin Debut Sexual.	90
Grupo con Pareja Ocasional.	91
Grupo con Pareja Regular.	93
Grupo experimental con debut sexual con pareja regular.	94
Grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional.	95
Grupo control con debut sexual con pareja regular.	96
Grupo control con debut sexual con pareja ocasional.	98
Modelo de Autoeficacia.	99
Muestra total.	99
Grupo Experimental.	106
Grupo Control.	112
Grupo con Debut Sexual.	118
Grupo sin Debut Sexual.	124
Grupo con Pareja Ocasional.	130
Grupo con Pareja Regular.	135
Grupo experimental con debut sexual con pareja regular.	140

Grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional.	144
Grupo control con debut sexual con pareja regular.	148
Grupo control con debut sexual con pareja ocasional.	152
Modelo de Planeación.	156
Muestra total.	156
Grupo Experimental.	157
Grupo Control.	158
Grupo con Debut Sexual.	159
Grupo sin Debut Sexual.	159
Grupo con Pareja Ocasional.	160
Grupo con Pareja Regular.	161
Grupo experimental con debut sexual con pareja regular.	162
Grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional.	162
Grupo control con debut sexual con pareja regular.	163
Grupo control con debut sexual con pareja ocasional.	164
Análisis de Regresión Múltiple.	166
Efectos significativos en la Muestra total.	168
Efectos significativos en el Grupo Experimental.	170
Efectos significativos en el Grupo Control.	172
Efectos significativos en el Grupo con Debut Sexual.	174
Efectos significativos en el Grupo sin Debut Sexual.	176
Efectos significativos en el Grupo con Pareja Regular.	178
Efectos significativos en el Grupo con Pareja Ocasional.	180
Efectos significativos en el Grupo experimental con debut sexual con pareja regular.	182
Efectos significativos en el Grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional.	184
Efectos significativos en el Grupo control con debut sexual con pareja regular.	187
Efectos significativos en el Grupo control con debut sexual con pareja ocasional.	189
Capítulo 6. Discusión y conclusiones.	192
Análisis de la muestra y patrón sexual.	192
Análisis Psicométrico de los Instrumentos.	193
Modelo de Acción Razonada.	193
Modelo de Autoeficacia.	195
Modelo de las Fases de la Acción (Planeación).	198
Eficacia del tratamiento experimental.	201
Análisis del Modelo por grupos.	204
Análisis del modelo para la Muestra total.	204
Análisis por condición experimental.	208
Grupo Experimental.	208
Grupo Control.	211
Análisis por Debut sexual.	214
Grupo con Debut Sexual.	214
Grupo sin Debut Sexual.	217
Análisis por tipo de pareja.	219
Grupo con Pareja Sexual Regular.	219
Grupo con Pareja Sexual Ocasional.	222
Análisis por condición experimental, debut sexual y tipo de pareja.	224
Grupo experimental con debut sexual y pareja regular.	224
Grupo experimental con debut sexual y pareja ocasional.	225
Grupo control con debut sexual y pareja regular.	227
Grupo control con debut sexual y pareja ocasional.	228
Referencias.	230
Anexos.	243

Resumen.

El objetivo de este trabajo fue proponer y probar un modelo teórico conformado por los Modelos de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1973), de Autoeficacia (Bandura, 1987) y de las Fases de la Acción (Heckhausen y Gollwitzer, 1990), con la finalidad de predecir la emisión de las conductas necesarias para la ejecución del uso correcto del condón en 120 jóvenes de 3er. año de preparatoria. Primero, respondieron a un conjunto de escalas, posteriormente la población fue dividida para ser sometida a un tratamiento experimental, el grupo experimental recibió una plática con la información para el uso correcto del condón, después se pidió que de manera individual, a través de la técnica de "role-playing", colocaran un condón en un modelo de pene con la intención de comparar las ejecuciones y las respuestas a las escalas en función de su condición experimental, debut sexual y tipo de pareja sexual, así como de las combinaciones de estas variables teniendo como resultado 11 grupos. Se corrieron análisis psicométricos, de correlación y de regresión. Los resultados arrojan escalas válidas y confiables, se comprobó la eficacia del tratamiento experimental y la consistencia de cada uno de los modelos como predictores de la conducta evaluada. Los 11 modelos muestran que las variables cognitivo-conductuales son constantes en casi todos los grupos como predictoras de la conducta, aunque también se observaron variables específicas como predictoras de acuerdo con la condición de cada uno de los grupos. Se concluye que se deben crear campañas de uso de condón considerando las particularidades de cada grupo y que es muy importante ofrecer a los jóvenes con escasa experiencia sexual un entrenamiento adecuado para el uso del condón lo que les permitirá implementar planes de acción efectivos orientados a la preservación de la salud.

Summary

The goal of this dissertation was to propose and test a theoretical model that includes the models "Theory of Reasoned Action" (Fishbein and Aizen, 1973), "Self-Efficacy" (Bandura, 1987), and "Action Phases" (Heckhausen and Gollwitzer, 1990). The objective was to predict the behaviors of using a condom in a correct way, participating 120 third degree students of high school. These students answer a test, and after that, the population was split in two groups: "experimental group" and "control group". The "experimental group" received a presentation about the use of the condom. After the "experimental group" received the presentation, everybody was asked, one by one, to put the condom in a penny model, using the "role-playing" technique. Additional to know the group where each student belongs to, it was considered the sexual initiation and kind of sexual partner (regular or occasional), in order to create eleven groups/models. After the experiment was done, it was executed a psychometric analysis, a correlation, and a regression test. The analysis of this activity gives validity and reliability scales, proving the efficacy of providing information to the "experimental group", as well as the consistency of each one of the eleven models as behavior predictions. The eleven model show that the cognitive-behavior variables are stable based to the prediction of each one of the groups. Additionally, it was sown specific variables as behavior predictors based to each group. As a conclusion, it is important to create communication campaigns based to each group, as well as to give enough information of how to use a condom to young people with minimum sexual life activity. This will give benefits in terms of health preservation.

Introducción.

Hace más de dos décadas los modelos preventivos de infección por VIH estaban orientados hacia la información; ahora se sabe que, si bien, la información es muy importante, esta no trasciende las expectativas de la conducta. A lo largo de estos años se han hecho muchos esfuerzos para evitar que el número de contagios crezca a través de la promoción de conductas preventivas, especialmente el uso del condón. Aún cuando se han logrado importantes hallazgos, las generaciones actuales ven al SIDA como una enfermedad del pasado, por tanto han bajado la guardia en cuanto a autopercepción de riesgo y en consecuencia, también en la emisión de conductas de prevención. En el presente trabajo se presenta un modelo multifactorial que contempla tres modelos teóricos conformados por variables psicosociales que explican la conducta del ser humano con el fin de evaluar y estimular ciertos patrones de conducta. Se enfatiza la importancia y certeza del Modelo de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1973) como predictor de la intención de realizar conductas específicas, así como el impacto de las creencias, las actitudes y la influencia del grupo al que pertenecen las personas, como predictores de la emisión de conductas de autoprotección; así mismo, se observa que ante la amenaza de contraer SIDA, la Autoeficacia percibida (Bandura, 1987) lleva a adoptar y mantener una conducta autoprotectora que permite echar a andar comportamientos sexuales preventivos; se ha documentado que al tener la capacidad de hacer uso de lo que se ha vivido en el pasado y de implementar nuevas estrategias que dirijan al sujeto hacia metas específicas, es posible incrementar la sensación de autoeficacia. Por otro lado, el modelo de las Fases de la Acción (Heckhausen y Gollwitzer, 1987 y Gollwitzer, 1993, 1996) señala que la planeación se postula como un proceso mental central para la ejecución de conductas protectoras; se han encontrado asociaciones positivas entre la planeación dirigida al uso del condón y alta autoestima, control emocional, negociación del uso del condón, actitud positiva hacia este, alta frecuencia en su uso, una orientación de la conducta de los sujetos hacia el futuro y aceptación de la homosexualidad y negativamente asociada con conductas de riesgo, entre ellas la baja frecuencia del uso del condón, ansiedad, depresión, sentimientos de vulnerabilidad y conflicto social; lo anterior permite que los sujetos rescaten y reevalúen su conducta previa, lo que además los lleva a depurar sus experiencias y hacer un mejor uso de ellas. Así, el modelo propuesto en este estudio integra los tres modelos teóricos tal como están planteados originalmente, focalizando las conductas necesarias para el uso correcto del condón. Fue probado en 120 jóvenes de preparatoria, tanto aquellos que han debutado sexualmente como los que no, así como aquellos que reportan que han tenido parejas sexuales regulares y/u ocasionales. El procedimiento para este estudio consistió en 4 fases, en la primera se le ofreció a la mitad de la muestra (grupo experimental) una plática en

la que se dio a los jóvenes información sobre VIH/SIDA, así como estrategias preventivas y se les explicaron los pasos necesarios para el uso correcto del condón. Posteriormente, se aplicó un cuestionario para explorar algunas de las variables de los tres modelos, después, de acuerdo con la condición experimental y las respuestas dadas por los jóvenes, se crearon los siguientes grupos: muestra total, experimental, control, con debut sexual, sin debut sexual, con pareja sexual regular, con pareja sexual ocasional, experimental con debut sexual con pareja sexual regular, experimental con debut sexual con pareja sexual ocasional, control con debut sexual con pareja sexual regular y control con debut sexual con pareja sexual ocasional, para finalmente medir el resto de las variables, especialmente la relacionada con la ejecución de las conductas de uso correcto del condón, la última fase consistió en explicar el motivo del estudio y ofrecer una plática preventiva a todos los jóvenes. Se realizaron análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos, análisis diferenciales para conocer la eficacia del tratamiento experimental, análisis de correlación y análisis de regresión. Se encontraron buenos niveles de confiabilidad y validez, se comprobó la eficacia del tratamiento experimental, se observaron importantes correlaciones entre los componentes de los modelos, así como diferentes predictores para las conductas necesarias para el uso correcto del condón dependiendo de las características de cada grupo.

Se concluye que es importante dirigir programas preventivos que les ofrezcan a los jóvenes información específica para el uso correcto del condón, así como estrategias diferenciadas dependiendo las características de los grupos a los que se dirigen los programas; además de promover que las personas hagan adecuadas evaluaciones de sus capacidades y su desempeño, así como incidir en la emisión de planes de acción que les permitan implementar estrategias para generar sets mentales en los que se consideren autoeficaces para que, al enfrentarse a la toma de decisiones para ejecutar conductas preventivas, las personas continúen con sus esfuerzos a pesar de que se encuentren de manera inesperada ante situaciones adversas, por ejemplo, factores distractores y dificultad percibida en las tareas. Deben contemplarse los siguientes elementos: la movilización de los esfuerzos (a través de la intención conductual, los sets mentales y la implementación de intenciones que llevan a metas muy atractivas en contextos específicos), la prevención de las distracciones (por medio del control de la atención, del control emocional, la autoeficacia percibida, el reconocimiento de los éxitos y fracasos alcanzados previamente en la ejecución de las conductas para lograr las metas, y generar sets mentales muy estrictos que den un muy estrecho campo de acción) y la reanudación de la meta interrumpida (a través de la implementación de los sets mentales que facilitan una rápida reanudación de la tarea interrumpida aún en la presencia de otras tareas).

EVALUACIÓN DE UN MODELO MULTIFACTORIAL PREDICTIVO PARA EL USO DEL CONDÓN.

Capítulo 1. El Modelo de Acción Razonada.

A pesar de que la pandemia del SIDA fue llamada el “mal de fin de siglo”, en 2011 sigue representando un serio problema de salud pública. Esta enfermedad continua afectando a muchos países, sin hacer distinción entre sexo, raza, ni posición social. Durante los últimos años el número de casos ha ido aumentando y grupos que anteriormente se decían ajenos al mal, han visto aparecer a miembros de su grupo en los resúmenes epidemiológicos.

Los datos epidemiológicos en América Latina indican que México ocupa el tercer lugar por número de infectados (después de Estados Unidos y Brasil) con 149 mil 883 casos registrados (123, 162 hombres y 26,721 mujeres) hasta junio de 2011; el grupo de hombres entre los 30 y 44 años es el más afectado (58,017 casos), sin embargo, las mujeres en el mismo rango de edad presentan un crecimiento muy acelerado (10,701 casos). La conducta sexual sigue siendo la principal vía de transmisión de la enfermedad con el 90.9% (95,451) de los casos; se notificaron 368 casos en homosexuales, 208 en bisexuales y 306 en heterosexuales hasta el 30 de junio de 2011. Se calcula que por cada persona infectada existen 4 portadores que no se han notificado. La edad promedio de infección es de 18 años y la fase terminal de la enfermedad se da entre los 25 y 40 años, lo que hace que en nuestro país, el SIDA sea la 6ª causa de muerte (5,151 defunciones en 2009) entre la población económicamente activa y la 4ª en el Distrito Federal (CENSIDA, 2011).

La cantidad de investigaciones que se han desarrollado sobre SIDA desde la perspectiva etiológica, epidemiológica, bioquímica, cognoscitiva, entre otras, son innumerables, sin embargo, hasta el momento, el SIDA sigue siendo incurable, crónico y mortal y, como se ha visto, el número de casos sigue aumentando, por ello es importante considerar el papel de las disciplinas sociales, sobre todo la psicología, debido a la importancia de determinadas conductas como vías de infección, así como la modificación de conductas como medidas preventivas. Con el fin de entender la forma en la que las comunidades están enfrentándose con el proceso salud-enfermedad debe estudiarse al sujeto en el contexto en el que se desenvuelve sin perder de vista al grupo social al que pertenece, sus actitudes, comportamientos, expectativas, conductas respecto del SIDA, así como conocer y

Modelo de Acción Razonada

comprender los factores que motivan, mantienen, modifican y se asocian a estas conductas.

La principal preocupación de las instituciones orientadas a la salud pública se dirige hacia la prevención, para lo cual se han estudiado una serie de factores psicosociales asociados y dirigidos a las conductas de riesgo y preventivas. El estudio para la prevención del SIDA ha sido abordado desde infinidad de disciplinas profesionales con la finalidad de encontrar alternativas que permitan detener el curso de la infección; hasta ahora se ha alcanzado un importante nivel de conocimientos sobre la pandemia desde perspectivas químico-biológicas y socioculturales, sin embargo, los resultados no han sido tan determinantes como para cambiar el curso de las estadísticas epidemiológicas. De acuerdo con Sepúlveda (1989) para prevenir más contagios es necesario que la sociedad manifieste mayor disposición para reconocer la necesidad de operar cambios en sus conductas de riesgo y cambiarlas por conductas de prevención, como el uso del condón, sin embargo, de acuerdo con Díaz-Loving y Rivera (1992), dependiendo del grupo al que pertenecen los individuos se observan diferentes procesos relacionados con el contagio del virus del SIDA, debido al sexo, edad, situación social y sexual, así, los métodos educativos deben adaptarse a los valores, conceptos y creencias de quien recibe la educación (Magaña, Ferreira-Pinto, Blair y Mata, 1992).

La prevención del VIH/SIDA se encuentra perfectamente ligada a la modificación del comportamiento por parte de los individuos respecto de las prácticas de riesgo. Así, se ha observado que la transmisión por vía sanguínea se ha reducido considerablemente mientras que la transmisión por vía sexual se ha incrementado de manera importante entre hombres y mujeres heterosexuales así como en las personas bisexuales (Hamers y Downs, 2004).

Las formas de prevención documentadas como más eficaces, de acuerdo con la principal vía de infección son: la abstinencia sexual, el sexo seguro, las relaciones sexuales monógamas y el uso del condón. Se ha mencionado que la educación es la mejor estrategia preventiva, sin embargo, al enfrentarnos a la sexualidad como conducta de riesgo, la educación parece delicada debido a que sería necesario modificar hábitos y costumbres profundamente arraigados. Villagrán (1993), Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez, March (2002) y Santín, Torrico, López y Revilla, (2003) señalan que la información como estrategia preventiva al relacionarse con la sexualidad se torna insuficiente debido a que las consecuencias negativas de la infección son a largo plazo, en oposición a las consecuencias placenteras inmediatas de la sexualidad.

Modelo de Acción Razonada

Además de acuerdo con Lameiras, M; Faílde, J; Bimbela, L. y Alfaro, N; (2008) no se ha encontrado que el hecho de tener mayor nivel de conocimientos sobre sexualidad o sobre la seguridad que ofrecen los métodos preventivos se asocie con el uso del condón. Así, aunque la mayoría de los jóvenes reconocen que el uso del condón es altamente preventivo del contagio de VIH, el número de jóvenes que lo usan es mucho menor que el número de jóvenes que saben de la importancia del uso. En este mismo sentido, los jóvenes de mayor edad y con mayor experiencia sexual, así como aquellos que cuentan con una pareja estable son quienes menos frecuentemente usan el condón.

La complejidad de la conducta sexual hace que la explicación que ofrecen los modelos teóricos del comportamiento humano más utilizados a este respecto resulte insuficiente (Modelo de Creencias de Salud, Teoría de la Acción Razonada, Teoría de la Autoeficacia, Modelo Psicológico de Prevención, Modelo de Autorregulación, Modelos de Conductas de Salud o Teoría de la Conducta Planeada) (Ruiz, E; Giménez, C. y Ballester, R. 2006).

Aún con esto, las autoridades sanitarias proponen el uso del condón como la forma más efectiva de evitar la transmisión de enfermedades relacionadas con la sexualidad, como el SIDA (Lameiras, Rodríguez, Calado y González, 2003, Heeren, Jemmott, Mandeya y Tyler, 2007). Villagrán y Díaz-Loving (1992) señalan que la efectividad del uso del condón dependerá de que las personas lo conozcan, de que lo sepan usar correctamente, que sea usado tanto con parejas regulares como con ocasionales, y de acuerdo con las creencias y actitudes hacia su uso. En estudios realizados por Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990) se encontró que existen tres dimensiones que pueden ser barreras o facilitadoras de la intención de adoptar conductas preventivas; estas dimensiones señalan que los condones pueden ser ofensivos, efectivos o atractivos; se encontraron diferencias por sexo, en donde las mujeres perciben a los condones como más ofensivos que la percepción que tienen los hombres; por otro lado Barnard, Hebert, De Man y Farrar (1989) encontraron 4 dimensiones: inhibidor del placer sexual, del placer físico, como de difícil uso y asociado a situaciones que generan vergüenza, como adquirirlos. En México, Díaz-Loving y Rivera (1994) encontraron tres dimensiones, que señalan la importancia hedonista de su uso, en donde el placer es lo más importante, en seguida se observa la inteligencia que se otorga socialmente a quien lo usa y finalmente la accesibilidad al mismo, considerando que tan bueno, barato y fácil de usar es.

El condón utilizado consistentemente es una eficaz medida de prevención contra la infección por VIH; Díaz-Loving y Rivera (1992) señalan que las actitudes

Modelo de Acción Razonada

positivas hacia el condón aumentan su uso, sin embargo, se ha reportado que se usa de manera irregular (Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008). En población mexicana a pesar de que se le evalúa de manera positiva, se usa de manera inconsistente y además se desconoce la forma correcta en que se debe usar (Díaz-Loving, Flores, Rivera, Andrade, Ramos, Cubas, Villagrán, Camacho, Muñiz; 1992; Villagrán, 1993; Alfaro, 1995).

Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, (2008) evaluaron factores predisponentes, facilitadores y reforzantes de la conducta de uso de condón, los factores predisponentes de la conducta de uso fueron la intención de la conducta preventiva, la habilidad autopercebida de uso con la pareja habitual, mayor número de zonas sensibles al placer sexual, norma social positiva y conocimientos sobre métodos preventivos; los factores facilitadores fueron menor edad, género (varones), buena relación con los padres, haber usado el condón en la primera relación sexual, hablar con la pareja sobre el uso del condón y otros medios de prevención, mayor número de parejas sexuales, así como baja frecuencia en la penetración vaginal, así como uso del condón en la relación sexual más reciente. Los factores reforzantes fueron haber sentido agobio, culpa o arrepentimiento por no tomar precauciones tras alguna práctica coito-vaginal.

En un estudio realizado por Ruiz, E; Giménez, C. y Ballester, R. (2006) en el que exploraron la confianza que los jóvenes atribuyen al condón como un método confiable en la prevención de enfermedades de transmisión sexual encontraron una alta percepción de confianza, señalan una alta efectividad en la prevención de riesgos como el sida y otras enfermedades de transmisión sexual, además de los embarazos no deseados, consideran facilidad para su obtención, que no tiene efectos secundarios, y el facilitar la higiene durante la relación sexual, consideran que es práctico y de bajo costo además de que consideran que el condón “da juego” a la relación sexual. Sin embargo, reportan pérdida de sensibilidad con la pareja, pérdida de la concentración, una alta posibilidad de que el condón se rompa. Otras ideas que aparecen con menor frecuencia son: el elevado precio de los condones, la dificultad para obtenerlos e incomodidad de usarlos, vergüenza a la hora de comprarlos, dificultad o no saber cómo se coloca, y pensar que se pone en duda la confianza de la pareja o el pensar que si traen condones es porque están buscando una relación sexual ocasional.

Así, se han hecho intervenciones científicas para poder predecir el uso del condón. En general, estas intervenciones están basadas en modelos que consideran los antecedentes psicológicos de la conducta, sin embargo, se han encontrado inefectivos o inadecuadamente evaluados (Fisher y Fisher, 1992;

Modelo de Acción Razonada

Oakley, A., Fullerton, D., Holland, J., Arnold, S., France-Dawson, M., Kelley, P. y McGrellis, S. 1995). Se han realizado estudios que promueven el sexo seguro y están basados en teorías que especifican prerrequisitos cognoscitivos para la acción logrando promover eficientemente conductas de sexo seguro en escenarios controlados (Kok y Green, 1990; Bryan, Aiken y West, 1996; DiClemente y Wingood, 1995; Fisher, Fisher, Misovich, Kimble y Malloy, 1996; Kalichman, Carey y Johnson, 1996). Estos intentos subrayaron la importancia de la investigación basada en la promoción de la salud y la utilidad de los modelos sociales y cognoscitivos para guiar la promoción del sexo seguro.

Dos de estos modelos que han intentado integrar variables psicosociales con las cuales se pudieran predecir conductas saludables, es el modelo de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1973) y el modelo de Autoeficacia (Bandura, 1987), con ambos modelos se han logrado importantes avances respecto de reducir el hábito de fumar, predecir y aumentar la probabilidad de que se use el cinturón de seguridad; promoción de hábitos alimenticios adecuados y respecto del uso del condón. La promoción del uso del condón para prevenir la infección por VIH no debe llevarse a cabo de manera aislada, deben incorporarse elementos como la información, aspectos referentes a la seguridad de su uso, factores afectivos relacionados, se debe tomar en cuenta la aceptabilidad personal y social, los obstáculos psicológicos, entre otros.

La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1973) es un modelo que considera la importancia de predecir y entender la conducta humana dirigida a la toma de decisiones y la solución de problemas respecto de problemas de salud. En este modelo se parte de que los seres humanos somos usualmente racionales y hacemos uso sistemático de la información que está disponible para nosotros, además señala que evaluamos los posibles resultados de nuestras conductas antes de llevarlas a cabo (Fishbein, 1990). La finalidad de este modelo es predecir la conducta individual, como miembro de un grupo y como partícipe en las relaciones interpersonales, por lo que cualquier significado o valor explicativo que tenga la actitud debe provenir de una disposición intermedia entre el nivel individual y el nivel social.

Para poder entender los supuestos de la Teoría de la Acción Razonada debe considerarse que toda acción ocurre con respecto a algún objeto en un contexto dado y en un tiempo determinado. Así, una vez definida la conducta, la teoría asume que el mejor predictor de esa conducta es la intención de la persona para realizar el comportamiento; esta intención está en función de dos determinantes básicos, uno de naturaleza personal, la actitud (que incorpora sentimientos

Modelo de Acción Razonada

positivos o negativos del individuo respecto de la ejecución de una conducta determinada) y otro, que es reflejo de la influencia social, la norma subjetiva (lo que las personas perciben como presiones sociales impuestas para realizar o no determinado comportamiento) (Fishbein, 1988), es decir, el comportamiento de un individuo se ve influenciado por una actitud positiva o negativa hacia su ejecución y por lo importante que cree que es para los otros importantes para él, que él realice o no la conducta.

Dentro del modelo de Acción Razonada (Figura 1) se consideran variables predictoras de la conducta saludable, las creencias y la evaluación de los resultados de una conducta (actitudes), la norma subjetiva (lo que el grupo de referencia cree acerca de una conducta particular), la motivación para complacer a los miembros de su grupo, así como la intención para realizar la conducta. La teoría asume que las conductas están en función de las intenciones para realizar esas conductas, éstas están determinadas por las actitudes hacia la realización del comportamiento y las normas subjetivas inherentes. Las actitudes y las normas subjetivas están determinadas por creencias conductuales y normativas respectivamente. De acuerdo con la teoría, la conducta está determinada por las propias creencias, por lo que para cambiar una conducta debe incidirse en el terreno de las creencias (Fishbein, 1990).

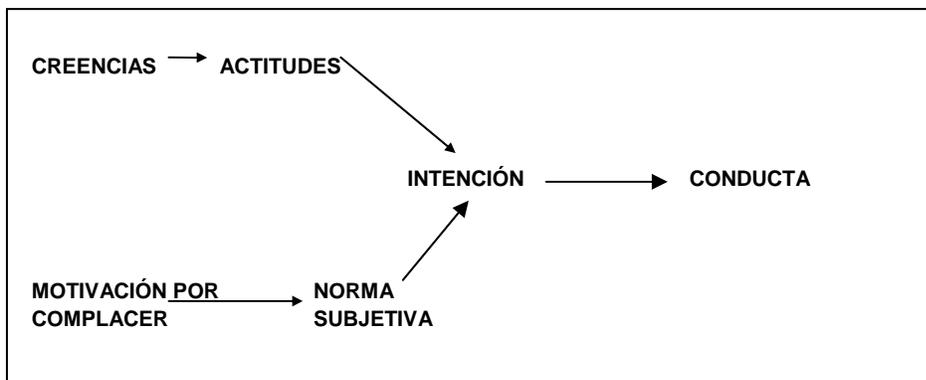


Figura 1. Modelo de Acción Razonada.

La Teoría de la Acción Razonada ve el cambio de conducta como un evento relacionado con cambiar de creencias y la estructura cognoscitiva que contiene a esta conducta; así entonces, es necesario identificar y examinar las creencias conductuales y las evaluaciones que subyacen a la actitud, así como las creencias normativas que determinan la norma subjetiva, con la finalidad de desarrollar intervenciones exitosas, así, las actitudes no están determinadas por una sola creencia (Fishbein, 1980).

Modelo de Acción Razonada

De acuerdo con Pepitone (1991) las creencias son conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales, son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de su percepción directa. Las creencias son diferentes del conocimiento porque tienen un contenido evaluativo y un componente psicológico, como el hecho de proporcionar apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral e identidad grupal. Con este último factor se considera que las creencias dependen entonces de factores culturales, históricos, individuales y ecológicos por lo que ofrecen un sistema de referencia para que el individuo interprete la realidad y le de sentido a los sucesos de la vida (Jodelet, 1991). Las creencias dentro de un constructo teórico son anteriores a las actitudes; ya que es la información que los individuos tienen acerca del objeto psicológico, esta información proviene de otros individuos, de experiencia directa o bien, de inferencias que el sujeto hace acerca del objeto (Fishbein y Ajzen; 1989).

Por lo anterior, es sencillo suponer que existen creencias positivas y negativas, ambas impactan la forma en que las personas perciben al mundo y actúan en él, de tal forma que las creencias negativas pueden llegar a ser precursoras de prejuicios o de falsas ideas, por ejemplo de autoprotección respecto de ciertas situaciones, como estar expuestos a enfermedades de transmisión sexual; en ese mismo contexto las creencias positivas entonces pueden dar lugar a conductas de cuidado y autoprotección, y de manera mucho más general, las creencias dan lugar entonces a las actitudes. De acuerdo con Villagrán (1993) las actitudes son ingredientes fundamentales en el ejercicio de generar juicios personales; son predisposiciones organizadas para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente u objeto cognoscitivo, éste se refiere a una categoría, clase o conjunto de fenómenos: objetos físicos, acontecimientos, conductas e incluso construcciones hipotéticas (Kerlinger, 1987). De esta manera, las actitudes son predisposiciones para responder a un objeto. Ante esto se asume que la conducta es función de las actitudes individuales y sociales, valores y creencias. Se sabe que las actitudes son parte del proceso de socialización y parte del esquema social dentro del cual el individuo se desarrolla por lo que son extremadamente resistentes al cambio (Fishbein, 1990).

De acuerdo con Katz y Stollen (en Villagrán, 1993) las actitudes tienen tres componentes:

- a) Cognoscitivo: En el cual se incluyen creencias acerca del objeto psicológico, estas creencias varían de persona a persona y de objeto a objeto; las creencias son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables e indeseables, aceptables e inaceptables, buenas o malas.

Modelo de Acción Razonada

- b) Emocional: Que se refiere a los sentimientos o emociones ligadas al objeto, califica a los sujetos con amor-odio, admiración-respeto, favorable-desfavorable.
- c) Conductual: que se refiere a la disposición del individuo a responder al objeto, se acepta que existe un vínculo con el componente cognoscitivo, especialmente en lo que se refiere a las creencias evaluativas.

En el Modelo de Acción Razonada la definición de la conducta de interés es fundamental; de manera general, cualquier conducta debe estar circunscrita por una acción, un objeto, un contexto y un tiempo determinado, asimismo se plantea que después de esta definición, el mejor predictor de la conducta es la intención de realizarla. Las intenciones se componen de dos determinantes básicos, un factor personal que comprende los afectos del individuo hacia la ejecución de la tarea y un factor de presiones sociales que son impuestas para realizar o no la conducta (Norma Subjetiva). Por lo anterior, las personas realizan las conductas cuando tienen una actitud positiva para su ejecución y cuando creen que es importante que lleve a cabo la conducta según las personas importantes para él (Fishbein, 1990).

De acuerdo con esto, Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill, y Aymerich (2007) expusieron que la influencia social influye de manera rotunda en los comportamientos sexuales preventivos. Maiman y Becker (1974), señalan que el Modelo de creencias en la salud da soporte a la idea del impacto de la influencia social en las creencias de salud, al señalar que las relaciones interpersonales pueden convertirse en un estímulo externo que sirve de señal para desencadenar una acción preventiva. Así mismo, cuando se trata de identificar de manera indirecta la influencia social, un buen indicador de su existencia son las expectativas de autoeficacia descritas por Bandura (1990), así como el control conductual percibido señalado por Azjen (1991) en su Teoría de la Conducta planeada.

Tanto en el Modelo de creencias de salud como en las Teorías de la acción razonada y de la Conducta Planeada, se considera la influencia social como un factor que antecede la conducta preventiva. Además suele tener un carácter cognoscitivo: lo que la persona cree que piensan los demás sobre si debe realizar o no una conducta preventiva o el grado en que se siente capaz de realizar correctamente esta conducta. Otro tipo de influencia social sobre el comportamiento preventivo es la que ejerce directamente el entorno social, ya sea reforzando o castigando por la ejecución de la conducta (Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill, y Aymerich; 2007).

Modelo de Acción Razonada

De acuerdo con la propuesta de Fishbein, (1990) las actitudes y las normas subjetivas influyen en la formación de intenciones conductuales, sin embargo, éstas variarán según la conducta de que se trate y las personas involucradas. También es relevante considerar que la influencia de las actitudes y de las normas subjetivas variará de acuerdo con contextos determinados, para algunas personas serán más importantes los factores personales y para otras tendrán más relevancia los factores sociales

El Modelo de Acción Razonada podrá predecir entonces la intención de uso de condón como una conducta de salud, tendrán que evaluarse las creencias conductuales respecto de las ventajas y desventajas del uso del condón, la postura de su grupo de referencia-pertenencia, si las creencias y las actitudes así como la percepción del grupo es positiva, entonces es muy probable que la conducta sea ejecutada por la persona (Rivera y Díaz, 1994; Alfaro, 1995).

Fishbein (1990) utilizó el modelo de Acción Razonada para predecir la intención femenina de pedir a su pareja sexual el uso del condón durante sus encuentros sexuales, y encontró que la norma subjetiva influye significativamente en las intenciones conductuales de llevar a cabo conductas preventivas, pero sobre todo que las actitudes determinan los comportamientos. Fishbein, Corner y Graham (1992) señalan que las actitudes y las normas subjetivas son los mejores predictores de la intención de uso de condón.

En México en un estudio en población universitaria (Villagrán y Díaz, 1992) se encontró que los mejores predictores de la frecuencia de uso de condón con parejas regulares son la interacción de la pareja, factores hedónicos, económicos, morales, de género y aspectos relacionados con la experiencia sexual. Respecto de la frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales, los mejores predictores son factores asociados a la respuesta sexual y hedónicos.

En otros estudios en población mexicana se ha encontrado que los adolescentes muestran creencias y actitudes positivas hacia el uso de condón, sin embargo, cuando se trata de sujetos que no han tenido debut sexual las actitudes y creencias hacia la intención de uso son menos positivas que aquellos que si han tenido experiencia sexual (Villagrán, 1993, Villagrán y Díaz, 1992).

El modelo de Acción Razonada se ha utilizado para predecir el uso del condón así como de factores que se involucran en esta conducta, como la regularidad en el uso, la petición del uso, el tipo de pareja y la importancia de los grupos de referencia; evalúa las creencias conductuales con respecto a las ventajas y

Modelo de Acción Razonada

desventajas de usar el condón; así, un individuo usará un condón si tiene una actitud positiva hacia él y piensa que las personas importantes para él piensan que debe usarlo (Rivera y Díaz-Loving, 1994).

Díaz-Loving y Rivera (1994) llevaron a cabo un estudio para crear y validar una escala que permitiera medir los constructos involucrados en el modelo de Acción Razonada; en el rubro de las actitudes encontraron 3 factores, Factor de Placer, que indica una actitud hedonista; Factor de Inteligencia, que menciona lo bueno e inteligente que es usar el condón y Factor de Utilidad, que habla de lo práctico que es usar el condón. Respecto de las Actitudes y la Norma Subjetiva encontraron 3 factores, el primero se refiere a la Norma Subjetiva y habla de los grupos e individuos que para el sujeto son importantes en relación al uso del condón (padres, amigos, pareja); el segundo factor Creencias acerca del Placer habla de la importancia de favorecer la erección y la sensibilidad asociadas al uso del condón; y el tercer factor, Creencias sobre la utilidad del uso del Condón, que se refiere a los aspectos preventivos ante enfermedades de transmisión sexual y como anticonceptivo (Figura 2).

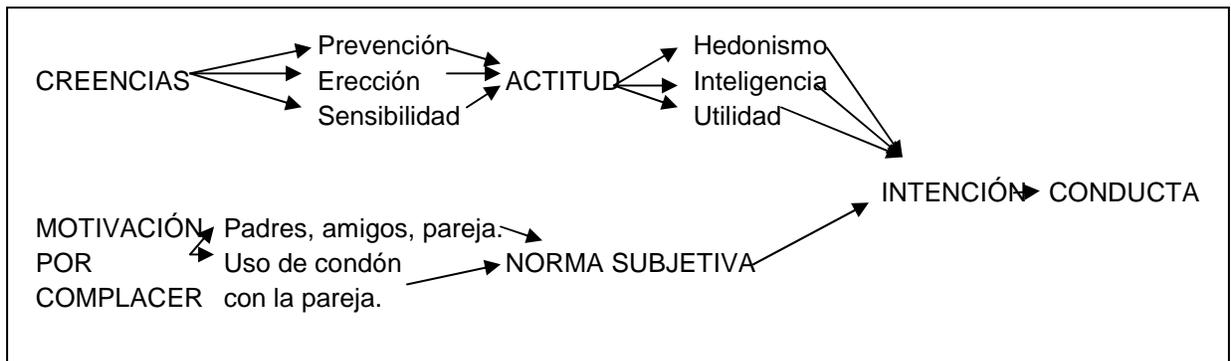


Figura 2. Modelo de acción razonada para el uso de condón de Díaz-Loving y Rivera (1994).

Díaz-Loving, Rivera y Andrade (1994) realizaron un estudio con empleados de gobierno y encontraron que el mejor predictor de la conducta de usar condón y pedir a la pareja que use condón es la intención conductual; y que las normas y las actitudes predicen la intención conductual. La norma subjetiva aumenta su influencia cuando se trata de parejas regulares, y las actitudes que se refieren a la utilidad del condón adquieren relevancia cuando se trata de parejas ocasionales.

Por su lado, Alfaro (1995) encontró en un estudio con adolescentes que el factor normativo es el mejor predictor de las intenciones de usar condón, así como las

Modelo de Acción Razonada

creencias de carácter emocional; las creencias conductuales (usar condón es bueno, seguro e inteligente) se asocian con actitudes de seguridad.

En un estudio realizado por Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis, (2008) en el que exploraron, a través del Modelo de Acción Razonada, cuáles son las variables que influyen en el uso del condón en jóvenes de 14-16 años, encontraron que las intenciones de usar el condón son los mayores indicadores para su uso, así como las creencias hedónicas y de control sobre su uso, sin embargo, señalaron que la falta de disponibilidad de los condones reduce la probabilidad de uso. Así mismo, todas las creencias conductuales, normativas y sobre control mediaron el efecto de la intención. Las creencias hedónicas constituyeron el mediador más fuerte de la intervención, mientras que otras creencias tuvieron efecto más débil.

En 2007 Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill, y Aymerich encontraron al evaluar el uso de condón con el modelo de acción razonada que la conducta de las personas estará muy influenciada por lo que ha ocurrido en el pasado, así, si las consecuencias han sido favorables la probabilidad de que la persona repita la conducta será más alta. Así mismo, por el efecto de estas consecuencias las creencias normativas se habrán visto afectadas ya sea que reafirmen conductas viejas o las sustituyan por conductas más eficientes. Asimismo reportan que de entre las personas que son importantes para quien realiza la conducta, la influencia de la pareja es la que tiene mayor peso en la conducta preventiva, y más impacto tendrá si hay lazos afectivos y de compromiso entre ellos.

La presión social a favor o en contra del uso del condón provendrá en gran medida de las actitudes y reacciones de las posibles parejas. Si la pareja no es partidaria de emplear el condón lo más probable es que no lo acepte y por lo tanto que se tenga una relación sexual sin condón (Planes, 1992). Dicha experiencia, a su vez, se convertiría en un antecedente que podría influir y crear una actitud negativa hacia su uso. Así, de acuerdo con Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill, y Aymerich (2007) los jóvenes de ambos sexos se sienten significativamente más capaces de conseguir utilizar el condón con la pareja estable, que de negarse a mantener relaciones sexuales con ella en caso de que se oponga a su empleo. Por otra parte, se sienten menos capaces de negarse a tener relaciones sexuales sin condón con una pareja regular que con una pareja ocasional.

En este mismo estudio se encontró que es de suma importancia la influencia de los amigos cercanos para la decisión del uso del condón. La aceptación percibida del uso del condón por parte del amigo o la amiga más cercana, ha sido el

Modelo de Acción Razonada

elemento clave para predecir esta conducta preventiva. Resultados semejantes fueron encontrados por Maticka-Tyndale (1991), en donde además, las diferencias observadas entre hombres y mujeres radican en que los varones perciben significativamente una mayor aceptación del condón por parte de más referentes como su madre y su pareja actual. Hallazgos similares a los encontrados por Norris y Ford (1998) quienes entrevistaron jóvenes y encontraron que los que creían que sus amigos usaban condones consideraban que emplearían con mayor frecuencia el condón que aquellos que pensaban que sus amigos no lo hacían.

Además, de acuerdo con Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro (2008) además de las variables tradicionales propuestas por la teoría de la acción razonada (actitudes y norma subjetivas) se deben considerar otras variables como tipo de pareja (regular y ocasional), la conducta anterior (uso previo del condón) y negociación del uso del condón para poder incrementar el poder explicativo del modelo.

En estudios realizados en otras culturas, modelos como el de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991; Ajzen y Madden, 1986) y el Modelo de las Creencias en la Salud (Abraham, Sheeran, Spears y Abrams, 1992; Cummings, Jette, Brock y Haefner, 1979; King, 1982) identifican a la formación de intenciones como el mejor antecedente cognoscitivo de la conducta. De acuerdo con estos modelos, las medidas de la intención conductual (“Intentaré usar un condón la próxima vez que tenga sexo con una pareja”) pueden mediar los efectos de las otras variables de la conducta, además proveen de un buen indicador de si una persona realizará o no una acción específica (Ajzen y Fishbein, 1980).

Se ha encontrado que las intenciones tienen muy fuertes correlaciones en un rango de conductas (Randall y Wolff, 1994; Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988) incluyendo el reporte de uso de condón (Fisher, Fisher y Rye, 1995; Morrison, Rogers, Gillmore y Baker, 1995; White, Terry y Hogg, 1994). En algunos estudios (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999; Sutton, 1998) se ha encontrado que poblaciones específicas señalan una muy fuerte intención de usar condón, aunque no necesariamente se usa, de acuerdo con esto Gallois C., Kashima, Y., Terry, D. J., McCamish, M., Timmins, P. y Chauvin, A. (1992) reportaron una alta correlación entre las intenciones y el subsecuente uso del condón, sin embargo, se debe notar que 57% de la población que tenían la intención de usar el condón no lo hizo. En este estudio se observó que el 80% de la varianza de uso no fue explicada por las intenciones, esto sugiere fuertemente que se deben considerar correlaciones con otras variables cognoscitivas que aseguren la conducta de uso de condón. Estos autores señalan que la falta de correspondencia entre los

Modelo de Acción Razonada

patrones de conducta que predicen las intenciones y las mediciones de la conducta actual se han considerado en dos grupos: los que tienen la intención pero no realizan la acción y aquellos que no tienen la intención pero que ejecutan la acción. Ante esto surgen interrogantes orientadas al aseguramiento de la ejecución de la tarea y acerca de la preparación que deben tener los potenciales ejecutores y qué competencias son necesarias para realizar la conducta. Visto desde la perspectiva de la promoción de la salud deben realizarse cambios cognoscitivos como tener ciertos conocimientos que podrían influir en la formación de intenciones para hacer mejores intervenciones y para habilitar a una mayor cantidad de personas que tengan la intención y que después en realidad actúen. Respecto de los sujetos que no tienen la intención pero que finalmente ejecutan las tareas deben considerarse aquellos factores situacionales que los llevaron a la adopción de nuevas conductas. Las estrategias de promoción de la salud deben incluir estos factores.

Así, en las investigaciones realizadas para predecir el uso del condón a través de la Teoría de la Acción Razonada se ha encontrado que si bien, la intención predice la conducta y ésta en buena medida se determina por las creencias, las actitudes y la norma subjetiva, existen otros factores que podrían ayudar a predecir con mayor certeza esta conducta preventiva, sobre todo factores relacionados con características de personalidad, como el locus de control, la asertividad, las emociones personales y de manera especial las experiencias con las que cuentan las personas, es decir, adquiere importancia la conducta anterior de los individuos, que involucra la capacidad que percibe en sí mismo para llevar a cabo la conducta, la facilidad o accesibilidad para proveerse de los recursos disponibles y necesarios, así como la expectativa y evaluación de los resultados; la Teoría de la Autoeficacia (Bandura, 1987) otorga un modelo que permite hacer predicciones en este terreno.

Capítulo 2. El Modelo de Autoeficacia.

Las intervenciones que se han implementado en nuestro país, por de más de 20 años, con la intención de prevenir el aumento de casos de infección por VIH/SIDA han sido innumerables, originalmente se intentó focalizar a los llamados “grupos de riesgo”, pronto se abandonó esta empresa; posteriormente se supuso que informando a la población respecto de las causas y consecuencias de la infección y la enfermedad se detendría el incremento en el número de casos, más tarde se realizaron infinidad de investigaciones orientadas al reconocimiento de las conductas de riesgo junto con las variables de percepción y autopercepción de riesgo, entre otras, así como la búsqueda de estrategias para fomentar las llamadas conductas de autoprotección como el sexo seguro y especialmente el uso del condón, todas estas conocidas como variables históricas (Robles, Piña y Moreno 2006).

De acuerdo con el capítulo anterior, los modelos sociales y cognoscitivos han sido la principal elección de los investigadores de la conducta para prevenir más casos de infección por VIH. En los estudios realizados para predecir el uso del condón a través de la Teoría de la Acción Razonada se ha encontrado hallazgos determinantes, sin embargo, existen otros factores que podrían ayudar a predecir con mayor certeza esta conducta preventiva, como los componentes de la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1987).

La Autoeficacia se refiere a las percepciones que tienen las personas sobre el control de sus conductas ya sea respecto de la dificultad para realizar una tarea y/o respecto del éxito o fracaso en su ejecución. De acuerdo con Abraham, Sheeran, Norman, Conner, De Vries y Otten (1999) la autoeficacia promueve la formación de intenciones y puede tener un efecto directo sobre la conducta, explican que la discrepancia entre las intenciones y la conducta puede estar parcialmente determinada por las diferencias individuales, en este sentido Bandura (1998) encontró una gran relación teórica entre el control percibido de la conducta y la Autoeficacia, así mismo, señaló (Bandura, 1992) que las creencias en la autoeficacia influyen en los procesos *postdecisionales autorregulatorios*, por ejemplo, influye en la promoción de metas más ambiciosas enfatizando en el esfuerzo para lograrlas y minimizando la ansiedad en la ejecución. Los modelos específicos sobre VIH como el modelo de Información-Motivación-Conducta (Fisher y Fisher, 1992) y el modelo de reducción de riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990) han focalizado la importancia de la autoeficacia,

Modelo de Autoeficacia.

atribuyendo a ésta los efectos de las exitosas intervenciones dirigidas al uso del condón.

La Autoeficacia es un concepto clave en la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura (1982) y es definida como “qué tan bien alguien puede ejecutar cursos de acción en una situación prospectiva”. Bandura señala que la Autoeficacia se ve afectada por las ejecuciones del pasado, por modelamiento (observar que otros realizan tareas similares), por persuasión, por respuesta automática, así como por procesamiento cognoscitivo. Bandura encontró que la autoeficacia está fuertemente relacionada con las ejecuciones actuales y futuras de igual forma o más fuerte que con las ejecuciones en el pasado.

Así, la Autoeficacia es una característica de personalidad que permite a los individuos hacer frente a situaciones particulares que requieren una toma de decisión o para la resolución de problemas; la función de la Autoeficacia es informar al individuo acerca de las acciones que puede ejecutar en un momento determinado. Es un tipo de pensamiento autorreferente que actúa como mediador entre el conocimiento de una habilidad y la ejecución de la acción que involucra a esa habilidad, en este sentido, no basta con que una persona posea una habilidad o conocimiento, sino que es necesario que se sienta capaz de llevarla a cabo; así, un sujeto puede conocer y creer en la eficacia de determinada conducta, pero al mismo tiempo estar convencido de que no es capaz de ponerla en marcha. Shelton (1990) señala que la autoeficacia se define como la convicción que tiene una persona de ejecutar exitosamente una tarea requerida y que produzca resultados esperados.

Locke, Lee y Bobko (1984) señalan que las ejecuciones del pasado y la autoeficacia son los mejores predictores de la elección de metas. Las habilidades, la autoeficacia, las metas y las estrategias para realizar tareas, están relacionadas con la ejecución de las tareas. Las ejecuciones del pasado se mantienen como un predictor significativo de ejecuciones futuras siempre y cuando se perciban como autocontroladas. Las metas llevan a los sujetos a dirigir sus acciones de acuerdo con los propios requerimientos de las metas, así como a expandir sus esfuerzos en proporción con la dificultad y/o la persistencia de la tarea hacia el logro de la meta.

Así, Bandura, (1977, 1987, 1984) Eastman y Marzillier (1984) y Eachus (1994), subrayan la importancia de las creencias de control como consecuencias y determinantes de la conducta y con ello se ha establecido una tradición en la

Modelo de Autoeficacia.

psicología de la salud al focalizar el rol del control en las creencias de las conductas de las personas.

De acuerdo con Sherer y Maddux (1982) el cambio conductual opera a través de un mecanismo común, la relación entre la expectativa personal de la conducta y sus resultados. De acuerdo con la teoría de la autoeficacia, existen dos tipos de expectativas que pueden influenciar enormemente en la conducta de las personas: las expectativas de resultados, que es la creencia de que ciertas conductas pueden llevar inequívocamente a ciertos resultados y las expectativas de autoeficacia, que son las creencias de que una persona puede realizar exitosamente una conducta específica. Bandura (1977) señaló que las expectativas de autoeficacia son el más poderoso determinante del cambio conductual porque estas expectativas determinan la toma de decisión para realizar una conducta, el esfuerzo invertido y la persistencia para la realización de la conducta que permita encarar alguna adversidad y agregó “es la estimación de que al realizar una conducta específica se obtengan resultados específicos y la convicción de que al ejecutar exitosamente la conducta se obtendrá un resultado específico”. Las expectativas de autoeficacia determinarán entonces el tipo de actividad que realizará la persona. Así mismo, la autoeficacia percibida y la ejecución de conductas específicas pueden afectar el inicio y la persistencia en la realización de la conducta (Shelton 1990). Por ello, Manning y Wright (1983) señalan que la teoría de la autoeficacia está propuesta como un modelo de dominio y cambio conductual. Las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados se consideran operaciones simultáneas, sin embargo, ambos tipos de expectativas pueden ser similares o diferentes en magnitud y dirección bajo la misma situación. El conocimiento sobre cuándo y cómo estas difieren es potencialmente importante en la predicción de conductas posteriores. Bandura ha enfatizado la importancia de focalizar ambos tipos de expectativas en los intentos de predecir el control de la conducta. En el estudio de Manning y Wright, (1983) observaron los predictores de la persistencia del control del dolor en el nacimiento de un niño, con o sin medicamento en 52 madres primíparas quienes respondieron una escala antes y durante el parto y posteriormente fueron entrevistadas para conocer la cantidad y el tipo de medicamento que fue usado durante el parto; se encontró que las expectativas de autoeficacia predicen mejor la persistencia del control del dolor sin medicamento que las expectativas de resultados. Sin embargo, ambos tipos de expectativas están significativamente correlacionadas con un subsecuente dominio conductual.

De acuerdo con Bandura, Adams y Beyer (1977) la autoeficacia percibida y sus expectativas no solo influyen en la elección de ciertas tareas, si no que, a través

Modelo de Autoeficacia.

de lo sucedido en otros momentos, se puede afectar la persistencia de los esfuerzos para enfrentar una situación una vez que la actividad ha iniciado. Las expectativas de autoeficacia determinan qué tanto esfuerzo debe realizar una persona y por cuánto tiempo permanecer realizando la tarea a pesar de que la persona se enfrente a experiencias adversas, de la fuerza de la autoeficacia depende la persistencia de las conductas. Aquellas personas que perseveran en actividades que les permiten encarar amenazas ganan experiencias que en el futuro refuerzan su sensación de autoeficacia.

Para Sherer y Maddux (1982) las personas atribuyen un valor positivo a una sensación de autoeficacia cuando viven situaciones exitosas a diferencia de cuando son experiencias no exitosas o medianamente exitosas, en este contexto Bandura señala que cuando estas experiencias ocurren, las personas hacen atribuciones individuales que les permiten hacer cambios en sus estrategias de conducta para ejercer influencia en sus niveles de eficacia. La teoría de la autoeficacia predice diferencias individuales respecto de la autoeficacia general. Las experiencias pasadas de las personas, de éxito o de fracaso están enmarcadas en escenarios específicos de funcionamiento que se asocian al desempeño y que se pueden generalizar a nuevas situaciones y en nuevos escenarios. Estas expectativas generales pueden influir en las expectativas de ejecución en nuevas situaciones.

Con estos supuestos se han observado expectativas de autoeficacia en contextos determinados tomando como punto de partida si se trata de conductas específicas o si se trata de una característica de personalidad. De acuerdo con el Modelo de Bandura, la Autoeficacia se subclasifica en Autoeficacia General y Autoeficacia Específica.

La Autoeficacia General se define como un constructo compuesto de todas las experiencias individuales de los sujetos, es un sentimiento de efectividad y competencia que se atribuye al self. Sin embargo, para operacionalizar la autoeficacia es necesario recurrir a conductas específicas, así, con la Autoeficacia Específica se hace referencia a los sentimientos individuales acerca de una respuesta o un resultado en una situación específica, (Shelton, 1990) y se deriva de la percepción cognoscitiva y emocional de experiencias pasadas. La Autoeficacia General y la Autoeficacia Específica se influyen mutuamente (Bandura, 1977).

La adecuada motivación de las personas para realizar conductas deriva de la interacción con el ambiente y la acumulación de conocimientos y estrategias para

Modelo de Autoeficacia.

enfrentar al ambiente. Se han realizado estudios (Shelton 1990) que consideran que la autoeficacia se compone por las experiencias que la persona ha tenido en el pasado, las diferencias individuales acerca de las expectativas de autoeficacia y la autoeficacia general que se lleva a situaciones novedosas, y se ha encontrado que las personas que muestran una alta autoeficacia general se esfuerzan más y perseveran más que los participantes con baja autoeficacia general. Así, la autoeficacia general (a diferencia de la específica) es una característica de las personas que se muestra con estabilidad y se percibe como rasgo de personalidad. Se define como un constructo global compuesto por todos los sucesos de la vida (que derivaron en éxito o fracaso) y que se atribuyen a la persona. Es la suma total de las experiencias que son producto de las decisiones que ha tomado la persona en cuestión. La diferencia entre la autoeficacia general y la específica radica en qué tan familiar resulte para la persona la situación específica y la conducta requerida para afrontar la situación. Así, se ha considerado que la autoeficacia general tiene que ver con la forma en que la persona se percibe para actuar en función de la vida cotidiana y que influencia de manera directa a la autoeficacia específica.

De acuerdo con Sherer y Maddux (1982) se encontraron 2 factores: Autoeficacia general y Autoeficacia social. Cada uno compuesto por los factores Internalidad-Externalidad, Control personal, Deseabilidad social, Fuerza del Yo, Competencia personal y Autoestima. Así, las personas atribuyen los hechos a sus estrategias (orientación interna) o a la suerte (orientación externa), los individuos con un locus de control interno suelen mostrar un mayor nivel de expectativas de autoeficacia que aquellos con un locus de control externo por lo que se concluye que el término autoeficacia tiene que ver con el Control Personal. La eficacia personal está compuesta por creencias y experiencias pasadas que contribuyen a la formación de la autoestima y representa una actitud hacia si mismo. Un alto nivel de autoeficacia está asociado con una orientación a la internalidad. Dependiendo de la autoeficacia general las expectativas están asociadas a responder de acuerdo con criterios de deseabilidad social, así las personas con alta autoeficacia general se sienten competentes para enfrentar dificultades sociales.

En este sentido, Bandura y Wood (1989) realizaron un estudio en el que encontraron que muchos esfuerzos humanos están dirigidos a metas colectivas que se enfocan en estructuras producto del esfuerzo social: autoeficacia social. Se observó que aquellos miembros que toman las decisiones sobre el grupo (líderes), tienen control sobre las formas efectivas de dirigir esfuerzos concretos de unos individuos sobre otros, tanto en el nivel individual, para regular el propio nivel de motivación y de acción, así como en las estrategias del grupo. En los esfuerzos

Modelo de Autoeficacia.

colectivos se involucran ejecuciones considerablemente complejas que afectan la autoregulación de actividades simples. Sin embargo, las relaciones funcionales establecidas en actividades individuales requieren de una cuantificación tan compleja como en las actividades colectivas. Se encontró que una toma de decisión en un contexto social requiere que los sujetos descubran diferentes reglas de ejecución, para que decidan cuál es la mejor combinación de éstas para cada miembro del grupo para que sus logros sean mayores. Algunas reglas no son lineales ni se componen de un solo elemento lo que hace que sea particularmente difícil aprenderlas, los sujetos deben construir hipótesis acerca del impacto de las reglas, conocer opiniones acerca de los resultados de las acciones, así como darle suma importancia a las hipótesis que fueron probadas y sobre cuáles hay que trabajar. Se observó también que el ambiente social varía en su potencial de controlabilidad, algunos ambientes otorgan oportunidades accesibles y estructuradas que permiten que la persona desarrolle y ejercite su autoeficacia personal, mientras que otros limitan sus oportunidades, ante ello la autoeficacia percibida necesita operar una serie de cambios.

Para comprender aún más el concepto de Autoeficacia, Maddux en 1995 señala que la Autoeficacia (tanto General como Específica) se compone de dimensiones inherentes a las percepciones de los individuos; una de ellas es la **Magnitud** de la Autoeficacia, que es la jerarquía de conductas o número de pasos necesarios para realizar una conducta particular, y que incrementan la dificultad para realizar la conducta. La **Fuerza** de la Autoeficacia, que se refiere a la convicción de la persona para resolver la tarea o llevar a cabo una conducta, y la **Generalización** de la Autoeficacia, que implica las expectativas de los individuos para extender el éxito o fracaso de conductas específicas y limitadas a conductas similares y bajo otros contextos.

A este respecto Locke, Lee y Bobko (1984) realizaron un estudio en el que se observaron estas dimensiones de la autoeficacia y se encontró que la fuerza de la autoeficacia está consistente y más fuertemente relacionada con las metas y la ejecución, que la magnitud de la autoeficacia. Estos resultados apoyan a Bandura (1982) quien señala que la persistencia en las ejecuciones del pasado son determinantes de la autoeficacia. Así mismo, Bandura observa que la autoeficacia es un concepto más abierto que las expectativas de esfuerzo y de ejecución; señala que la autoeficacia se determina por más factores que con los que se determina el esfuerzo. Así, se encontró que la interacción entre las metas y el conocimiento progresivo hacia nuevas metas dirigen a las personas hacia mejores ejecuciones que aquellas ejecuciones que produce el conocimiento solo. En otros estudios de elección de metas y conductas dirigidas a estas, las metas llevan a los

Modelo de Autoeficacia.

sujetos a dirigir sus acciones de acuerdo con los requerimientos de las metas, así como a expandir sus esfuerzos en proporción con la dificultad de la meta y/o la persistencia de la tarea hacia el logro de la meta.

Bandura (1977, 1989) señaló que la conducta humana es explicable a través de un modelo de triple causación: **ejecuciones realizadas en el pasado** que proveen de mucha influencia porque están basadas en la experiencia de la persona, **experiencia vicaria**, en la que las personas observan la forma en que otros han enfrentado situaciones y que les lleva a ampliar su repertorio de conductas para mejorar sus ejecuciones, además ofrece una muy buena idea de lo esperado en función de las reglas sociales, así como **persuasión verbal** porque las personas suelen actuar en función de lo que otras personas les sugieren que hagan, y posteriormente se incluyó un cuarto elemento, **emociones inducidas**. Bandura también explica la importancia de procesos de autoreflexión, procesos autoregulatorios, conducta autónoma, conducta mecánica y conducta interactiva emergente. Así, se sabe que la conducta humana no responde únicamente a los deseos de las personas, sino que además se determina por el medio ambiente.

Así, diferentes líneas de investigación (Bandura 1977, 1982, 1989; Locke, Lee y Bobko, 1984; Shelton, 1990; Gómez, Planes, Gras y Font- Mayolas, 2006) han revelado que la autoeficacia percibida ayuda a enfrentar ciertas problemáticas generando distintas formas de influencia, ayuda a reducir las reacciones de estrés y fundamentalmente ayuda a que las personas muestren una conducta auto-regulada, les permite disminuir la aparición de conductas con resultados no exitosos e ineficaces. También a través de esta teoría se considera la influencia social y la importancia de ésta en la definición de las conductas. Se ha concluido que la autoeficacia se integra por un componente cognoscitivo, uno social y otro fuertemente cargado de estrategias de conducta. A través de ella se crean competencias de conducta y se favorece la improvisación de múltiples sub-estrategias dependiendo de circunstancias específicas. El inicio y la regulación de las transacciones con el ambiente están gobernadas por los juicios personales y el juicio operativo de las propias capacidades. La autoeficacia da un indicador de por qué y cómo actúan las personas, contempla los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales en situaciones específicas. Las personas toman decisiones en la vida diaria acerca de qué cursos de acción tomarán, así como el propósito y el tiempo en el que continuarán ejecutando la conducta elegida. Sin embargo, una inadecuada percepción de las personas acerca de su eficacia personal puede derivar en consecuencias adversas; así las personas pueden evitar actividades que de origen pueden protegerlos de situaciones de riesgo, si es que no se consideran capaces de llevarlas a cabo, además los juicios de las

Modelo de Autoeficacia.

personas acerca de sus capacidades determinan qué tanto esfuerzo deben realizar para ejecutar una conducta y por cuánto tiempo debe llevarlo a cabo, tomando en cuenta las situaciones adversas. Cuando las personas tienen serias dudas acerca de sus capacidades ejecutan tareas débiles y fuera de foco, al contrario, las personas que muestran perseverancia logran ejecuciones exitosas. Se observa que altos niveles de eficacia están asociados a grandes esfuerzos cognoscitivos. El interés central de la teoría de la Autoeficacia es la interrelación dinámica entre el pensamiento autoreferente, la acción y sus efectos (Manning y Wright, 1983).

Se han realizado estudios sobre orientación al logro involucrado con logros de tipo académico (Keyser y Barling, 1981), persistencia en la solución de problemas (Brown y Inouye, 1978), ejecución de tareas en competencias atléticas (Bandura, 1978 y Chambliss y Murray, 1979). De la misma manera se ha demostrado la influencia de la autoeficacia en contextos clínicos, como en el tratamiento para enfrentar las fobias a las víboras (Bandura, 1980; Bandura y Adams, 1977 y Bandura, Adams y Beyer, 1977) tratamiento de la agorafobia (Bandura, et. al., 1980), tratamiento para personas con problemas de asertividad (Kazdin, 1979), reacciones ante el estrés (Bandura y Wood, 1989), entre otros.

De acuerdo con su amplio poder predictivo, la teoría de la autoeficacia ha sido empleada para predecir conductas que preservan la vida, en este sentido Schwarzer, R. y Fuchs R. (1996) consideran que los mecanismos de control anticipatorio involucran tres tipos de expectativas a) expectativas de resultados de acuerdo a la situación, en donde las consecuencias son parte de la situación del ambiente sin que las personas involucradas hubieran actuado, b) las expectativas de resultados producto de las acciones de las personas involucradas y c) la autoeficacia percibida, que se considera como las creencias que tienen las personas acerca de las capacidades con las que cuentan en función de los requerimientos para ejecutar acciones específicas. Asimismo, estos autores señalan que las personas ejecutan conductas que benefician su salud o cambian hábitos que los ponen en riesgo dependiendo de las siguientes condicionantes a) el reconocimiento de que están en riesgo, b) la expectativa de que un cambio de conducta les puede proteger del riesgo y c) la expectativa de que son lo suficientemente capaces de adoptar una conducta positiva que les lleve a reducir la amenaza.

Sin embargo, iniciar y mantener conductas que mantengan la salud no es suficiente para que las personas encuentren una contingencia entre la conducta y los resultados de esta. La autoeficacia percibida representa la creencia de que la

Modelo de Autoeficacia.

persona es capaz de cambiar las conductas de riesgo por conductas de salud a través de acciones personales. La percepción de riesgo habla de un sentimiento personal de vulnerabilidad en que la salud se encuentra amenazada, sin embargo esta sensación varía en personas que comparan su eficacia con sus capacidades. Las creencias de autoeficacia afectan la intención de realizar una conducta que preserve la salud en una situación percibida como riesgosa (Shelton, 1990).

En este sentido, la teoría de la autoeficacia señala que la sensación de ineficacia percibida en el afrontamiento a eventos fuertemente aversivos puede generar sensaciones de miedo. Los esfuerzos dirigidos hacia fomentar prácticas de salud se basan en estrategias persuasivas; así, en ocasiones estas estrategias llevan un alto componente asociado a provocar miedo en las personas con el ánimo de incidir en su autopercepción de riesgo que le lleve a generar estrategias que le guíen a la acción. Las personas necesitan saber acerca de los daños potenciales de ciertas acciones, pero no debe asustarse tanto como para que le paralice para actuar. Así, se ha encontrado que el miedo inducido puede llevar a la adopción de conductas de salud. Sin embargo, se ha encontrado que es mucho más efectivo cuando las comunicaciones de salud inciden en las creencias de las personas acerca de su capacidad para realizar estas conductas, así mismo cuando se incluye en estos mensajes la importancia del esfuerzo y la perseverancia. En este sentido la teoría de la autoeficacia ofrece líneas de acción. Se ha encontrado que las comunicaciones acerca de conductas que preservan la salud en términos de hábitos tienen menos impacto que aquellas diseñadas considerando la pérdida de la salud, se ofrecen 4 explicaciones a este respecto: 1) transmisión de información que contenga hechos reales, 2) miedo inducido, 3) cambios en la percepción de riesgo y 4) la búsqueda de un incremento en la percepción de autoeficacia.

Si las personas creen que pueden ejercer control sobre la ocurrencia de los eventos que les pueden afectar, ellos no temen a éstos o temen menos. El control percibido puede reducir el miedo anticipatorio y la ejecución ante el miedo percibido a estímulos aversivos. La gente suele creer que si pueden ejercer control sobre sus sensaciones de miedo pueden reducir las respuestas automáticas y ejecutar sus conductas con una mayor creencia del control. En algunos experimentos la intensidad del miedo es analizada en función de la fuerza de la autoeficacia percibida en el afrontamiento a diferentes amenazas. Los hallazgos encontrados muestran que sujetos que reportan fobias y que han sido entrenados en programas que les ayuden a elevar su sensación de autoeficacia muestran una alta anticipación en las conductas para enfrentar el elemento fóbico y así el sujeto puede llegar a autopercebirse como eficaz, se ha encontrado que si una fuerte sensación de eficacia personal se incrementa, el miedo declina. La consecuencia

Modelo de Autoeficacia.

más profunda de la sensación de ineficacia personal es la percepción de vulnerabilidad hacia la pérdida total del control personal, aún sobre las dudas personales sobre el afrontamiento a las ejecuciones (Bandura, 1983).

De manera más específica Bandura, Adams y Hardy (1980) señalan que la autoeficacia ofrece información adecuada que permite a las personas enfrentar, de manera anticipada, situaciones específicas que generan miedo en distintas modalidades. Este estudio ofrece elementos sólidos para considerar que el ambiente influencia de manera importante la ejecución de las conductas de las personas y que puede ser un elemento crítico a la hora de actuar.

Respecto de las conductas asociadas a la preservación de la salud, objetivo de este trabajo, para la prevención del VIH/SIDA, el uso de condón se plantea como una alternativa de importancia, sin embargo, a pesar de que la población general tiene esta información no usa el condón de manera consistente. Bandura (1994) señala que los conocimientos sobre conductas de riesgo son condicionantes para el cambio conductual; sin embargo, se ha observado que la información no ejerce mucha influencia en la formación de hábitos para la conservación de la salud; así, no es difícil dar información a la gente sobre cómo mantenerse a salvo del VIH/SIDA desde las implicaciones de la conducta sexual, pero entre tener esta información y ponerla en práctica se anteponen otros factores. Las prácticas de autoprotección sexual con frecuencia se anteponen a sentimientos y presiones interpersonales, como deseos de aceptación social, amenaza, miedo al rechazo, entre otras; así, las mujeres tienen menor poder y ejercicio de control sobre las presiones sociales respecto de su vida sexual (no uso de condón), lo que las hace un grupo especialmente vulnerable al SIDA; por otro lado, algunos hombres que mienten acerca de su historia sexual mantienen una seguridad ilusoria que les permite no percibirse en riesgo de adquirir SIDA, también aquellos que mantienen la creencia de que pueden entablar relaciones sexuales con facilidad y con múltiples parejas, con menor frecuencia usan el condón, así, aquellos que infravaloran el riesgo de sus conductas sexuales creen que tener más de una pareja sexual regular es seguro.

Para transformar los conocimientos de salud en conductas de autoprotección efectivas (VIH/SIDA) se requiere de buenas estrategias sociales y de autoregulación y un fuerte sentimiento de poder personal para tener el control sobre los hábitos sexuales de las personas y de la misma manera, la reducción de conductas de riesgo lleva a elevar la sensación de eficacia personal. Lo más importante no es dotar a las personas de conocimientos acerca de la eficacia de ciertas conductas, lo relevante en realidad es equiparlas con estrategias

Modelo de Autoeficacia.

relevantes y una fuerte auto-creencia de que pueden realizar la tarea a pesar de situaciones no favorecedoras. Por ejemplo, la dificultad para realizar conductas sexuales sin riesgo entra en conflicto con presiones sociales y sentimientos personales. La persona se siente fluctuando entre coerción, atracción, deseos de aceptación social, presiones sociales, dificultades situacionales, miedo al rechazo, entre otras cosas. En este sentido el control personal acerca de las conductas sexuales puede favorecer o no la prevención de enfermedades de transmisión sexual (Bandura, 1994).

Ante la amenaza de contraer SIDA, la Autoeficacia percibida podría llevar a adoptar y mantener una conducta autoprotectora que permita tener el control de la conducta sexual, se encontró (Bandura, 1994) que los hombres que frecuentan bares o baños públicos gay cuentan con menores expectativas de autoeficacia que aquellos que mantienen una relación monógama y quienes pueden negociar el uso del condón en sus encuentros sexuales, se concluye que la autoeficacia percibida sirve como constructor de autoeficacia.

En este mismo sentido se han realizado trabajos que asocian las expectativas de Autoeficacia con comportamientos de salud (Bandura, 1987; DiClemente y Prochaska, 1985; Font, 1990; Kirscht, 1983; Villamarín, 1990) y se ha concluido que cuando los sujetos evalúan sus expectativas de autoeficacia respecto de la prevención del SIDA es posible predecir el que pongan en práctica los comportamientos preventivos. Se observa una relación positiva entre las expectativas de autoeficacia y comportamientos sexuales preventivos, por ejemplo, McKusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff (1990) realizaron un estudio con 508 hombres homosexuales y observaron que los que tenían prácticas sexuales de alto riesgo (penetración anal sin uso de condón) presentaban bajas expectativas de autoeficacia; asimismo, Charles (1985) refiere que sujetos homosexuales que manifiestan una elevada autoeficacia personal, se comprometen significativamente menos en comportamientos sexuales de alto riesgo y realizan consistentemente conductas preventivas, como el uso del condón.

Alfaro (2001) en un estudio realizado en México con pacientes portadores de VIH y enfermos de SIDA construyó un instrumento que se conforma 11 reactivos clasificados en tres factores: Autoeficacia para uso de condón y sexo seguro, Autoeficacia ante la salud y Autoeficacia para conseguir servicios médicos y medicamentos. Encontró que los hombres con SIDA son menos eficaces para usar el condón y tener sexo seguro que las personas con VIH, tanto con parejas regulares como con parejas ocasionales, reporta también que las personas

Modelo de Autoeficacia.

seropositivas al estar menos deprimidos se sienten más capaces de conseguir servicios médicos que les ayuden a conservar su buena salud.

En este mismo estudio se reporta que los pacientes con VIH/SIDA que muestran un mayor autocontrol sobre sus emociones y sus conductas son capaces de tomar mejores decisiones respecto de la preservación de su salud y se observa una menor sintomatología depresiva, menos actividad retardada y menos estrés, así como mejores estrategias de enfrentamiento ante la pérdida de la salud. Se demuestra que las personas con enfermedades crónicas que tienen una mayor percepción de autoeficacia y control personal para enfrentar los estresores de la enfermedad desarrollan mejores habilidades o estrategias cognoscitivas y conductuales más activas enfocadas a reducir la tensión y a mantener comportamientos saludables. Se encontró que un locus de control externo, bajos niveles de autoeficacia y estados de ánimo negativos se relacionan con sintomatología depresiva y un mayor avance de la enfermedad.

Murphy, Stein, Maibach y Schlenger (2001) también observaron en un grupo de personas mayores de 18 años, que las expectativas de autoeficacia para la prevención sexual del SIDA eran diferentes en función del tipo de conducta y que conforme se incrementaba su dificultad se reducían estas expectativas. Estos resultados son útiles para predecir con mayor éxito la ejecución de conductas preventivas relacionadas con el uso del condón, así como la evaluación de las expectativas de autoeficacia específicas para las distintas conductas, tipos de pareja, género, etc., aunque también se han encontrado hallazgos que no alcanzan a predecir con certeza si se van a ejecutar o no las conductas preventivas, al menos así lo sugieren los resultados de algunos trabajos (Catania, Coates, Kegeles, Thompson-Fullilove, Peterson, Marin, Siegel y Hulley 1992), que no encontraron una asociación significativa entre las creencias de autoeficacia y la frecuencia de uso del condón entre hombres y mujeres heterosexuales, así mismo, tampoco se encontró que altas expectativas de autoeficacia reflejen de manera contundente la competencia real de las personas para reducir el riesgo de transmisión del VIH. Así mismo en un estudio (Forsyth, Carey y Fuqua 1997) con 43 varones estudiantes universitarios comprobaron que las expectativas de autoeficacia sobre el uso del condón no se relacionaron significativamente ni con su actuación en un *role-playing* preventivo, ni con sus habilidades reales de manipulación del condón.

Planes Pedra (1995) realizó un estudio para probar el valor predictivo de la autoeficacia percibida respecto del uso del condón (Autoeficacia General) y respecto del uso o no uso del condón con diferentes tipos de parejas (Autoeficacia

Modelo de Autoeficacia.

Específica), con la finalidad de explicar la capacidad de los individuos para poner en práctica este comportamiento preventivo; se evaluaron los siguientes rubros: expectativas de autoeficacia general (uso de condón), expectativas de autoeficacia para conseguir usar el condón con la pareja estable, expectativas de autoeficacia para conseguir usar el condón con las parejas ocasionales, expectativas de autoeficacia para negarse a mantener relaciones sexuales con la pareja estable si no se usa condón, expectativas de autoeficacia para negarse a mantener relaciones sexuales con una pareja ocasional si no se usa condón. Se encontró que no se da la misma respuesta a una pregunta sobre autoeficacia general que a una pregunta que plantea una situación específica; asimismo las expectativas de autoeficacia varían de acuerdo al tipo de comportamiento preventivo considerado, conseguir que la pareja estable use el condón es más sencillo que negarse a mantener relaciones sexuales con dicha pareja si no quiere usar el condón. También difieren las expectativas de autoeficacia para negarse a mantener relaciones sexuales sin condón, dependiendo del tipo de pareja, así, los sujetos se sienten menos capaces con la pareja estable. Así mismo, se comprobó la influencia del sexo al observar que la autoeficacia general es más elevada en los hombres, pero la autoeficacia específica es superior en las mujeres sobre todo cuando se trata de la pareja estable.

Cassamo, Gras y Planes (2005), encontraron que cuando la pareja es ocasional, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a su capacidad percibida para utilizar o pedir el uso del condón en las relaciones sexuales, mientras que si se trata de la pareja regular, los hombres informan sentirse mucho más capaces de utilizarlo, que las mujeres de pedir su uso. Por lo que se refiere a negarse a mantener relaciones sexuales en caso de que la pareja no quiera usar el condón, las mujeres se sienten más capaces que los hombres si la pareja es ocasional, mientras que si se trata de la pareja regular no existen diferencias entre hombres y mujeres ya que la mayoría se perciben con bajos niveles de autoeficacia para negarse.

En otro estudio (Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas, 2006) se focalizaron las expectativas de autoeficacia respecto de proponer, convencer y negarse a usar condón en los encuentros sexuales de jóvenes universitarios; se observó que las expectativas de autoeficacia para negociar el uso del condón se reducían significativamente conforme se incrementaba la resistencia de la pareja a su empleo. Los jóvenes se sentían más capaces de proponer el uso del condón que de convencer a la pareja en caso de que se negara a usarlo, así mismo, más capaces de convencer que de negarse a tener relaciones sexuales sin condón. Se observó también, un efecto de interacción entre las expectativas de autoeficacia y

Modelo de Autoeficacia.

el género, de manera que la capacidad percibida por los hombres era significativamente menor a la de las mujeres en todas las situaciones: proponer, convencer y negarse.

En este sentido, en una investigación realizada por Gómez, Planes, Gras, Font, Cunill y Aymerich (2006) con mujeres estudiantes universitarias se observó una percepción diferencial de la autoeficacia según el grado de dificultad percibida de la conducta a realizar. Las expectativas de las jóvenes para pedir el uso del condón a una pareja sexual ocasional en la primera cita, fueron significativamente más altas que las expectativas para intentar convencer a la pareja regular a favor de su uso, asimismo, las expectativas de negarse a tener relaciones sexuales con la pareja ocasional si se opone a usar el condón, fueron muy superiores.

Uribe, Vergara y Barona (2009) realizaron un estudio para identificar la percepción de susceptibilidad frente al VIH/SIDA y la autoeficacia del uso del condón en adolescentes. Se encontraron diferencias significativas en la autoeficacia en función del género y la edad y en la susceptibilidad en función del género. Concretamente, las mujeres se perciben más autoeficaces para hacer frente al VIH que los hombres, afirman que las mujeres se consideran más autoeficaces que los hombres, específicamente en el uso del condón y al negociar con sus parejas el uso del mismo, lo que implica que se consideran con una buena capacidad para controlar las situaciones que los ponen en riesgo frente al VIH. Lo que se contradice con estudios previos que señalan que los hombres tienen mayor autoeficacia en el uso del condón, pero concuerdan en que las mujeres tienen mayor autoeficacia en las conductas preventivas como el rechazo a tener relaciones sexuales. Se observaron también diferencias significativas en función de la edad, los jóvenes de 16 a 18 años se perciben menos autoeficaces en el uso del condón que los jóvenes de 12 a 13 años, además de señalar que los jóvenes de más edad son los que tienden a utilizar con menor frecuencia el condón porque a medida que se incrementa la edad, presentan relaciones de pareja más estables y sustituyen el condón por otros métodos anticonceptivos. De igual manera, se observa que entre los adolescentes aún se considera que el uso del condón disminuye el placer sexual lo que contribuye a que esta población no se proteja de las enfermedades de transmisión sexual.

Planes y Gras (2002) exploraron la influencia de las normas percibidas de los compañeros (factor sumamente importante como constructor de autoeficacia), se observó que la aceptación percibida del uso del condón por parte del amigo o de la amiga más cercanos, eran las únicas variables que estuvieron significativamente relacionadas con el empleo del condón en la última relación

Modelo de Autoeficacia.

sexual. Mientras que no se observó dicha relación con el resto de variables examinadas: nivel de conocimientos sobre la prevención del sida, expectativas de resultados del condón para evitar la infección con el VIH, expectativas de autoeficacia para utilizarlo y creencias sobre la aceptación del uso del condón por parte de la pareja actual o por otras parejas. Posteriormente Cassamo, Gras y Planes (2005) encontraron que la evaluación de la aceptación percibida del uso del condón se amplió a los padres y se analizaron los resultados en función del género, se comprueba que los varones perciben significativamente una mayor aceptación por parte de su madre y de su pareja actual, que las mujeres. Por otra parte, las mujeres creen que el uso del condón es muy aceptado por su amiga y los hombres lo perciben muy poco aceptado por su amigo.

De manera contradictoria con la teoría clásica de la Autoeficacia, se han encontrado hallazgos que señalan que ésta es muy importante para la generación de intenciones de conducta y para su implementación mental, pero no es suficiente como predictora de conductas de autoprotección respecto del uso del condón en escenarios reales, por ejemplo, Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe (2009) proponen el modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales, en el que señalan que el efecto de variables como el conocimiento y actitudes hacia el VIH/SIDA y la vulnerabilidad ante la infección del VIH, se ven mediados por la autoeficacia en el uso del condón en estudiantes de secundaria. Los resultados indican que las variables referidas al conocimiento, motivación y habilidades conductuales contempladas en el modelo de manera independiente se relacionan directa y fuertemente con el uso del condón en parejas estables y ocasionales y que esto implica que no es necesario tener en cuenta terceras variables (como la autoeficacia) para que aquellas predigan el uso del condón. Sin embargo, los resultados también indican que al incluir a la autoeficacia como predictora, la intención de uso de condón se incrementa sobre todo en lo referente a adquirir las habilidades necesarias para su uso. El efecto del nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la motivación para realizar conductas preventivas se ve mediado por las habilidades conductuales que conllevan estrategias preventivas por ello se sugiere que los estudios deben centrarse en fomentar dichas habilidades a través de fomentar la sensación de autoeficacia.

En el estudio de Carrasco, Muñoz y Sánchez (2003) se partió del hecho de que saber cómo se previene el SIDA no implica el cambio de las conductas de riesgo por conductas de prevención, sino que existen otra serie de factores psicosociales que intervienen directamente en la adquisición y mantenimiento de dicha conducta como las actitudes ante dicha conducta, la intención de llevarla a cabo, la gravedad y susceptibilidad percibida respecto a la enfermedad (SIDA), la

Modelo de Autoeficacia.

percepción de control sobre el comportamiento, las habilidades de comunicación con la pareja, la percepción de autoeficacia respecto a la capacidad de comunicar o persuadir a la pareja acerca del uso del condón, etc. Sin embargo, esas expectativas de autoeficacia no se traducen en un mayor uso del condón en sus relaciones sexuales.

Noboa y Serrano (2006) realizaron un estudio con mujeres puertorriqueñas y encontraron que la autoeficacia influye en varios aspectos del comportamiento del ser humano: (1) implantar un comportamiento deseado, (2) generar y mantener la motivación que se requiere para lograr y mantener ese comportamiento, (3) el proceso mental involucrado al implantar el comportamiento; y (4) las emociones experimentadas al ejecutar el comportamiento o al anticipar sus resultados. Así, las características de una persona autoeficaz son tener voluntad, recursos y perseverancia, por ello la autoeficacia se manifiesta a través de la confianza en la capacidad de sobreponerse a los obstáculos. Se consideran necesarias para la protección del VIH/SIDA, las siguientes destrezas autoeficaces de negociación sexual: (1) reconocer la petición de la pareja, (2) rechazar la práctica de comportamientos de alto riesgo, (3) proveer razones para el rechazo, (4) expresar la necesidad de protección, (5) sugerir alternativas específicas de bajo riesgo, (6) identificar verbalmente las razones que ofrece la pareja para no practicar sexo más seguro, (7) reafirmar el interés en protegerse, (8) rebatir los argumentos de la pareja sin atacarla y, finalmente, (9) reconocer la relación contexto-estrategia.

Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serrano García (2009) reportan un estudio en el que se demuestra que las personas que informan utilizar el condón en todo momento durante las relaciones sexuales reportan mayores niveles de autoeficacia para negociar su uso, un mayor uso del condón en las relaciones extramaritales, casuales o de menor estabilidad. Se identificaron diversos factores que afectan la percepción de eficacia que la persona tiene para lograr convencer a la pareja para utilizar el condón: (a) la capacidad para abandonar el escenario si la pareja no accede a la petición; (b) la capacidad de perseverar en la negociación; (c) el deseo real de negociar; (d) la posibilidad de establecer una conversación sobre las prácticas sexuales de menor riesgo; (e) las propias ideas, motivaciones y actitudes hacia esas prácticas; (f) las condiciones en que ambas personas se encuentren en la situación (ej. influencia de alcohol y drogas); (g) el tipo de pareja (casual o estable), y (h) la percepción que se tenga de la pareja (si se ve "saludable" o no). Estos elementos, además de influir en la habilidad de negociar sexualmente con la pareja, influyen sobre la percepción de la capacidad para desafiar las dificultades que pueden surgir antes, durante y después del proceso de negociación.

Modelo de Autoeficacia.

Los investigadores del área han considerado que debe tomarse en cuenta que la eficiencia en la ejecución de las tareas requiere de práctica. Algunas personas que practican ante problemas imaginarios pueden mostrar incrementos en la autoeficacia percibida y mejorar sus ejecuciones para enfrentar ciertas amenazas ya en la vida real. Los impedimentos para la observación directa de una serie de conductas sociales han estimulado el desarrollo de metodologías de role-playing que permiten observar conductas relevantes en escenarios análogos al ambiente natural, particularmente cuando se consideran conductas con alta carga de contenido moral. Después de que las personas adquieren conocimientos acerca de sus nuevas estrategias y de las estrategias y demandas sociales ahora necesitan una guía acerca de las formas en que se deben implementar y bajo que situaciones. En estudios sobre el tema, inicialmente las personas lo hacen en situaciones simuladas con la intención de que no tengan dudas y miedo acerca de sus ejecuciones y estén conscientes de los errores que pueden cometer, además de que pueden recibir retroalimentación acerca de su ejecución y corregir así los errores.

Bandura (1978) señala que los individuos pueden poseer una habilidad adecuada y una fuerte sensación de eficacia para ejecutar muy bien una conducta, sin embargo, eso no implica que tengan o hayan elegido una estrategia de ejecución adecuada porque no tienen incentivos para ello. Las estrategias para realizar tareas pueden afectar la ejecución, cuando los sujetos son entrenados con diferentes estrategias para realizar tareas tienen mejores ejecuciones que cuando realizan las acciones sin haber sido entrenados (Shelton, 1990).

En el estudio citado de Manning y Wright (1983) se concluyó que los sets o escenarios en los que las personas actúan afectan la ejecución de la tarea y sobre todo en la planeación de las estrategias para lograr la meta. Así, Locke, Lee y Bobko (1984) asignaron diferentes tareas a los sujetos en estudio, los niveles de las expectativas eran diferentes (altas y bajas) para cada sujeto dependiendo de los niveles de las metas (sencillas y complejas). Se encontró que las correlaciones globales entre las ejecuciones y las expectativas son altamente negativas, así, la gente con metas sencillas (ejecuciones bajas) tienen altas expectativas, comparados con aquellos con metas difíciles (altas ejecuciones) y bajas expectativas, los sujetos mostraban diferentes niveles de eficacia respecto de los niveles de la ejecución, demostraron que las estrategias para realizar tareas pueden afectar la ejecución, se observó que cuando los sujetos son entrenados con diferentes estrategias para realizar tareas tienen mejores ejecuciones que cuando realizan las acciones por si solos. Se encontró que los sujetos mostraban

Modelo de Autoeficacia.

mayores expectativas ante las tareas que les fueron asignadas y ante las que fueron entrenados.

Bandura y Wood (1989) realizaron un estudio en el que mostraron que la controlabilidad y la complejidad de las ejecuciones pueden afectar los mecanismos de autorregulación que dirigen hacia logros en escenarios simulados. Los sujetos bajo estudio fueron clasificados en dos grupos, los primeros fueron entrenados bajo un set cognoscitivo en el que las situaciones no eran fácilmente controlables lo que generaba una baja sensación de autoeficacia específica y baja percepción de autoeficacia general, sobretodo porque los sujetos veían una alta desorganización en las metas a las que tenían que llegar; y el otro grupo operaba bajo un set cognoscitivo controlable, estas personas reportaron una fuerte sensación de autoeficacia, además de que reportaron un incremento en las posibilidades de cambiar de sets (autoeficacia general) y presentaron un efectivo pensamiento analítico para llegar a metas específicas. Los cambios en estos sets afectan factores autoregulatorios que explican las diferencias en la organización de los logros. En este estudio también se exploró el impacto del entrenamiento en las metas personales encontrando que éstas se ven afectadas por la nueva sensación de autoeficacia.

A pesar de lo anterior, y de las investigaciones sobre toma de decisiones humanas que examinan juicios simples en ambientes controlados (Beach, Barnes y Christensen-Szalanski, 1986; Hogarth, 1981), se ha encontrado que los juicios bajo estas condiciones no necesariamente proveen suficientes bases para desarrollar descripciones o modelos normativos para la toma de decisiones en escenarios naturales que permitirían ayudar a aprender sobre mecanismos motivacionales, se requiere además de un conocimiento base confiable y un uso eficaz de habilidades cognoscitivas para descubrir información relevante, construir opciones, pruebas y revisiones sobre el propio conocimiento basado en los resultados de las acciones producto de decisiones tomadas en el pasado. Así estos autores señalan que la conducta humana está gobernada por las percepciones de eficacia personal y por el ambiente social más que por los objetivos de las personas. Sin embargo, los individuos que se sienten ineficaces muestran efectos más limitados en sus cambios de conducta a pesar de que el ambiente les provea de grandes oportunidades. Por otro lado, aquellas personas que están convencidos de su autoeficacia son más perseverantes y tienen más control de su ambiente.

En un estudio (Bandura, 1994) se evaluó un programa preventivo de enfermedades de transmisión sexual en el que se incorporó un modelo de

Modelo de Autoeficacia.

autoregulación y se evaluaron las creencias hacia el uso del condón como reductor del placer sexual. A los participantes se les dio información acerca de la causa, la transmisión y la prevención del SIDA y recibieron un entrenamiento acerca de incrementar su sensación de autoeficacia en la negociación y el uso del condón, se les habló acerca de la importancia de erotizar el condón y remover las barreras para su uso. Se encontró un gran beneficio en los conocimientos acerca de los riesgos, menor aceptación de prácticas de riesgo, además reportaron involucrarse menos en conductas sexuales de riesgo, aceptaron menos prácticas de riesgo. Se encontró que las personas aprenden y perfeccionan estrategias para actuar bajo ciertas condiciones y que pueden generalizarse a otras situaciones, además se observó que las conductas que violan las normas sociales son penalizadas socialmente, por ello, las personas adoptan algunos estándares de conducta que regulan sus acciones para que de manera anticipatoria observen las consecuencias de sus actos.

Forsyth, Carey y Wayne-Fuqua, (1997) reportaron un interesante estudio en el que evaluaron la relación entre las creencias de autoeficacia acerca del uso del condón y la ejecución conductual. El propósito de este trabajo fue examinar la percepción de autoeficacia sobre el uso del uso de condón con el CUSES (Condom Use Self-Efficacy Scale) que es un instrumento tipo likert que evalúa la eficacia para comprar condones, ponerlos y quitarlos y negociar su uso con diferentes tipos de parejas, correlacionándolo con estrategias de conducta definidas por role playing. Se hipotetizó que a) las subescalas del CUSES designadas para medir creencias de autoeficacia sobre la negociación del uso del condón con parejas que se resisten a su uso podría mostrar variabilidad en una situación de role-playing y b) las subescalas que miden autoeficacia percibida para proponer el uso del condón podrían predecir un cambio en función del escenario específico.

Se trabajó con 43 estudiantes varones con una edad promedio de 18.9 años, 89% de ellos han tenido experiencia sexual, 79% han usado condones anteriormente y el 63% han usado condones en sus más recientes encuentros sexuales. Los participantes llenaron un cuestionario sobre su vida sexual y después respondieron a una escala sobre actitudes hacia el uso del condón, al CUSES, hicieron un role-playing y finalmente dijeron como se usa un condón.

Los participantes trabajaron con las siguientes situaciones hipotéticas: a) con una nueva pareja sexual casual y con una pareja estable b) cuando no hay condones disponibles c) y cuando aparentemente la pareja está enferma. Las respuestas a las preguntas fueron videograbadas y se encontraron respuestas a) que evitaban

Modelo de Autoeficacia.

la conducta de riesgo b) las razones por las cuáles evitaban estas conductas (p.e. miedo a contraer VIH) c) dando soluciones alternativas (por ejemplo sugiriendo actividades sexuales alternativas) y d) dando respuestas agresivas. Las respuestas se categorizaron en Evitar la conducta, Razones para la evitación y Soluciones alternativas.

Posteriormente se presentaron a los participantes, condones y lubricantes y luego se les cuestionó acerca de la manera de usarlos para prevenir el VIH, después se les pidió que pusieran los condones y el lubricante en modelos de penes. La ejecución se conformaba por 15 puntos, 9 relacionados con la selección del condón y del lubricante, a estas conductas se les asignaron puntos en función de la presencia o ausencia de elecciones correctas y de ejecuciones correctas. A los participantes se les pidieron respuestas verbales acerca del uso del condón (¿cómo quitarías un condón después de haber tenido relaciones sexuales?) y se les asignaban puntos correctos e incorrectos. Durante la simulación, a los participantes se les presentaron 4 tipos de condones a) de látex no lubricados, b) de látex lubricados, c) de piel de borrego, c) de látex lubricados pero que ya habían expirado. Entre los lubricantes se presentaron jalea, petróleo en jalea y aceite de bebé. Los participantes fueron instruidos para escuchar una grabación con cada uno de los escenarios y luego se les pidió que respondieran de acuerdo con su propio punto de vista y finalmente hicieron el ejercicio de los condones. Las ejecuciones fueron grabadas a través de un espejo.

Se encontró que el CUSES tiene buena consistencia interna así como una elevada correlación con la escala de actitudes hacia el condón. Sin embargo, el mayor hallazgo fue que en este instrumento el factor que corresponde a la eficacia percibida para la negociación del uso del condón no correlacionó con la ejecución y por lo tanto estos factores no predicen un alto nivel de variabilidad en las ejecuciones. Asimismo el factor del cuses que mide autoeficacia hacia el uso del condón no mostró buenos niveles de significancia.

En la comparación del CUSES con el protocolo de uso de condón (role-play) se observó que los participantes usan adecuadas estrategias para su uso. De acuerdo con la teoría de la autoeficacia, las creencias de autoeficacia y la ejecución de conductas son fenómenos diferentes, sin embargo, con una buena intervención, las creencias de autoeficacia podrían ser usadas para predecir la ejecución de conductas de interés. Sin embargo, en la literatura específica se ha encontrado que es más frecuente encontrar correlaciones altas entre las creencias de autoeficacia y la intención de uso de condón que con las estrategias de uso. Las intenciones conductuales están influenciadas por normas sociales, actitudes y

Modelo de Autoeficacia.

creencias de autoeficacia, adicionalmente la ejecución se ve influenciada aún con la presencia o ausencia de estrategias conductuales relevantes. Así, se concluye que las intenciones no son equiparables a la acción, y que se debe interpretar con precaución la capacidad de las creencias de autoeficacia en el momento de predecir las estrategias de uso de condón, ya que solo algunos participantes que mostraban una alta percepción de autoeficacia demostraron realmente buenas estrategias de uso. La teoría de la autoeficacia predice discrepancias entre los preceptos de eficacia y la ejecución de las tareas.

En este mismo sentido, Abraham, Sheeran, Norman, Conner, Vries y Otten (1999) refieren en un estudio que la teoría social cognitiva y la teoría de la conducta planeada señalan que la percepción de autoeficacia acerca del uso del condón y las medidas de intención de uso pueden distinguir a los usuarios de condón de los no usuarios a partir de la importancia de la disponibilidad del condón para los que intentan usarlo. La autoeficacia se correlaciona de manera muy alta con el hecho de tener un condón disponible, no así con el hecho de tener que conseguirlo; en este sentido, los autores señalan que la autoeficacia general de uso de condón correlacionó de manera moderada con las medidas de autoeficacia específica. Esto se contradice con lo esperado de acuerdo con aspectos teóricos que sugieren que la autoeficacia específica contribuye en gran medida a la predicción del uso del condón a través de los efectos de la formación de intenciones respecto de cualquier situación asociada con el uso del condón. En este sentido se ha señalado que la relación entre la autoeficacia general y el uso del condón puede elevarse usando medidas de acción de autoeficacia específica que podrían ser empleadas para generalizar el uso del condón en cualquier situación. Los sujetos ponen atención en estrategias como prerrequisitos básicos que deben cumplir para lograr la meta final, aspecto fuertemente asociado a estrategias de elaboración e implementación de planes mentales.

Respecto del método empleado señalan que cuando se sugieren distintos escenarios para la ejecución de la conducta de uso de condón que inciden en diferentes creencias, se observan efectos diferenciados sobre la conducta; reportan que la autoeficacia se correlaciona significativamente con el reporte de uso de condón, sin embargo, en pocos estudios se observa si las medidas de autoeficacia agregan varianza explicada en el uso del condón después de controlar los efectos de la intención. Contrario a las explicaciones teóricas, este estudio sugiere que las medidas de autoeficacia no incrementan la predicción de uso de condón producido por la intención, sin embargo, la intención del uso si arroja datos significativos en este sentido.

Modelo de Autoeficacia.

Los hallazgos señalan que una alta percepción de autoeficacia puede promover a la acción porque facilita la formación de intenciones, y como se ha señalado existen otros antecedentes cognoscitivos que pueden incrementar la posibilidad de que la implementación de las intenciones en escenarios reales suceda, como las actitudes, la norma subjetiva, las creencias de las personas acerca de sus capacidades, qué tanto esfuerzo realizan para lograr sus metas, cuánto perseveran para encarar las dificultades, su autopercepción de riesgo, los estados emocionales asociados, sus capacidades de negociación, entre muchos otros. Por ello es importante evaluar que la percepción de la autoeficacia tiene una serie de determinantes, a saber, experiencias pasadas, aprendizaje vicario, experiencia imaginativa, persuasión verbal, estados psicológicos, estados emocionales y recursos distales y proximales. Así, la autoeficacia percibida se relaciona con las creencias de las personas de que pueden mantener el control de sus propias conductas, por ello no deben perderse de vista sus motivaciones, sus estados emocionales, sus patrones de conducta y sus procesos de pensamiento que con la finalidad de aprovechar estos recursos los llevan a planear conductas.

Capítulo 3. Planeación: El Modelo de las Fases de la Acción.

La conservación de la salud requiere de la predicción y promoción de conductas de prevención, ante ello, diversos modelos teórico-metodológicos han intentado integrar variables psicosociales con las cuales se pudieran predecir conductas saludables, entre estos modelos, como se vio anteriormente, están la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1973) y el modelo de Autoeficacia (Bandura, 1987). Con ambos modelos se han logrado importantes hallazgos respecto de reducir el hábito de fumar, predecir y aumentar la probabilidad de que se use el cinturón de seguridad, promoción de hábitos alimenticios adecuados y respecto del SIDA, predecir y fomentar el uso del condón. La promoción del uso del condón para prevenir la infección por VIH no debe llevarse a cabo de manera aislada, deben incorporarse elementos como la información, aspectos referentes a la seguridad de su uso y factores afectivos relacionados, se debe tomar en cuenta la aceptabilidad personal y social, los obstáculos psicológicos, la autopercepción de riesgo y las actitudes, entre otras cosas (Unger y Molina, 1999). Además de los modelos descritos valdría la pena observar e integrar otros modelos que permitan predecir la conducta de uso de condón, desde perspectivas más completas y complejas, como el modelo de las Fases de la Acción y la Planeación inherente a éste, ya que se deben identificar las estrategias mentales que usan las personas para protegerse de situaciones de riesgo, con la intención de crear programas de intervención (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim 1990; Gollwitzer, 1996).

En función de la prevención del VIH/SIDA, se han realizado algunos estudios que consideran la planeación como un factor determinante en la emisión de conductas de autocuidado. Horn y Brigham (1996) realizaron un estudio experimental en el cual se les pidió a sujetos heterosexuales, sexualmente activos y con múltiples parejas que hablaran sobre sus experiencias con el uso del condón, en general, se encontraron frecuencias mínimas, posteriormente se les sometió a un entrenamiento sobre planeación conductual, 3 meses después se les interrogó sobre la frecuencia de uso de condón en sus encuentros sexuales y ésta había aumentado sustancialmente.

Perkins, Murphy y Evans (1993) encontraron que la predicción de conductas sexuales de alto riesgo en hombres homosexuales seronegativos se encuentra negativamente asociada con la autoestima, aceptación de la homosexualidad, control emocional y con la planeación conductual; así como positivamente

Modelo de las Fases de la Acción.

asociada con ansiedad, depresión, sentimientos de vulnerabilidad y conflicto social.

Winter y Goldy (1993) realizaron un estudio experimental con la finalidad de diseñar 2 estrategias educativas para promover el uso del condón en mujeres adolescentes. La primera consistió en generar una correspondencia entre actitud y conducta respecto del uso del condón y la segunda estrategia consistió en establecer contingencias de planeación para generar representaciones mentales sobre la negociación del uso del condón con la pareja sexual. Al final se observó que con la segunda estrategia más mujeres negociaron el uso del condón con más frecuencia y respecto de la primera estrategia no se observaron diferencias en los patrones de antes y después del estudio.

En otro estudio (Rosthsplan y Read, 1996), se encontró que las conductas de prevención requieren de planeación ya que éstas permiten reducir la exposición al VIH en el futuro. Así, los sujetos con una elevada orientación en el tiempo al futuro pueden planear adecuadamente estrategias de prevención mucho más eficaces y complejas que aquellos sujetos con una baja orientación temporal al futuro y más al presente. En este mismo sentido, Waldron, Caughlin y Jackson (1995) realizaron un estudio experimental en el cual se les pidió a seis parejas de individuos que realizaran planes concretos vs. abstractos para establecer conductas preventivas; se observó que aquellos con planes de acción más concretos tenían discusiones más específicas, obtenían más información entre sí, y tenían una percepción social más adecuada de la enfermedad.

White, Terry y Hogg (1994) a través de la Teoría de la Acción Razonada y de la conducta planeada, intentaron predecir las intenciones de estudiantes universitarios para realizar sexo seguro; las variables predictoras fueron la intención, la actitud, la norma subjetiva, la norma del grupo, el control conductual percibido, la autoeficacia y la planeación; las tareas evaluadas fueron frecuencia de uso de condón durante el último mes y la negociación del uso del condón con las parejas sexuales ocasionales en este mismo período. Se encontró que la norma grupal y la planeación son importantes predictores de las intenciones de realizar las conductas; las otras variables no fueron significativas.

A pesar de la importancia de los estudios mencionados, en ninguno de ellos se explica claramente lo que es la planeación, cuáles son sus componentes y la importancia de éstos como estrategia; por eso es importante abordar este constructo desde una perspectiva más teórica.

Modelo de las Fases de la Acción.

Gollwitzer (1990, 1996) señala que la Planeación ayuda a solucionar problemas conductuales en estrategias dirigidas al logro de metas que suelen ser vulnerables a factores distractores; a través de la planeación es posible incrementar los esfuerzos y la persistencia para el logro de metas, se establecen estructuras mentales y se implementan intenciones de conducta. La Planeación es una estrategia mental que prepara al individuo para una acción futura, es decir, precede a una ejecución y anticipa el futuro de acuerdo con un contexto determinado. Heckhausen y Gollwitzer, (1987) proponen el **Modelo de las fases de la acción**; que señala que la planeación despliega efectos benéficos en el logro de metas a través de **la implementación de sets mentales** y **la implementación de intenciones** (Gollwitzer, 1993).

El resultado de la planeación es, primero, incitar a la actividad mental y posteriormente generar estructuras que se conserven en la memoria para utilizarlas posteriormente cuando se compartan necesidades y contextos, es decir, se implementan estructuras mentales así como intenciones conductuales. Los planes que acceden a la memoria pueden mostrar diversos rasgos estructurales, pueden ser a) completos: se establecen las relaciones específicas entre todas y cada una de las fases de la acción con las ligas estructurales específicas también entre cada paso, de principio a fin; b) incompletos: algunos pasos no se especifican, se van completando en el momento de la acción y corresponden a situaciones y contextos específicos, c) se pueden entremezclar los pasos de acuerdo con la ejecución actual del individuo, es decir, se pueden generar nuevos planes; d) simples y complejos: pueden implicar unos cuantos o muchos diferentes pasos de acción, o pueden variar también en su especificidad, o sea que puede haber un contexto situacional anticipado y las diversas acciones que se van a ejecutar deben ser específicas y detalladas o con pocos niveles de vaguedad, tienen diferentes pasos, fases y formas de acción. Ninguno de estos tipos de planes es mejor que otro, cada uno depende de las características de elección de quién planea, de las conductas o metas y de los contextos de acción.

En general, los planes cuentan con puntos de elección los cuales son susceptibles de ser modificados de acuerdo con las demandas específicas, estos planes son flexibles; existen otros que cuentan con un solo curso de acción y no pueden ser modificados; y existen otros que están organizados en un orden jerárquico y una conducta invariablemente antecede a otra. La finalidad de todos los tipos de planes es facilitar la tarea hacia las metas. Cómo y qué tipo de planes, dependen de la tarea, sobre todo con la finalidad de evitar, controlar o manejar adecuadamente los eventos distractores.

Modelo de las Fases de la Acción.

Este modelo está basado en la distinción conceptual entre el set de metas motivacionales y la voluntad en el esfuerzo para el logro de metas (Lewin, Dembo, Festinger y Sears, 1944). Esto se asume como que los principios que guían la selección de las metas y la guía para el logro de las metas son aspectos cualitativamente diferentes (Kuhl, 1984). El modelo establece una perspectiva temporal para el logro de las metas, parte de los deseos de las personas para lograr las metas y la continua evaluación de los pensamientos que las personas tienen una vez que han elegido la meta y algún tipo de resultados.

La secuencia de eventos se compone de cuatro fases sucesivas, la primera se llama fase **Predecisional**, que consiste en deliberar los deseos y analizar si hay contradicciones entre el deseo deliberado y otros deseos, ante esto las personas tienen que decidir cuáles de sus múltiples deseos prefieren perseguir; se debe analizar también acerca de la dificultad de implementación del deseo y tomar muy en cuenta los criterios acerca de la deseabilidad social, así como detectar si el deseo es realizable, bajo qué circunstancias y con qué costos y beneficios. Las preferencias se establecen empleando criterios evaluativos sobre la factibilidad y deseabilidad de los resultados. La factibilidad de un deseo está determinada por las oportunidades de que este deseo pueda realizarse (la persona deberá preguntarse si cuenta con las habilidades necesarias, los talentos, el tiempo, los medios de acceso así como las oportunidades). La deseabilidad se relaciona con las expectativas en el cumplimiento de los deseos, se hace una autoevaluación anticipada de las consecuencias positivas o negativas, se hacen evaluaciones a través de otros, se evalúan también los progresos hacia algunas importantes metas de vida, la excitación que produce la ejecución hacia el logro de los deseos, así como los costos y los beneficios de estas ejecuciones. La factibilidad y deseabilidad percibidas del logro de los deseos dependen de la evaluación que se haga de los deseos en el contexto de otros, ya sean complementarios o contradictorios.

Cuando se ha tomado una decisión, la siguiente tarea es promover su iniciación y la exitosa ejecución de las acciones dirigidas a la meta, y esto es mejor cuando estas acciones son prácticas y/o rutinarias. Sin embargo, esto puede ser muy complicado cuando las personas no están decididas acerca de cómo y cuándo actuar. En estos casos la ejecución de las acciones dirigidas a la meta debe prepararse. Si es adecuado, se *hace una transición de los deseos por metas*, cuando la decisión ha sido tomada, la siguiente tarea es la promoción de la iniciación de la tarea, a esta fase se llama de **Preacción**; en esta fase muy frecuentemente los sujetos hacen uso de su experiencia anterior, tanto conductual como mental; se decide el cuándo, dónde, cómo y durante cuánto tiempo, que le

Modelo de las Fases de la Acción.

darán forma al deseo original, convertido en meta; lo que lleva a crear planes de acción.

Con el inicio de las conductas dirigidas a la meta, surge entonces la fase de **Acción** propiamente dicha, en la cual se realizan las conductas pertinentes para lograr la meta, respondiendo a las situaciones y demandas del momento. Las tareas asociadas a la fase **accional** dan dirección a las conductas con la finalidad de tener una conclusión exitosa, para este propósito es importante responder rápidamente a las demandas y oportunidades situacionales. La gente suele aprovechar las oportunidades con la finalidad de permitir el progreso hacia sus metas y cuando se encuentran dificultades y obstáculos, las personas deben incrementar sus esfuerzos.

La última fase es la llamada **Postaccional**, en donde se evalúa el logro de la meta, si se logró como se había deseado y lo que se había deseado, es decir, se vuelve al deseo, el punto central de esta fase es el mismo que el de la primera fase (predecisional). Si la realidad no le ofreció a la persona lo que originalmente deseó aún cuando actuó para conseguirlo puede llevarle a admitir que la ejecución simplemente no fue tan buena como creyó, o que el entorno no apoyó las expectativas y por lo tanto se logró muy poco de la meta deseada. En la fase postaccional la persona busca un apoyo a su deliberación original de acuerdo a sus deseos. Esto genera una nueva deliberación (de otro deseo o la adecuación del mismo) y una reevaluación de la factibilidad y la deseabilidad de la meta. Como consecuencia las personas pueden reducir sus estándares de ejecución con respecto de la meta planeada, pero pueden empezar a considerar otra meta en función de los deseos que parezcan comparativamente más factibles y deseados. Aparentemente la fase postaccional dirige las conductas de las personas.

Se observa entonces que las fases *Predecisional* y *Postaccional* son motivacionales y las etapas *Preaccional* y *de Acción* son conductuales; el Modelo de las Fases de la Acción distingue entre una fase conductual y una motivacional, que aunque están dirigidas hacia una meta común no cuentan con los mismos recursos ni las mismas estrategias de acción. Lo anterior tiene la finalidad de crear una estructura mental que permite a los sujetos resolver tareas específicas, considerando los elementos cognoscitivos que permitan hacer la tarea más accesible (Figura 3) (Gollwitzer, 1990).

Modelo de las Fases de la Acción.

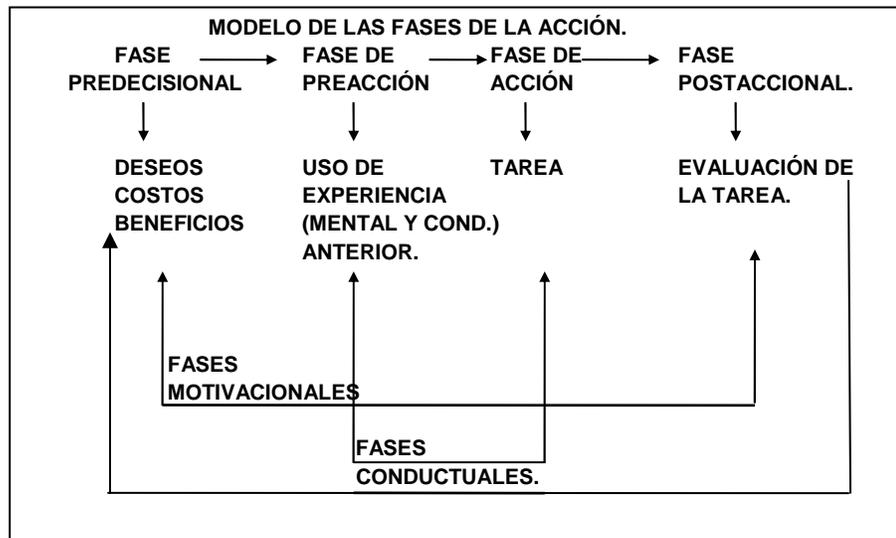


Figura 3. Modelo de las Fases de la acción (Gollwitzer, 1990).

Gollwitzer y Brandstätter (1997) señalan que el modelo busca formar intenciones de meta y la consecuencia de formar una intención de meta es un sentimiento de compromiso con el estado final. Sin embargo, formar intenciones de meta es solo un prerequisite en el progreso del logro de una meta. El modelo está interconectado por tres puntos de transición cruciales. El primero se relaciona con la selección del deseo y ocurre entre las fases predecisional y preaccional. El siguiente punto de transición está localizado entre las fases preaccional y accional e implica la iniciación de las acciones dirigidas a la meta. Y el tercer punto está entre las fases accional y postaccional en el que se evalúan los resultados y la satisfacción del deseo. Tener el propósito de alcanzar una meta es simple, siempre y cuando, las conductas necesarias sean practicadas como una rutina, sin embargo, con frecuencia este no es el caso y por ello el logro de las metas suele retrasarse. Esto puede ser por varias razones, por ejemplo, por el conflicto entre las varias rutas de acción en la intención de alcanzar la meta, en segundo lugar puede ser porque el contexto conduce a que la meta se logre por las rutas habituales y por ello no se permite fácilmente una conducta antagonista, y además porque las buenas oportunidades para actuar algunas veces escapan de la atención y las personas no responden a tiempo.

El objetivo principal del modelo es identificar los problemas típicos que encuentran las personas cuando intentan convertir sus deseos en realidad. El modelo ha generado dos conceptos teóricos que explican el funcionamiento de las personas en las diversas etapas del cumplimiento de sus deseos. Estos conceptos son "Sets mentales" e "Implementación de Intenciones". Ambos conceptos son

Modelo de las Fases de la Acción.

particularmente útiles para entender los efectos benéficos de la planeación en la implementación de las metas. Al formar algún tipo de intención se observa una estrategia autoregulatoria que media entre la formulación de la meta y llevarla a cabo. **Así, formar sets mentales e implementar intenciones significa planear** (Gollwitzer, 1993, 1999).

El concepto de **set mental** intenta explicar la forma en que los individuos resuelven tareas específicas que de manera estructural sirven para dar solución a tareas posteriores. Se trata de estructuras mentales que la persona ha creado a lo largo de su vida y que le permiten dar respuestas a tareas no relacionadas originalmente. Cuando una persona se involucra en el logro de una tarea algunos procedimientos cognoscitivos relevantes son activados y por ello el inicio de la tarea es más fácilmente accesible, se considera entonces que existen diferentes sets mentales que son orientaciones cognoscitivas generales con distintos rasgos que pueden emerger cuando una persona se dirige a completar tareas asociadas con las fases de la acción. Gollwitzer (1990) considera que las tareas dirigidas en la fase predecisional (set de preferencias entre los deseos) es diferente de las tareas dirigidas a la fase preaccional (planear la ejecución de las acciones dirigidas a la meta). Se ha demostrado que las personas a las que se les solicita liberar un deseo personal, desarrollan una orientación cognoscitiva (es decir, crean un set mental) comparadas con aquellas a las que se les propone un plan de acción para el logro de la meta (implementan un set mental).

Cuando las personas cuentan con sets mentales pueden comprometerse de manera muy importante para ejecutar planes específicos, estos compromisos promueven procesos cognoscitivos que ayudan en la ejecución de las acciones orientadas a la meta. El progreso hacia el logro de las metas primero requiere de una decisión que transforme el deseo deliberado en una meta alcanzable la cual termine con el conflicto entre los deseos que compiten por ser alcanzados. Esta decisión adquiere la forma de “Yo intentaré lograr X” lo que entonces se concibe como una intención para lograr una meta. La X especifica un deseo en “estado final” el cual puede llevar a la ejecución de una conducta concreta que haga el deseo realidad. De acuerdo con esto, la consecuencia de tener formada la intención hacia una meta genera un sentimiento de compromiso para el logro del estado final (el logro del deseo) (Gollwitzer y Bargh, 1996).

Sea cual fuere la implementación de la meta elegida las personas no siempre siguen rutas habituales además de que el tiempo de elección y la situación o contexto de acción resultan de suma relevancia para la implementación de las intenciones de conducta y que por supuesto afectan la manera en que las

Modelo de las Fases de la Acción.

personas toman decisiones futuras. El tiempo de elección está relacionado con las rutas que compiten para la realización de la meta. Estas decisiones toman el formato de “Intentaré hacer X cuando encuentre la situación Y”, y esto es justamente lo que se ha llamado **implementación de intenciones** (Gollwitzer, 1993). En la implementación de una intención, una situación futura anticipada (oportunidad) se asocia con cierta conducta orientada al logro de la meta. La implementación de una intención sostiene el compromiso de un individuo hacia la ejecución de ciertas conductas orientadas a metas cuando se encuentra una situación crítica.

El concepto *Implementación de Intenciones* lo acuñaron Gollwitzer, Heckhausen y Ratajczak (1990) y Gollwitzer (1993), debido a una serie de estudios en los que preguntaron a los sujetos acerca de problemas personales no resueltos o actividades programadas para períodos específicos, luego se exploró acerca de las razones por las cuáles no habían completado la tarea y acerca de qué tan alejados estaban de sentir el compromiso para ejecutarla (formar una intención dirigida a la meta). Todos los sujetos se ubicaban lejos de hacer un compromiso orientado a una meta. Posteriormente, se les pidió a algunos sujetos que pensarán en varias vías y eventos asociados con la implementación de las metas. Un grupo de sujetos imaginó las consecuencias positivas que ellos esperaban recibir una vez que el deseo se hubiera implementado para hacerse realidad. Otro grupo simuló varias posibles vías de implementación de sus deseos. Finalmente, otro grupo decidió una ruta específica de implementación. Después de esto se cuestionó nuevamente acerca de qué tan lejos veían la posibilidad de comprometerse con el logro de la meta, y se encontró que sólo los sujetos del último grupo mostraban avances significativos. Aparentemente, el compromiso con ellos mismos en ciertas vías de implementación fortalecía el deseo de los sujetos y se observaban dispuestos a transformar el deseo en una meta definida. Los análisis revelaron que este efecto no estaba dado por los cambios en la factibilidad o deseabilidad de los deseos mencionados, preferentemente, fueron atribuidos a la forma en que ellos intentarían implementar sus deseos.

De acuerdo con lo anterior, Gollwitzer (1993) propone que tan pronto como las personas anticipan sus problemas, ellos pueden implementar intenciones para no fallar en el logro de sus metas. La implementación de intenciones explica los planes y asocia las señales situacionales con conductas orientadas a metas, entonces se postula que la implementación de intenciones ofrece control sobre las conductas en ambientes específicos. En otro nivel de análisis se puede observar que la representación mental de una situación específica puede activar fuertemente la conducta y hacer la meta más fácilmente accesible. Esto implica

Modelo de las Fases de la Acción.

que una vez que los rasgos sean encontrados, las conductas orientadas a la meta podrán iniciar relativamente rápido y con menos esfuerzo, además la acción iniciada es promovida de manera automática. La implementación de intenciones tiene la función de dirigir la accesibilidad ante ciertas situaciones específicas (*buenas oportunidades*) y es particularmente útil cuando es difícil detectar las oportunidades para actuar, lo que puede llevar a que la persona no entienda esas oportunidades. La asociación entre la situación y la conducta se observa como facilitadora de la iniciación a la acción; los beneficios de la implementación de intenciones pueden prevalecer en situaciones que requieren respuestas rápidas y eficientes.

Sin embargo, en otro estudio Gollwitzer (1999) señala que las intenciones de realizar las conductas son herramientas autoregulatorias pero que no garantizan la conducta. Una vez que la gente se ha formado *buenas intenciones* para realizar la tarea y después de detectar *buenas oportunidades*, deben buscar las mejores vías de implementación y que a su vez les motiven para mejorar o cambiar sus conductas. El autor señala que las *buenas intenciones* llevan a las personas a comprometerse con ellas mismas a transformar sus deseos en conductas, pero en el proceso de realizar la meta es fundamental que la vía para conseguirlo sea la ruta correcta, las personas deben pensar acerca de cuáles son las situaciones más favorables y las vías más instrumentales para lograr la meta lo que de manera natural lleva a evaluar la dificultad y complejidad de la tarea. La fuerza del compromiso de la Implementación de Intenciones depende de la meta a alcanzar. La Implementación de Intenciones no es efectiva cuando la meta es débil, o fácilmente abandonable o está en un bajo rango en la jerarquía con otras conductas. Además la distracción inhibe la Implementación de Intenciones, sin embargo, ésta pueden evitar las distracciones. Cuando la motivación es alta, se facilita la Implementación de Intenciones y si no hay distracciones como resultado se observa una buena ejecución.

Se sabe, y de hecho es el motivo de este trabajo, que es muy común que las personas muestren una serie de dificultades en el momento de ejecutar una tarea aún cuando tengan la intención de realizarla y que se encuentren en el mejor contexto. Respecto de este modelo se considera que los problemas para ejecutar una conducta y llevarla a la meta específica implican dos posibilidades: los problemas para iniciar con la ejecución, porque no se ven o no se aprovechan las oportunidades que ofrece el contexto y la otra, que una vez empezada la tarea no siempre se puede mantener hasta completarla exitosamente ya sea porque las personas se distraen y después de la interrupción no pueden reanudar la tarea.

Modelo de las Fases de la Acción.

Ante esta disyuntiva, Steller (1992, en Gollwitzer, 1996) realizó una serie de estudios con la finalidad de orientar la ejecución de las tareas hasta el logro de las metas y encontró que la **buena disposición perceptual** de ciertos rasgos situacionales específicos en la implementación de intenciones, favorecen el fin. Es decir, la alta claridad de un concepto involucrado en alcanzar la meta, induce a una buena disposición perceptual que permite un fácil y rápido reconocimiento de un estímulo relevante. Las oportunidades deben especificar una implementación de intenciones que se caractericen por ser altamente accesibles y claramente focalizables de tal manera que existan *claves o elementos críticos* que aseguren la dirección y por tanto la ejecución de la tarea. Una vez que estos elementos críticos se mantienen en mente y la persona se encuentra en un contexto situacional en el que las oportunidades son una realidad, el potencial de las oportunidades de atraer la atención de las personas, incrementa. Esto implica que ante las oportunidades de una definida implementación de intenciones es difícil que las personas dejen de prestar atención aún cuando pudieran estar presentes otras situaciones importantes como aburrimiento, cansancio, emociones fuertes o ante otras metas perseguidas (Gollwitzer, Brandstätter, Malzacher, Mertin y Steller; 1993, en Gollwitzer, 1996).

La **atención focalizada** tiene la función de que las personas estén altamente pendientes de las oportunidades, que las vean y las aprovechen para que se inicien de inmediato las conductas asociadas a la consecución de la meta y con ello, aun cuando se haya perdido temporalmente la atención, se propicie la rápida iniciación de la acción. La implementación de intenciones no solamente específica cuándo y dónde las personas pueden empezar a lograr una meta, también tiene la función de que las personas sepan qué pueden hacer y pueden especificar las conductas dirigidas al logro de la meta (Gollwitzer y Bargh, 1996).

Así, la implementación de intenciones dirige de manera rápida y con un buen esfuerzo la iniciación de las acciones orientadas a la meta, esto es posible porque el compromiso de las personas se agrega a la contingencia situación-conducta, creando fuertes asociaciones a través de frecuentes y consistentes respuestas apareadas. El procedimiento de la implementación dirige el control automático de la conducta orientada al ambiente y se puede decir entonces, que la implementación de intenciones tiene efectos de logro (Bargh, 1992, 1994). En otras palabras, la implementación de intenciones lleva a las personas a tener consciencia de las contingencias de los sets mentales que se dirigen de manera automática al control del ambiente y de las conductas.

Modelo de las Fases de la Acción.

El control automático de las conductas asociado con la implementación de intenciones muestra un fuerte control de respuestas habituales especialmente cuando el contexto se mantiene constante, sin embargo, cuando este es variable, las personas podrían fallar en sus ejecuciones; ante esto si las personas quieren inhibir algunas conductas, metas y conceptos cognoscitivos, pueden hacer cambios en la implementación de sus intenciones. Si estas intenciones están asociadas con rasgos situacionales críticos que antagonizan con las conductas, metas y conceptos pueden empezar a corregir entre la respuesta habitual indeseable e intentar la respuesta alternativa, antagonista y deseada. Esta ruta se puede lograr si la respuesta antagonista se asocia y se incluye a la implementación de intenciones previa, y si esta asociación es tan fuerte que se repita consistentemente y se aparece con la situación crítica (Bargh y Gollwitzer, 1994). En este sentido Gollwitzer, Lee-Chai, Barndollar y Trötschel (2001) encontraron que una conducta debe ser identificada como parte importante de la intención de una meta, la consciencia de estas acciones coloca a la persona en una mejor condición para ver las implicaciones (submetas, planes y estrategias) de las conductas en los resultados. Las representaciones mentales corresponden a esos planes y estrategias que podrían ayudar a mejorar la ejecución conductual y que pueden ayudar con la guía y la flexibilidad necesaria para el medio ambiente. Esto podría permitir a las personas tomar las pequeñas oportunidades cuando estén altamente cargadas de aspectos cognoscitivos y que se puedan involucrar con otras tareas.

Holland, Aarts, y Langendam, (2006) sugieren que la asociación entre una situación y una respuesta alternativa puede ser tan fuerte como una asociación vieja (hábito). Los hábitos son producto de la repetición de ejecuciones en la misma concreta situación que busca una meta específica. Con la implementación de intenciones se pueden asociar conductas novedosas, se pueden dar respuestas alternativas a situaciones que se han asociado a respuestas habituales en situaciones críticas, además de que tanto la respuesta novedosa como la habitual están disponibles para que la persona tome control sobre sus conductas.

Así, un elemento de suma importancia que podría garantizar el logro de las metas de las personas es ir en contra de las conductas habituales que casi siempre tienen como antecedente estructuras mentales asociadas con estereotipos. Moskowitz, Gollwitzer, Wasel y Schaal (1999) proponen que los estereotipos se activan cuando las personas se encuentran muy motivadas para realizar tareas, si las personas tiene una conducta estereotípica respecto de un grupo, de manera inconsciente lo tienen también respecto de un miembro del grupo. La activación de los estereotipos ocurre también cuando una persona está controlada por quien

Modelo de las Fases de la Acción.

produce la conducta estereotípica. Señalan que cuando las metas son activadas por el ambiente específico (cargado de estereotipos) generan una fuerte sensación de la intencionalidad de una conducta. Brandstätter, Lengfelder, Gollwitzer, (2001) señalan, que respecto de las características funcionales de la Implementación de Intenciones hay tres principios generales que están asociados a respuestas automáticas: a) deben ser inmediatas, b) eficientes y c) no debe haber consciencia del intento; en otras palabras la Implementación de Intenciones dirige el inicio automático de las conductas en una situación crítica, sin embargo, la búsqueda de una meta novedosa puede verse frustrada cuando el estímulo crítico es capturado por una respuesta habitual, que lleva asociadas respuestas emocionales, cognoscitivas y estereotípicas. Gollwitzer, Schaal, Moskowitz, Hammelbeck y Wasel (1999) señalan que la Implementación de Intenciones inhibe automáticamente creencias estereotípicas y sentimientos prejuiciosos; cuando las personas tienen clara la intención de meta aparecen creencias propias y específicas y no las anteriores y estereotípicas lo que da como resultado procesos definidos de autoregulación. Así, Stewart y Payne (2008) y Mendoza, Gollwitzer y Amodio (2010) observaron que la implementación intenciones y la sensación de autoeficacia pueden llevar a conductas nuevas rompiendo viejos hábitos, se reducen los pensamientos estereotípicos y se promueve la expresión de conductas novedosas debido a viejos hábitos producto de estereotipos.

Parks-Stamm, Gollwitzer y Oettingen, (2007), Bayer, Achtzinger, Gollwitzer y Moskowitz, (2009) y Adriaanse, Gollwitzer, De Ridder, De Wit y Kroese (2011) realizaron estudios en los que señalan que la implementación de intenciones puede ayudar a reemplazar y autoregular las respuestas habituales en situaciones críticas, ya que se hace una representación mental de esta situación crítica altamente accesible a la memoria, lo que lleva a detectar una buena oportunidad para actuar, además de que asocia la situación crítica con una conducta específica dirigida a la meta. Los resultados de estos estudios muestran que la implementación de intenciones elimina las ventajas cognoscitivas que ofrecen los hábitos y que pueden ofrecer respuestas alternativas y ante esto se incrementa la flexibilidad en el momento de tomar decisiones sobre todo en situaciones que ponen en riesgo la salud.

Otro elemento relevante del modelo se observa en el estudio de Gollwitzer y Kinney (1989) quienes desarrollaron la idea de que la deliberación de los sets mentales orienta también a las personas hacia una evaluación realista de la información disponible con la finalidad de impedir una **ilusión optimista respecto de las expectativas de acción y de resultados así como el “control ilusorio” asociado a supuestas virtudes y recursos**, por medio de sintonizar funciones

Modelo de las Fases de la Acción.

cognoscitivas que les permiten evaluar las consecuencias positivas o negativas del logro de las metas (valor esperado). En este mismo sentido Gollwitzer, Heckhausen y Steller (1990) encontraron que la deliberación e implementación de los sets mentales favorecen la producción de pensamientos congruentes entre la suposición de los recursos con los que cuentan las personas y la realidad, lo que puede facilitar la tarea de elegir entre opciones de metas e implementar el plan de acción. Las personas deben ser capaces de discriminar la información relevante para elegir la mejor meta, lo que favorece la evaluación de los “pros y los contras”, los costos y los beneficios, así como los deseos y los miedos asociados a la tarea, entonces se tendrá un control real de la situación sin perder de vista las limitaciones personales y sin sensación de vulnerabilidad. La deliberación e implementación de sets mentales afectan positivamente las interpretaciones que hacen las personas acerca de situaciones no familiares y afectan la experiencia pasada que está basada en las autopercepciones y las creencias acerca de los riesgos a los que pudieran estar expuestos, tanto los controlables como los incontrolables.

Taylor y Gollwitzer (1995) realizaron un estudio acerca de las expectativas optimistas que tienen las personas en el momento de ejecutar o no ciertas tareas; en ocasiones esta percepción puede ser ilusoria y llevar a las personas a no actuar o a actuar sin protegerse ante situaciones de claro riesgo, encontraron que la deliberación e implementación de los sets mentales pueden aumentar la percepción y autopercepción de riesgo así como dirigir el estado de ánimo. Se observó que las personas que tienen un claro set de metas e implementaciones correctas muestran pensamientos relativamente realistas y positivos acerca de las metas y sus ejecuciones. Explican que las autopercepciones de las personas y las creencias acerca de su futuro personal las llevan a que se sientan más familiarizados con las tareas, a que observen con mayor precisión su inteligencia, habilidades y otras cualidades personales, sin embargo estas creencias no siempre concuerdan con la realidad, de aquí la importancia de llevar a las personas a hacer evaluaciones realistas acerca de sí mismos.

Actualmente se ha integrado al entrenamiento en implementación de intenciones una nueva variable llamada *Contraste mental*. En este, las personas piensan acerca de la importancia de los deseos para el cambio conductual a través de imaginar lo positivo que sería el cambio y lo negativo que sería no hacerlo y con ello se hacen asociaciones; es una herramienta efectiva para identificar situaciones críticas que lleven a las personas a tomar decisiones que mejoren su situación actual. El contraste mental y la implementación de intenciones se apoyan y se hacen una estrategia muy poderosa en el cambio conductual en dos

Modelo de las Fases de la Acción.

aspectos: la implementación de intenciones está basada en el fuerte compromiso para el logro de una meta y el contraste mental lleva a la creación de este compromiso. Además la implementación de intenciones provee de las herramientas para ejecutar las acciones y el contraste mental reconoce los obstáculos para el logro. Duckworth, Grant, Loew, Oettingen, y Gollwitzer, (2011) señalan que el logro de metas se incrementa cuando las personas son entrenadas en *contraste mental*, estrategia que involucra una elaboración cognoscitiva acerca de lo que las personas esperan que pase en el futuro considerando los obstáculos actuales. En el estudio de Adriaanse, Oettingen, Gollwitzer, Hennes, De Ridder y De Witt, (2010) se entrenó a los participantes en *contraste mental* e implementación de intenciones (MCII) y encontraron que es efectivo para disminuir hábitos insanos en el consumo de alimentos. Se encontró que en ambas estrategias autorregulatorias se mostraron mejorías, pero éstas aumentaron cuando se presentan ambas estrategias juntas.

Las teorías clásicas señalan que las consecuencias negativas de ciertas ejecuciones percibidas como incontrolables decrementan el éxito de nuevas ejecuciones y afectan la motivación, sin embargo, Brunstein y Gollwitzer (1996) encontraron que las expectativas de resultados llevan a las personas a sentir disponibilidad y deseos de ejecutar las tareas en la medida en que la persona utiliza su sensación de autoeficacia (Bandura, 1986, 1991). De acuerdo con esto, las ejecuciones fallidas hacen que la motivación de las personas se reduzca, sin embargo, las personas con alto sentido de autoeficacia pueden no verse afectadas por estas fallas. Brunstein y Gollwitzer (1996) señalan que la **sensación de "completud"** o de clara identidad de las personas las llevan a tener grandes aspiraciones en las ejecuciones de sus conductas (exitosas o no) y a su vez, esto les ofrece una mejor **autodefinición**. En este estudio se encontró que los errores en las ejecuciones tienen un fuerte impacto en la búsqueda de alternativas para posteriores ejecuciones, así se concluye que los fracasos tienen la función de compensar conductas y orientar a una mejor autodefinición.

Hasta el momento se sabe que ciertos rasgos de personalidad (como la Autoeficacia) pueden ser extraordinarios predictores de conductas de salud, en este sentido, Gollwitzer y Wicklund (1985) señalan que entre otros rasgos, la *autodefinición* suele ser un factor predictor muy importante de las formas en que se conducen las personas, si las personas consideran que son capaces de ejecutar una tarea, entonces será altamente probable que se esfuercen en lograrla, y para ello recurren a estrategias de planeación y aún cuando la ejecución de la tarea no haya sido exitosa, si la persona tiene una buena *autodefinición*, se esforzará por conseguir el éxito en otros intentos.

Modelo de las Fases de la Acción.

Gollwitzer, y Schaal, (1998), Bayer, Achtziger, Gollwitzer, y Moskowitz, (2009); Achtziger y Gollwitzer, (2010), Bayer, Gollwitzer, y Achtziger, (2010) y Gollwitzer, Gawrilow, y Oettingen, (2010) señalan que la complejidad de las tareas y la sensación de ineficacia para realizarlas, las distracciones, los pensamientos, sentimientos y conductas son los problemas asociados para llegar a cumplir metas. Problemas, que de acuerdo con estos autores se resuelven a través de la autorregulación, ya sea, inhibiendo las consecuencias no deseadas o favoreciendo las deseadas, modificando las emociones y teniendo la capacidad de prevenir las conductas indeseables. Se ha observado que las personas son mucho más colaboradoras con sus compañeros cuando implementan intenciones y que la implementación de intenciones está fuertemente asociada con habilidades de negociación para tomar decisiones integradoras. Sirve también para regular respuestas emocionales como enojo y fobias y para favorecer la traducción de las intenciones a la acción.

El modelo de las fases de la acción ha sido aplicado en distintas áreas, especialmente en aquellas interesadas en la promoción de la conducta saludable debido a que la mayoría de sus componentes aseguran, a partir de la sensación de “completud” y la consecuente autodefinición, que las personas hagan de los sets mentales y la implementación de intenciones (con todos sus componentes implicados) una vía rápida, eficiente y permanente de conducta, en este sentido se ha encontrado (Gollwitzer y Oettingen, 1998) que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades requieren de un esfuerzo extra porque se observa que los costos de la prevención son inmediatos y los beneficios se observan a largo plazo. Sheeran y Orbell (1999) analizaron a algunas personas que debían tomar un medicamento para lo que entrenaron a estas personas en la implementación de intenciones que incluía un compromiso con el cuándo, cómo y dónde tomar el medicamento, los que implementaron intenciones lo hicieron mejor que los que no.

Los estudios sobre la implementación de intenciones se han realizado en distintas áreas asociadas a la salud encontrando, en todos los casos, resultados que favorecen al modelo de planeación: realización del auto-examen mamario (Orbell, Hodgkins y Sheeran, 1997), comer comida sana (Verplanken y Faes, 1999), realizar ejercicio (Milne, Orbell y Sheeran, 2000), hacer el examen de cáncer cérvico-uterino (Sheeran y Orbell, 2000), se han reportado mejorías en pacientes con esquizofrenia (Brandstaetter, Lengfelder, y Gollwitzer, 2001), personas con daño en el lóbulo frontal (Lengfelder y Gollwitzer, 2001) cáncer de próstata (Sheeran, Milne, Webb y Gollwitzer, 2005), reducción del miedo en personas con fobia a las arañas (Schweiger Gallo y Gollwitzer, 2007), reducción de reacciones

Modelo de las Fases de la Acción.

de impulsividad (Schweiger Gallo, Keil, McCulloch, Rockstroth y Gollwitzer, 2009), cambio de hábitos en el consumo de comida insana (Adriaanse, Oettingen, Gollwitzer, Hennes, De Ridder y De Witt, 2010). También el modelo de implementación de intenciones ha sido probado en, adictos a sustancias, ingesta de medicamentos, decremento en la ingesta de bebidas alcohólicas y tabaco (Sheeran, Milne, Webb, y Gollwitzer, 2005; Sheeran, Webb y Gollwitzer, 2006).

Se han realizado importantes estudios con niños con TDAH (Gawrilow, y Gollwitzer, 2008; Von Suchodoletz, Trommsdorff, Heikamp, Wieber, y Gollwitzer, 2009; Gollwitzer, Gawrilow, y Oettingen, 2010; Gawrilow, Gollwitzer y Oettingen, 2011; Wieber, Von Suchodoletz, Heikamp, Trommsdorff, y Gollwitzer, 2011), en los que se señala que cuando estos niños muestran: mala focalización de las tareas, actividades motoras inadecuadas y limitado control de las respuestas, problemas clínicos premórbidos asociados con fallas en las habilidades de aprendizaje, mal ajuste y funcionamiento social y emocional, y serios problemas de aprendizaje académico y de flexibilidad cognoscitiva, son entrenados en implementación de intenciones, se ha logrado que de manera persistente se presenten mejorías en todas las áreas.

Específicamente sobre la negociación y el uso del condón con este modelo se han realizado estudios (Boldero, Moore y Rosenthal, 1992; Kashima, Gallois y McCamish, 1993; Norris y Ford, 1995; Sacco, Levine, Reed y Thompson, 1991; White, K. M., Terry, D. J. y Hogg, M. A. (1994) que consideran el rol de los procesos cognoscitivos postdecisionales en el uso del condón, así como la importancia de los actos preparatorios particularmente dirigidos a la disponibilidad del condón y el acuerdo sobre el uso; por ejemplo Kashima, et.al (1993) realizaron un estudio en el que dividieron la muestra en cuatro grupos basado en la disponibilidad o no de condones, y en el acuerdo o desacuerdo de uso con la pareja. Cuando un condón no está disponible ninguno de los miembros de la muestra reportaron el uso subsecuente del condón. Cuando un condón está disponible, pero no hay acuerdo en su uso, 27% de la población reportó el uso, y este reporte se incrementó hasta el 71% cuando hay un condón disponible y cuando hay un acuerdo para su uso. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar conductas preparatorias específicas cuando se intente predecir el uso del condón.

Abraham, Sheeran, Norman, Conner, De Vries y Otten (1999) realizaron un importante estudio integrando una serie de variables que son parte del interés de este trabajo, señalan que el rol de la planeación para lograr metas considera procesos involucrados en la identificación, coordinación y monitoreo en la

Modelo de las Fases de la Acción.

preparación instrumental de las acciones orientadas al uso del condón. Ante esto, se considera que las intenciones implican compromisos con series de acciones, más que con actos aislados; el uso del condón involucra adquirir condones, sugerir el uso a una pareja sexual, negociar el uso, y mantener el uso. Planear podría facilitar esta acción llevando a la intención a su punto más alto. Gollwitzer (1993) ha demostrado que con la especificidad del cuándo y cómo de una intención se puede distinguir entre las personas con intenciones que actuarán de las que no actuarán. Se sugiere que las personas con intenciones que planean en contextos particulares es más probable que recuerden el contexto en el que planearon y por ello es más probable que actúen.

En este estudio (Abraham, et. al; 1999) se contempló a la **autoeficacia** y a los elementos de la **teoría de la acción razonada** como los mejores predictores de las intenciones de conducta junto con los **sets mentales y la implementación de intenciones**, sobre todo porque ayudan a una mejor aproximación a las intenciones de conducta y a darle prioridad a la focalización de una intención específica aún por encima de otras, se señala que la especificación de las alternativas puede llevar a las personas a asignar sus intenciones de manera más precisa. En la focalización de una elección se puede tener un efecto en la formación de intenciones, y puede ayudar a medir su efecto e incorporarlo en los modelos de formación de intenciones y su posterior implementación debido a que las intenciones afectan su recuperación en la memoria. Así entonces, se considera en este estudio que el análisis de las tareas postdecisionales enfatiza la importancia de las medidas de la autoeficacia específica, porque la autoeficacia puede variar a través de los requisitos que preparan la acción (por ejemplo, adquirir y negociar el uso del condón). La planeación de acciones específicas puede tener un efecto indirecto en la conducta a través de la ampliación de la autoeficacia percibida. Stock y Cervone (1990, en Abraham, Sheeran, Norman, Conner, De Vries y Otten, 1999) reportaron la subdivisión de una tarea compleja en una serie de submetas dirigidas a elevar la autoeficacia; el aumento de la autoeficacia y la satisfacción de las submetas puede llevar a la persistencia de la meta final.

En el estudio de Abraham, et. al. (1999) se desarrolló una medida de autoreporte sobre procesos cognoscitivos postdecisionales que distinguen a las personas que intentan usar el condón de aquellos que no tienen estas intenciones. Las preguntas focalizan las relaciones sexuales con una nueva pareja porque esto representa una ocasión en la que el uso de condón es fuertemente recomendado por las campañas de sexo seguro. Se usó una medida de autoeficacia general del uso del condón debido a que la conceptualización de Bandura (1992) sugiere que

Modelo de las Fases de la Acción.

una alta autoeficacia puede incrementar la intención de la acción. La muestra se conformó por 452 estudiantes universitarios sexualmente activos, de ellos 304 fueron mujeres (67%) y 148 (33%) hombres, las edades fueron entre 18 y 37 años, con una media de 21 años. Los estudiantes fueron invitados a participar en un estudio sobre relaciones sexuales heterosexuales y conducta anticonceptiva, se les pidió que respondieran a un cuestionario de manera anónima.

A los sujetos se les pidió que pensarán en la última vez que tuvieron una relación sexual vaginal con una nueva pareja por primera vez, después se pidió que respondieran a tres preguntas sobre la edad de la pareja sexual, cómo conocieron a la pareja y cuánto tiempo después tuvieron el encuentro sexual. Después se les pidió que pensarán acerca de sí mismos en las semanas anteriores a su encuentro sexual con la persona de la pregunta anterior y que respondieran a las siguientes preguntas sobre sus actitudes y experiencias actuales. También fueron medidas las intenciones previas de usar condón cuando se les preguntó si en el período anterior a su relación sexual tenía la intención de usar condón con una nueva pareja. Una respuesta de si o no sirvió para dividir a la muestra en los que se proponen y los que no se proponen usar condón basados en sus autoreportes.

La autoeficacia general sobre el uso de condón fue medida a través de tres reactivos del tipo “ahora, ¿qué tan fácil o difícil usted piensa que es encontrar un condón y usarlo si tiene una relación sexual con una nueva pareja?”. La autoeficacia específica se midió a través de 4 acciones preparatorias, adquirir condones, sugerir su uso, negociar el uso con una pareja renuente y dirigir cómo se pone el condón. Estas acciones se consideran en función de la facilidad o dificultad percibida para cada acción. La planeación de acciones específicas se usaron reactivos considerando “qué tanto ha pensado y planeado lo siguiente: Tiene un plan claro acerca de..., qué tanto ha pensado en..., qué no ha pensado sobre...” Se evaluaron también aspectos como disponibilidad de los condones, relativa importancia del uso del condón, uso de condón, sexo seguro, y la frecuencia de uso del condón (con esta pregunta se dividió a los usuarios de los no usuarios).

Los hallazgos de este estudio señalan que la autoeficacia para el uso del condón y las medidas de la intención pueden distinguir a los usuarios de condón de los no usuarios. Así mismo los usuarios y los no usuarios difieren significativamente en las medidas de planeación y autoeficacia. De aquellos que usan condones, el 98.4% intentaron usarlos y el 1.6% no. Mientras que aquellos que reportaron no usar condones, el 88.2% intentaron usar condones y el 11.8% no. Así se observa una buena discriminación entre los usuarios y los no usuarios.

Modelo de las Fases de la Acción.

Respecto de la distinción entre los que intentan y los que no intentan usar condones (medidas postdecisionales) se distinguió 11 variables en el análisis: autoeficacia general, 4 medidas de autoeficacia específica (adquisición, sugerencia, negociación, y la dirección en la colocación del condón), medidas de la planeación de 4 acciones específicas, tener un condón disponible, y la relativa importancia del uso de condón.

Se concluyó que las medidas de intención de uso de condón y de autoeficacia general para el uso del condón son efectivas para distinguir entre aquellos que reportan el uso del condón con su última nueva pareja sexual y aquellos que no. Este hallazgo se soporta en las bases de la teoría de la conducta planeada (Ajzen 1991) y la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1992). La autoeficacia general proporcionó índices de procesos postdecisionales cognoscitivos que distinguen entre los que intentan usar condones de los que no. Todas las medidas postdecisionales, distinguen significativamente entre los que intentan usar el condón y lo hacen y quienes no lo hacen aunque tengan la intención de hacerlo con su pareja sexual. También en este estudio se logró discriminar entre usuarios y no usuarios de condón y aquellos que tienen intenciones positivas para sugerir el uso. La autoeficacia general de uso de condón correlacionó con las medidas de autoeficacia específica a través de los efectos de la formación de intenciones. Estos hallazgos son consistentes con la teoría de la conducta planeada (Bandura, 1992) y con las propuestas respecto a los efectos postdecisionales de la autoeficacia sobre la acción. Esto sugiere que las medidas de autoeficacia general relacionada con el uso del condón pueden ser incluidas en estudios de antecedentes cognoscitivos de uso de condón. Sin embargo respecto de la autoeficacia específica se observó que la disponibilidad del condón garantiza su uso, pero que si no se tiene a la mano no se hacen grandes esfuerzos por encontrarlos y después usarlos. Las estrategias de comunicación asociadas al uso del condón son altamente predictoras de su uso.

Sin embargo, la importancia de la preparación cognoscitiva en la negociación del uso del condón está delineada por las medidas de planeación. Esta medida está más altamente correlacionada con la función de la autoeficacia general que con la disponibilidad del condón, y se confirma la importancia de las medidas de planeación previa en la distinción de entre aquellos que intentarán actuar de aquellos que no. La preparación de acciones específicas dan prioridad a la planeación y a los esfuerzos de incrementar la autoeficacia específica, dependiendo de un análisis de los prerrequisitos para el logro de las metas. Este estudio focaliza las acciones preparatorias asociadas con el uso del condón que se deben tomar en el caso de tener una nueva pareja sexual, para ello deben

Modelo de las Fases de la Acción.

considerarse otras actividades además de tener un condón disponible. La teoría de la acción razonada puede extenderse a la representación de procesos de intención-comparación. Los que intentan usar condones le dan más importancia al uso del condón que a tener una relación sexual, mientras que los que intentan, pero que no lo usan, consideran más importante tener una relación sexual que usar un condón. Estos hallazgos sugieren que existe una jerarquía de metas que distingue entre las intenciones que hacen más o menos probables ciertas acciones en situaciones específicas. Y aún cuando las intenciones fallan se pueden generar sets mentales para situaciones relevantes. Por supuesto, deben considerarse los grupos de interés antes de focalizar las metas, ya que del grupo dependen las metas.

Wieber, Odenhal, y Gollwitzer, (2010) señalan que la autoeficacia es un moderador potencial de la implementación de intenciones para el logro de metas. En su estudio observaron los efectos benéficos en la implementación de intenciones cuando las personas tienen una adecuada percepción de autoeficacia. Señalan que un alto nivel de autoeficacia percibida se relaciona como un prerrequisito para la implementación de intenciones. Se observa que las personas con alta percepción de autoeficacia aceptan más fácilmente los cambios, ejecutan tareas mucho más complejas, persisten en la tarea en caso de distracción o de encontrar obstáculos para el desempeño y pueden mejorar la ejecución de las tareas para llegar a las metas (Bandura, 1977; Judge, Jackson, Shaw, Scott, y Rich, 2007; Webb, y Sheeran, 2008). De acuerdo con esto la efectividad de la autoeficacia en la implementación de intenciones se observa de dos maneras: 1) las personas se sienten mucho más eficaces en el momento de realizar tareas que lleven a conductas específicas planteadas por la implementación de intenciones (autoeficacia específica) y 2) las personas se sienten más eficaces respecto de generalizar tareas específicas a situaciones generales (autoeficacia general).

En el estudio de Sheeran, Milne, Webb, y Gollwitzer, (2005) se dice que la consistencia de la relación intención-conducta es atribuible a la evaluación que hacen las personas acerca de lo positivas o negativas que resultan las consecuencias de las conductas. Explican las discrepancias entre las intenciones y las conductas con tres puntos específicos: 1) la viabilidad de la intención, 2) la intención de la activación de la conducta y 3) la complejidad de la intención. Por ejemplo, respecto del uso del condón se tendrá que evaluar 1) que tan hábil se siente la persona para usarlo, pedir su uso, negarse a tener relaciones sexuales sin condón, que se tenga control en la relación, etc. 2) el deseo de usarlo tomando en cuenta los deseos de la pareja y la deseabilidad social, y sobre todo que el deseo de usar condón, sea mayor que otros deseos, que se cuente con demandas

Modelo de las Fases de la Acción.

cognoscitivas y motivacionales para ello y 3) considerar cuántas conductas (pasos) son necesarias para llegar a la conducta final. Sheeran y Orbell (1998) encontraron en un estudio acerca de la duración en tiempo de la intención, que la correlación entre la intención y el uso del condón dura menos de un mes en las personas, sin embargo, cuando las personas se entrenan en la formación de intenciones entonces este período de tiempo es mucho mayor. En este sentido se señala que son muchos los factores que determinan esta relación, qué tanto la persona pueda regular el problema, qué tan fácil o difícil es implementarla, qué tan viable es y qué tan accesible es a la memoria.

El modelo que desea probarse considera como conducta final el uso de condón y mejor aún, el uso correcto del condón, es decir, ya no solo se espera que la gente considere la posibilidad de usarlo, sino que lo use y que lo haga realizando cada uno de los pasos necesarios y correctos para incrementar la eficiencia de su uso. El modelo parte de la importancia de las creencias y las actitudes hacía el condón, asimismo considera la trascendencia que tiene para las personas la evaluación de la conducta que hacen las personas importantes para ellos; se esperaría que estos aspectos pudieran, por un lado predecir la intención de ejecutar la conducta, pero sobre todo incrementar esta intención, y poder a través de ésta predecir la conducta. El modelo de la Autoeficacia se inserta en este modelo entre la intención de realizar la conducta y la ejecución de la conducta debido a que, hasta el momento en que la persona tiene la intención de realizar la conducta considera y evalúa sus capacidades para realizarla; asimismo el modelo de las Fases de la Acción se inserta entre estos componentes debido a que el proceso de Planeación parte de los deseos o la intención de realizar la conducta.

Capítulo 4. Método.

Justificación y Planteamiento del Problema.

A más de 20 años de la aparición del VIH/SIDA y aún cuando se conoce muy bien a la enfermedad, así como a sus mecanismos de transmisión, en el terreno de la prevención aún no se ha logrado detener el número de contagios. En los reportes epidemiológicos se ha señalado que la conducta sexual sigue siendo la principal vía de infección por VIH en México y la edad promedio de infección es de 18 años, es decir, en los inicios de la vida sexual activa; esta situación hace necesaria la creación de programas de intervención eficaces que generen conductas preventivas enfocadas especialmente en jóvenes que inician su vida sexual.

Los investigadores psicosociales han propuesto diversos modelos de cambio conductual que se han aplicado a la creación y mantenimiento de conductas que eviten el contagio de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA. El Modelo de Acción Razonada ha indicado la importancia de las intenciones conductuales, la norma subjetiva y las actitudes como adecuados indicadores de la conducta específica de uso de condón, sin embargo, la adición de la preparación cognitiva (Planeación) y la conducta anterior y su evaluación (Autoeficacia) podrían enriquecer el modelo o mejor aún, generar un nuevo modelo que permita predecir con certeza y eficacia el uso del condón y en general conductas promotoras de la salud.

Así, el propósito del presente trabajo es evaluar un modelo que permita predecir la emisión de las conductas de uso correcto del condón en jóvenes adolescentes con y sin debut sexual, así como con parejas sexuales regulares y ocasionales, ya que se ha encontrado que las conductas preventivas difieren dependiendo de la experiencia sexual con la que cuentan y del tipo de pareja sexual.

A partir del marco teórico que sustenta a esta investigación se esperaría que ante una mayor intención conductual, mejores creencias y actitudes, mayor percepción de Autoeficacia y mayor capacidad de Planeación, exista mayor probabilidad de la presencia de ciertas conductas y un mejor desempeño de éstas, por ello se recurrirá a una manipulación que, se considera, incidirá sobre estos modelos y por ende en la conducta final, la ejecución correcta del uso del condón. El modelo que se propone para el presente estudio es interesante porque muestra importantes

Método.

alcances desde la perspectiva de la predicción de conductas, pero sobre todo porque podría garantizar que se llegue a cumplir la meta.

Preguntas de investigación:

1.- ¿Cómo se relacionan las variables que componen los Modelos de Acción Razonada, Autoeficacia y Planeación con la ejecución de las conductas necesarias para el uso correcto del condón?

2.- ¿Cuáles de las variables que componen los modelos de Acción Razonada, Autoeficacia y Planeación predicen la ejecución de las conductas de uso correcto del condón en los jóvenes que forman parte de los siguientes grupos?:

- +muestra total.
- +grupo experimental.
- +grupo control.
- +jóvenes que han tenido debut sexual.
- +jóvenes que no han tenido debut sexual.
- +jóvenes con pareja sexual regular.
- +jóvenes con pareja sexual ocasional.
- +jóvenes del grupo experimental que han tenido debut sexual y que tienen pareja regular.
- +jóvenes del grupo experimental que han tenido debut sexual y que tienen pareja ocasional.
- +jóvenes del grupo control que han tenido debut sexual y que tienen pareja regular.
- +jóvenes del grupo control que han tenido debut sexual y que tienen pareja ocasional.

Objetivo general.

Evaluar un modelo de salud conformado por los Modelos de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1973), Autoeficacia (Bandura, 1987) y Planeación (Heckhausen y Gollwitzer, 1987 y Gollwitzer, 1993, 1996) que permita predecir la emisión de las conductas de uso correcto del condón en jóvenes adolescentes estableciendo diferencias por tratamiento experimental, debut sexual y tipo de pareja sexual.

Método.

Objetivos específicos.

- 1.- Describir las características sociodemográficas y el patrón sexual de la muestra.
- 2.- Presentar y describir los análisis psicométricos de las escalas empleadas para medir el modelo de Acción Razonada, de Autoeficacia y de Planeación.
- 3.- Analizar la eficacia del tratamiento experimental a partir de las diferencias entre los grupos experimental y control.
- 4.- Analizar las relaciones existentes entre los componentes de cada uno de los modelos y la ejecución de las conductas necesarias para el uso correcto del condón en cada uno de los 11 grupos que conforman este estudio.
- 5.- Describir y analizar los mejores predictores de las conductas necesarias para el uso correcto del condón en cada uno de los 11 grupos que conforman este estudio.

Hipótesis de trabajo:

- 1.- Existen relaciones significativas entre las variables que componen los Modelos de Acción Razonada, Autoeficacia y Planeación con la ejecución de las conductas necesarias para el uso correcto del condón.
- 2.- La ejecución de las conductas necesarias para el uso correcto del condón se predicen por los componentes de los modelos de Acción Razonada, Autoeficacia y Planeación de manera diferenciada para cada uno de los siguientes grupos:
 - +muestra total.
 - +grupo experimental.
 - +grupo control.
 - +jóvenes que han tenido debut sexual.
 - +jóvenes que no han tenido debut sexual.
 - +jóvenes con pareja sexual regular.
 - +jóvenes con pareja sexual ocasional.
 - +jóvenes del grupo experimental que han tenido debut sexual y que tiene pareja regular.

Método.

- +jóvenes del grupo experimental que han tenido debut sexual y que tiene pareja ocasional.
- +jóvenes del grupo control que han tenido debut sexual y que tiene pareja regular.
- +jóvenes del grupo control que han tenido debut sexual y que tiene pareja ocasional.

El modelo teórico propuesto queda entonces de la siguiente manera:

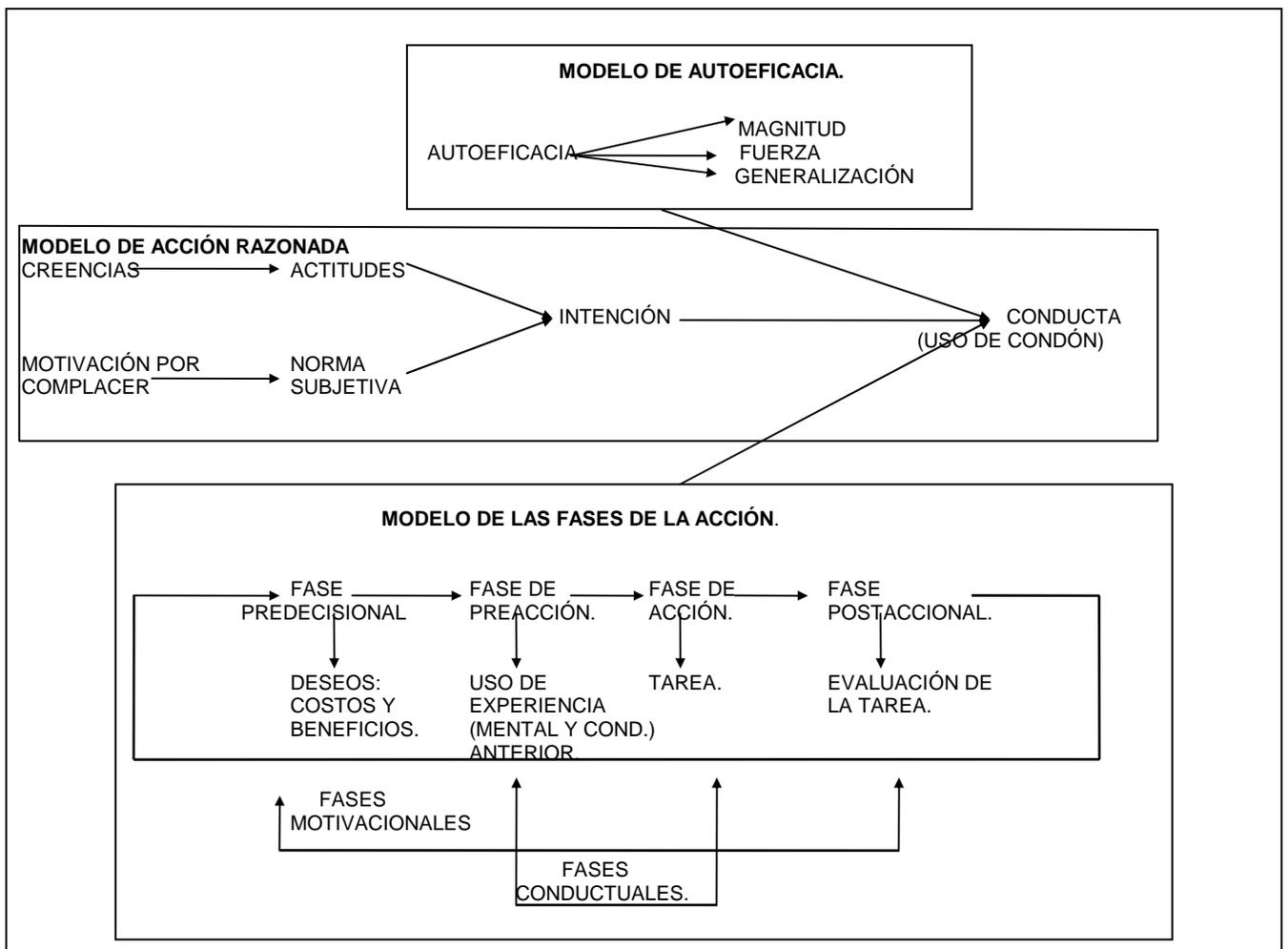


Figura 4. Modelo multifactorial predictivo para el uso del condón.

Variables.

Variables de Clasificación:

- A) Programa Experimental.
- B) Debut Sexual (con y sin debut).
- C) Tipo de Pareja (regular y ocasional).

Variables Intervinientes:

A) Modelo de Acción Razonada:

- Creencias.
- Actitudes.
- Motivación por Complacer a otros.
- Norma Subjetiva.
- Intención Conductual.

B) Modelo de Autoeficacia:

- Autoeficacia General.
- Autoeficacia Específica.
- Magnitud.
- Fuerza.
- Generalización.

C) Modelo de Planeación:

- I) Fase de Predecisión.
 - Deseo.
 - Cambiar el deseo por meta.
 - Deseabilidad Social.
- II) Fase de Preacción.
 - Implementación.
- III) Fase de Postacción.
 - Evaluación del Desempeño.

Variable Experimental:

Programa Experimental (Plática sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y uso correcto del condón).

Método.

Variable Dependiente:

Ejecución de las conductas necesarias para el uso correcto de condón.

Definición de variables.

Variables de Clasificación:

Patrón sexual: Pautas de acción que las personas manifiestan en su vida sexual (Sánchez, 1983).

Para este estudio se dividió a la muestra en:

- 1) Aquellos que no han tenido debut sexual
- 2) Aquellos que ya tuvieron debut sexual.
- 3) Los que reportan tener Pareja Regular.
- 4) Los que reportan tener Pareja Ocasional.

Variables Intervinientes:

A) Modelo de Acción Razonada:

- I) **Creencias:** Se refiere a lo que las personas piensan y evalúan acerca de realizar ciertas conductas y las consecuencias que existen al llevarlas a cabo (Fishbein, 1990).
- II) **Motivación por Complacer a otros:** Es la motivación que muestran las personas para satisfacer las demandas que tienen otras personas acerca de sus conductas (Fishbein, 1990).
- III) **Actitudes:** Se refiere a los sentimientos positivos o negativos de los individuos con respecto a realizar una conducta (Fishbein, 1990).
- IV) **Norma Subjetiva:** Es la percepción de las personas acerca de las presiones sociales que los llevan a realizar o no una conducta (Fishbein, 1990).
- V) **Intención Conductual:** Corresponde directamente, en términos de acción, contexto y tiempo a tener el propósito de realizar o no una conducta específica (Fishbein, 1988).

B) Modelo de Autoeficacia:

Autoeficacia: Es un pensamiento autorreferente que actúa como mediador entre la habilidad y su ejecución, en este sentido, no basta con que una persona posea una habilidad o conocimiento, sino que es necesario que la persona se sienta capaz de llevarlos a cabo (Bandura, 1977).

Autoeficacia General: Es un constructo compuesto de todas las experiencias individuales de los sujetos, es un sentimiento de efectividad y competencia que se atribuye al self (Bandura, 1977).

Autoeficacia Específica: Es la operacionalización de la autoeficacia, es necesario recurrir a conductas específicas. La autoeficacia específica hace referencia a los sentimientos individuales acerca de una respuesta o un resultado en una situación específica (Bandura, 1977).

- I) **Magnitud:** Es una jerarquía de conductas o número de pasos necesarios para realizar una conducta particular y que incrementan la dificultad para realizar la conducta (Bandura, 1977; Maddux, 1995).
- II) **Fuerza:** Es la convicción de la persona para resolver una tarea o llevar a cabo una conducta (Bandura, 1977; Maddux, 1995).
- III) **Generalización:** Implica las expectativas de los individuos para extender el éxito o el fracaso de conductas específicas a conductas similares y bajo otros contextos (Bandura, 1977; Maddux, 1995).

C) Modelo de Planeación:

Planeación: Es una estrategia mental que prepara al individuo para una acción futura, precede a una acción y anticipa el futuro de acuerdo con un contexto determinado. El resultado final de la Planeación es incitar a la actividad y generar estructuras que se conserven en la memoria para utilizarlas posteriormente cuando se compartan necesidades y contextos, implementando sets mentales e intenciones conductuales (Gollwitzer, 1990, 1996).

- I) **Fase de Predecisión:** Consiste en deliberar un deseo para detectar su viabilidad, considerando costos y beneficios, para transformarlos en metas, se componen por:
 - Deseo.

Método.

- Cambiar el deseo por meta.
- Deseabilidad Social.

II) Fase de Preacción: Es la promoción de la iniciación de la tarea, se hace uso de la experiencia anterior, tanto mental como conductual. Se decide el cuándo, dónde, cómo y durante cuánto tiempo que le darán forma al deseo original convertido en meta. Se compone por:

- Implementación.

III) Fase de acción: Es la realización de las conductas pertinentes para lograr la meta respondiendo a las situaciones y demandas del momento.

IV) Fase de Postacción: Se evalúa el logro de la meta, si se logró lo que se había deseado, se vuelve al deseo, el punto central de esta fase es el mismo que el de la fase predecisional.

- Evaluación del Desempeño.

Variable Experimental:

Programa Experimental: Es la investigación en la cual se manipulan ciertas variables para observar sus efectos sobre otras (Campbell y Stanley, 1993).

Plática dada por la profesora de grupo sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y uso correcto del condón en la que se especificaron los 12 pasos señalados como correctos y necesarios.

Variable Dependiente:

Uso Correcto de Condón: 12 pasos considerados como correctos y necesarios para el uso correcto del condón, que incluyen desde tenerlo hasta desecharlo (CENSIDA, 1996).

Diseño.

Es un diseño Factorial 2x2x2:

- 1.- Programa: Con o sin programa experimental.
- 2.- Debut sexual: Con o sin debut sexual.
- 3.- Tipo de Pareja: Pareja Sexual Regular o Pareja Sexual Ocasional.

Método.

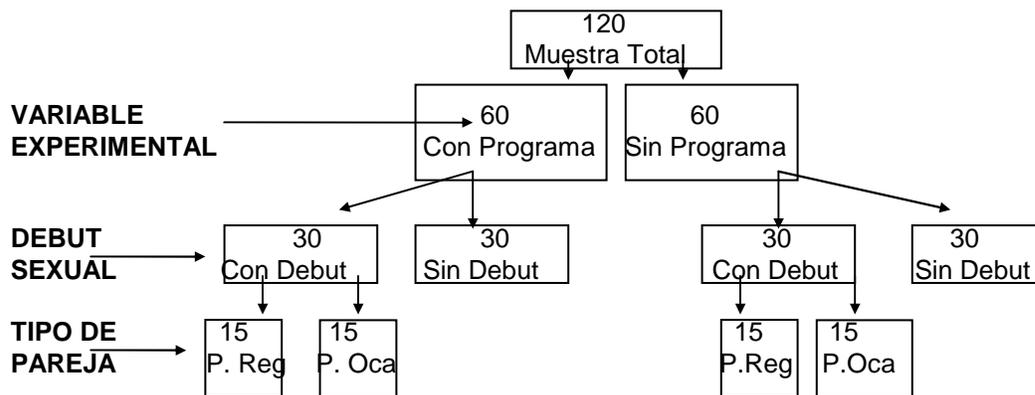


Figura 5. Diseño experimental del estudio.

Tipo de Estudio.

Es un estudio Mixto: por su objetivo es **exploratorio**, ya que evaluó la viabilidad de un modelo propuesto; es **confirmatorio** porque constata y/o contrasta resultados anteriores, por el control de condiciones en que se llevó a cabo es **experimental** y por tiempo, es **transversal** ya que no existió seguimiento de los participantes.

Escenario.

El estudio se llevó a cabo en salones de clases y laboratorios de la Escuela Nacional Preparatoria No. 8 “Miguel E. Schulz” de la UNAM.

Muestreo.

Se hizo un muestreo intencional por cuotas, debido a que la selección de los sujetos debió cumplir con características específicas y porque se estableció el número específico de los sujetos por grupo.

Sujetos.

Se trabajó con 120 hombres adolescentes de 3er. año de preparatoria. Se distribuyeron en grupos de acuerdo con su condición experimental, debut sexual (con o sin) y por tipo de pareja sexual (regular y ocasional).

Método.

Instrumentos.

a) Se empleó una escala para obtener los datos sociodemográficos: Edad, debut sexual, tipo de pareja, conocimientos sobre uso de condón.

De las siguientes escalas se construyeron 2 versiones que se diferencian por la referencia al tipo de pareja, es decir son las mismas preguntas pero en algunos casos se hace referencia a pareja sexual regular y en otras a pareja sexual ocasional.

b) Se utilizó la escala propuesta por Díaz-Loving y Rivera (1994) para evaluar los constructos involucrados en el Modelo de Acción Razonada respecto del uso del Condón. Es un conjunto de subescalas de tipo likert.

-En el rubro de las Actitudes, la escala se compone de 3 factores: **Placer** (actitud hedonista), **Inteligencia** (menciona lo bueno e inteligente que es usar el condón) y **Utilidad** (habla de lo práctico que es usar el condón).

-Para las Creencias y la Norma Subjetiva encontraron 3 Factores: **Norma Subjetiva** (habla de los grupos e individuos que para el sujeto son importantes en relación al uso del condón: padres, amigos, pareja), **Creencias acerca del Placer** (habla de la importancia de favorecer la erección y la sensibilidad asociadas al uso del condón) y **Creencias sobre la Utilidad del uso del Condón** (se refiere a los aspectos preventivos ante enfermedades de transmisión sexual y como anticonceptivo).

c) Para evaluar el modelo de Autoeficacia se creó una escala que mide los componentes del modelo:

-Magnitud.- pregunta abierta.

-Fuerza.- escala tipo likert con 5 opciones de respuesta.

-Generalización.- escala tipo likert con 5 opciones de respuesta.

d) Para el modelo de Planeación se creó una escala que contempla los componentes del modelo:

I) Fase de Predecisión:

-Deseo.- pregunta dicotómica.

-Cambiar el deseo por meta.- escala tipo likert con 5 opciones de respuesta

-Deseabilidad Social.- escala tipo likert con 5 opciones de respuesta.

II) Fase de Preacción:

-Implementación.- pregunta abierta.

Método.

III) Fase de Acción:

Para evaluar la Fase de Acción se utilizaron condones y modelos de penes. Hoja de registro de las conductas realizadas.

IV) Fase de Postacción:

-Evaluación del desempeño.- escala tipo likert con 5 opciones de respuesta.

Procedimiento.

El experimento se dividió en 4 fases.

Fase 1. En esta fase solo participó el grupo experimental. En la materia de Psicología la profesora de grupo ejemplificó el fenómeno de la motivación humana con una clase de sexualidad en la cual explicó el uso correcto del condón, tal clase se planeó considerando las características necesarias para implementar planes o estructuras mentales.

Fase 2. Esta fase se llevó a cabo 3 días después de la primera. Los grupos control y experimental participaron en esta fase. Sin información previa se les aplicaron de manera grupal las escalas descritas. Para responder las escalas se les pidió que, de acuerdo con su situación/elección, respondieran las partes de las escalas correspondientes al tipo de pareja que se aplique para cada caso (Pareja Regular o Pareja Ocasional); en el caso de los muchachos que no habían debutado sexualmente se les pidió que pensarán en una situación hipotética en la cual supusieran lo que harían en las situaciones descritas con una pareja sexual regular u ocasional, y en el caso de aquellos que habían debutado se les pidió que al responder las escalas lo hicieran pensando únicamente en un tipo de pareja, ya sea por elección o por experiencia.

Fase 3. Esta fase tuvo lugar inmediatamente después de la segunda. Al terminar de contestar las escalas se les pidió que pasaran de manera individual a un laboratorio cercano. En el laboratorio se encontraban 4 experimentadores (dos hombres y dos mujeres) que desconocían la situación experimental de cada uno de los sujetos; cada uno de los experimentadores recibió y atendió de manera individual y aislada a cada muchacho; entraron entonces grupos de 4 muchachos, en este momento se midieron los componentes del modelo de Planeación de Predecisión y Preacción, aplicando las escalas correspondientes. Para medir la fase de Acción (conducta de uso de condón) se le dio a cada muchacho un condón y un modelo de pene, se les pidió que colocaran el condón en el modelo y

Método.

que fueran explicando lo que hacían; mientras tanto los experimentadores registraron lo que los sujetos hicieron y dijeron; esto se comparó con una lista que contenía los pasos correctos para usar un condón.

Los pasos esperados (variable dependiente) son:

- 1) Tener un condón.
- 2) Revisar fecha de caducidad o manufactura.
- 3) Oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire.
- 4) Abrirse sin dañar con uñas, dientes u objetos punzocortantes.
- 5) Sacar y observar la dirección en que se desenrolla.
- 6) Colocarse en el pene erecto.
- 7) Apretar la punta para sacar el aire.
- 8) Desenrollarse hasta la base del pene.
- 9) Durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde del pene.
- 10) Después de la eyaculación y antes de perder la erección detener el condón por la base.
- 11) Quitar el condón con cuidado jalándolo sin desenrollar.
- 12) Anudarse y desecharse.

Se registraron además de los pasos mencionados o ejecutados por los sujetos, aquellos que realizaron aunque no estuvieran contemplados en la lista descrita.

Fase 4. Participaron ambos grupos (experimental y control). Se dio inmediatamente después de la tercera fase. De manera grupal se les explicaron las razones del estudio y se les dio una plática sobre prevención de VIH/SIDA así como de los pasos necesarios y correctos para usar un condón.

Análisis Estadístico.

- Análisis Psicométrico de los Instrumentos.
- Pruebas t para comparar los grupos.
- Análisis de Correlación.
- Análisis de Regresión.

Capítulo 5. Resultados.

Descripción de la muestra.

Se trabajó con 120 hombres adolescentes de 3er. año de preparatoria, cuyas edades fluctuaron entre los 16 y 21 años, con una media de 17.5 años y una desviación de .907; 99.2% de ellos son solteros.

Se distribuyeron en dos grupos de acuerdo a su debut sexual, 60 de ellos (50%) ya se han iniciado sexualmente y los otros 60 (50%) aún no. La edad promedio del debut fue a los 15.4 años, con un número promedio de 2.36 parejas a partir del debut sexual. De los jóvenes que ya debutaron sexualmente el 29.2% (35 de ellos) reportan tener actualmente pareja sexual regular y el 27.5% (33) reportan tener pareja sexual ocasional. De esta manera 8 de ellos cuentan con ambos tipos de parejas.

El 100% de la muestra respondió que conoce el condón y lo describen de la siguiente manera: todos consideran que es un método anticonceptivo (“evita embarazos”), el 65% señala la función preventiva de contraer enfermedades de transmisión sexual, sin embargo solo el 9.16% señala su uso preventivo en la transmisión de VIH/SIDA. El 64% de la población lo describe de acuerdo con sus características físicas (hecho de látex, lubricado o sin lubricar, es artificial, tamaño, etc.). El 46% consideran que es responsable usarlo, que es seguro y confiable y que forma parte de la higiene sexual. El 29% señalaron que es de fácil adquisición y que no es caro.

De los que ya debutaron sexualmente, reportaron lo siguiente a propósito del uso del condón:

Frecuencia de Uso	Pareja regular	Pareja ocasional
Nunca	10%	13.33%
Casi Nunca	13.33%	10%
Algunas Veces	6.6%	16.66%
La mayoría de las veces	26.66%	13.33%
Siempre	43.33%	46.66%

La muestra se distribuyó en 2 grupos, uno de ellos denominado grupo experimental (60 sujetos) quienes fueron sometidos al programa experimental y el otro grupo es el control (60 sujetos).

Dentro de cada grupo (experimental y control) la muestra se subdividió de la siguiente manera: 30 sujetos que ya se han iniciado sexualmente y 30 que aún no y después cada subgrupo se dividió nuevamente entre aquellos que tomaron como punto de referencia para el resto del estudio a su pareja sexual regular (15 sujetos) o a sus parejas sexuales ocasionales (15 sujetos); lo que dio un total de 8 grupos (Ver figura 5).

Análisis psicométrico de los instrumentos.

Modelo de Acción Razonada.

Escala de Creencias hacia el uso del Condón.

- a) Discriminación de reactivos. Para este efecto se obtuvo un puntaje total que se dividió en cuatro grupos por cuartiles, posteriormente se aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes a los cuartiles extremos con los puntajes más altos y los más bajos. Solo un reactivo no discriminó (Usar el condón es pecado).
- b) Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre los reactivos; los resultados indicaron correlaciones de medias a bajas, por lo cual se realizó un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax. Los resultados indican un factor y dos reactivos independientes los cuales explican el 68.70 % de la varianza. Se observan valores propios ≥ 1 . Los reactivos seleccionados muestran pesos factoriales superiores a .40. El factor encontrado se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) obteniendo una confiabilidad de .85.

Factor: El condón es preventivo. Los reactivos que integran este factor muestran que los jóvenes consideran que el condón previene embarazos, reduce el riesgo de contagio de E.T.S y específicamente de VIH/SIDA ($\bar{X}=1.74$ D.S.=.84).

El reactivo independiente: Usar el condón favorece la erección mostró una $\bar{X}=3.79$ y una D.S.=1.06 lo que indica que los individuos se muestran en desacuerdo con esta afirmación.

El reactivo independiente: Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual mostró una $\bar{X}=2.98$ y una D.S.=1.20 lo que indica que la población es indiferente ante esta afirmación (tabla 1).

Tabla 1. Escala de Creencias hacia el uso del condón. Modelo de Acción Razonada.

Factor: El condón es preventivo (Alpha=.85)	$\bar{X}= 1.74$	D.S.=.84	Peso factorial.
1. Usar el condón es efectivo en la prevención del embarazo.			.85
2. Usar el condón reduce la posibilidad de contagiarse de ETS.			.91
3. Usar el condón protege del VIH/SIDA.			.87
Reactivos independientes:			
1. Usar el condón favorece la erección.	$\bar{X}=3.79$	D.S.=.84	.73
2. Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual	$\bar{X}=2.98$	D.S.=1.20	.74

Escala: 1=Totalmente de Acuerdo 2=En acuerdo 3=Indiferente 4=En desacuerdo 5=Totalmente en desacuerdo.

Resultados: análisis psicométricos.

Escala de Actitudes hacia el Condón.

- a) Discriminación de reactivos. Se obtuvo un puntaje total que se dividió en cuatro grupos por cuartiles; se aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes a los cuartiles extremos con los puntajes más altos y los más bajos. Tres reactivos no discriminaron (El condón es caro, El condón es dañino, Usar condón es difícil).
- b) Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre los reactivos. Los resultados indicaron correlaciones de medias a bajas, por lo cual se realizó un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax. Los resultados indican un factor y dos reactivos independientes los cuales explican el 70.17% de la varianza. Se observan valores propios ≥ 1 . Los reactivos seleccionados muestran pesos factoriales superiores a .40. El factor encontrado se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) obteniendo una confiabilidad de .86.

Factor: Hedonismo. Los reactivos que integran este factor muestran que la población muestra una actitud hedónica hacia el uso del condón ($\bar{X}=2.95$ D.S.=.88).

El reactivo independiente: Usar el condón es muy inteligente mostró una $\bar{X}=1.27$ y una D.S.=.65 lo que indica que los individuos se muestran de acuerdo con esta afirmación.

El reactivo independiente: Usar el condón es muy bueno mostró una $\bar{X}=1.43$ y una D.S.=.74 lo que indica que la población está de acuerdo ante esta afirmación (tabla 2).

Tabla 2. Escala de Actitudes hacia el uso del condón. Modelo de Acción Razonada.

Factor: Hedonismo (Alpha=.86)	$\bar{X}= 2.95$	D.S.=.88	Peso factorial.
1. Usar el condón es muy agradable.			.76
2. Usar el condón es muy placentero.			.88
3. Usar el condón es muy cómodo.			.88
4. Usar el condón es muy natural.			.73
5. Usar el condón es muy excitante.			.69
Reactivos independientes:			
1. Usar el condón es muy inteligente.	$\bar{X}=1.27$	D.S.=.65	.89
2. Usar el condón es muy bueno.	$\bar{X}=1.43$	D.S.=.74	.87

Rango 1 a 5.

Resultados: análisis psicométricos.

Escala de Motivación por Complacer.

- a) Discriminación de reactivos. Se obtuvo un puntaje total que se dividió en cuatro grupos por cuartiles. Posteriormente se aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes a los cuartiles extremos con los puntajes más altos y los más bajos. Todos los reactivos discriminaron.
- b) Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre los reactivos. Los resultados indican correlaciones de medias a bajas, por lo cual se decidió realizar un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax. Los resultados indican un factor que explica el 46.34% de la varianza. Se observa valor propio ≥ 1 . Los reactivos seleccionados muestran pesos factoriales superiores a .40. El factor encontrado se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) obteniendo una confiabilidad de .66.

Factor: Motivación por Complacer. Los reactivos que integran este factor muestran que la población desea complacer a otros importantes y a la pareja respecto del uso del condón ($\bar{X}=3.84$ D.S.=.98) (tabla 3).

Tabla 3. Escala de Motivación por Complacer. Modelo de Acción Razonada.

Factor: Motivación por Complacer (Alpha=.66)	$\bar{X}= 3.84$	D.S.=.98	Peso factorial.
1. Hago lo que mis padres piensan que debo hacer.			.80
2. Hago lo que mis amigos piensan que debo hacer.			.78
3. Hago lo que mi pareja piensa que debo hacer.			.71

Escala: 1=Totalmente de Acuerdo 2=En acuerdo 3=Indiferente 4=En desacuerdo 5=Totalmente en desacuerdo.

Escala de Norma Subjetiva.

- a) Discriminación de reactivos. Se obtuvo un puntaje total que se dividió en cuatro grupos por cuartiles. Posteriormente se aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes a los cuartiles extremos con los puntajes más altos y los más bajos. Todos los reactivos discriminaron.
- b) Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre los reactivos. Los resultados indican correlaciones de medias a bajas, por lo cual se decidió realizar un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax. Los resultados indican un factor que explica el 53.42 % de la varianza. Se observan valores propios ≥ 1 . Los reactivos seleccionados muestran pesos factoriales superiores a .40. El factor

Resultados: análisis psicométricos.

encontrado se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) obteniendo una confiabilidad de .55.

Factor: Norma subjetiva: padres, amigos y pareja. En este factor se observa el impacto que tiene lo que las personas importantes para los jóvenes que conforman la muestra, piensan acerca que ellos usen condón ($\bar{X}=1.92$ D.S.=.72) (tabla 4).

Tabla 4 .Escala Norma Subjetiva. Modelo de Acción Razonada.

Factor: Norma Subjetiva: padres, amigos, y pareja. (Alpha=.55)	\bar{X} 1.92	D.S.=.72	Peso factorial.
1. Mis padres piensan que debería usar condón con mi pareja.			.77
2. Mis amigos piensan que yo y mi pareja deberíamos usar el condón.			.79
3. Mi pareja piensa que deberíamos usar el condón.			.61

Escala: 1=Totalmente de Acuerdo 2=En acuerdo 3=Indiferente 4=En desacuerdo 5=Totalmente en desacuerdo.

Intención de Uso de Condón.

La intención de uso de condón se midió con un solo reactivo que pregunta “¿Qué tan probable es que tú y tu pareja sexual usen en el futuro siempre el condón? Con 5 opciones de respuesta que van de siempre a nunca. Se obtuvo una $\bar{X}=1.97$ y una D.S.= 2.08, lo que señala que lo consideran de poco a algo probable.

Modelo de Autoeficacia.

Autoeficacia General.

La Autoeficacia General se midió con un solo reactivo que pregunta “¿Qué tan capaz te sientes de usar el condón en forma correcta en todas tus relaciones sexuales? Con 5 opciones de respuesta que van de nada capaz a totalmente capaz. Se obtuvo una $\bar{X}=3.97$ y una D.S.=.849 lo que significa que los jóvenes que respondieron se consideran muy capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales.

Autoeficacia Específica.

La Autoeficacia Específica se midió con un solo reactivo que pregunta “¿Qué tan capaz te sientes de usar el condón en forma correcta en todas tus relaciones sexuales con tu pareja ocasional/regular? Con 5 opciones de respuesta que van de nada capaz a totalmente capaz. Se obtuvo una $\bar{X}=3.99$ y una D.S.=.739 lo que significa que los jóvenes que respondieron se consideran muy capaces de usar el

Resultados: análisis psicométricos.

condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual ocasional o regular según sea el caso.

Escala de Magnitud.

La escala de Magnitud contempla el número de pasos correctos y necesarios para usar el condón, explora la presencia o ausencia de cada uno de los 12 pasos esperados. Se realizó una sumatoria de las respuestas y se obtuvo una $\bar{X}= 5.45$ y una D.S.= 2.70, es decir los jóvenes que componen la muestra dieron un promedio de 6 de los 12 pasos esperados.

Escala de Fuerza.

- a) Discriminación de reactivos. Se obtuvo un puntaje total que se dividió en cuatro grupos por cuartiles. Posteriormente se aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes a los cuartiles extremos con los puntajes más altos y los más bajos. Todos los reactivos discriminaron.
- b) Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre los reactivos. Los resultados indican correlaciones de medias a bajas, por lo cual se decidió realizar un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax. Los resultados indican dos factores y seis reactivos independientes los cuales explican el 66.8 % de la varianza. Se observan valores propios ≥ 1 . Los reactivos seleccionados muestran pesos factoriales superiores a .40. Los factores encontrados se sometieron a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) obteniendo una confiabilidad de .65 y .55 respectivamente.

Factor: Colocación del condón. Los reactivos que integran este factor explican las conductas más conocidas asociadas a la colocación del condón, sin embargo se sienten solo algo capaces de realizarlas ($\bar{X}=2.76$ D.S.=1.70).

Factor: Durante la relación sexual. Los reactivos que integran este factor explican las conductas más conocidas asociadas al uso del condón durante la relación sexual, sin embargo se sienten poco capaces de realizarlas ($\bar{X}=1.87$ D.S.=1.43).

El reactivo independiente: Tener un condón mostró una $\bar{X}=.92$ y una D.S.=1.88 lo que indica que los individuos se sienten nada capaces de realizar esta conducta.

Resultados: análisis psicométricos.

El reactivo independiente: Revisar la fecha de caducidad o manufactura mostró una $\bar{X}=1.96$ y una D.S.=2.32 lo que indica que los individuos se sienten poco capaces de realizar esta conducta.

El reactivo independiente: Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire mostró una $\bar{X}=1.95$ y una D.S.=2.26 lo que indica que los individuos se sienten poco capaces de realizar esta conducta.

El reactivo independiente: Sacar el condón y observar la dirección en que se desenrolla mostró una $\bar{X}=.93$ y una D.S.=1.84 lo que indica que los individuos se sienten nada capaces de realizar esta conducta.

El reactivo independiente: Quitar el condón con cuidado mostró una $\bar{X}=2.69$ y una D.S.=2.27 lo que indica que los individuos se sienten medianamente capaces de realizar esta conducta.

El reactivo independiente: Anudarse y tirar mostró una $\bar{X}=2.28$ y una D.S.=2.32 lo que indica que los individuos se sienten poco capaces de realizar esta conducta (tabla 5).

Tabla 5. Escala de Fuerza. Modelo de Autoeficacia.

Factor: Colocación del condón (Alpha=.65)	$\bar{X}= 2.76$	D.S.=1.70	Peso factorial.
1. Abrirse sin dañar con uñas o dientes.			.72
2. Apretar la punta para sacar el aire.			.67
3. Desenrollarse hasta la base del pene.			.82
Factor: Durante la relación sexual (Alpha=.55)	$\bar{X}= 1.87$	D.S.=1.43	Peso Factorial.
1.Colocarse en el pene erecto.			.53
2.Durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde del pene.			.86
3. Después de la eyaculación detener el condón.			.64
Reactivos independientes:			
1. Tener un condón.	$\bar{X}=.92$	D.S.=1.88	.79
2. Revisar fecha de caducidad o manufactura.	$\bar{X}=1.96$	D.S.=2.32	.82
3. Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire.	$\bar{X}=1.95$	D.S.=2.26	.79
4. Sacar y observar la dirección en que se desenrolla.	$\bar{X}=.93$	D.S.=1.84	.65
5. Quitar el condón con cuidado.	$\bar{X}=2.69$	D.S.=2.27	.84
6. Anudar y tirar.	$\bar{X}=2.28$	D.S.=2.32	.86

Escala: 1=Nada capaz 2=Poco capaz 3=Algo capaz 4=Muy capaz 5=Totalmente capaz.

Escala de Generalización.

- a) Discriminación de reactivos. Se obtuvo un puntaje total que se dividió en cuatro grupos por cuartiles. Posteriormente se aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes a los cuartiles extremos con los puntajes más altos y los más bajos. Todos los reactivos discriminaron.
- b) Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre los reactivos. Los resultados indican correlaciones de medias a bajas, por lo cual se decidió realizar un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax. Los resultados indican dos factores y cinco reactivos independientes los cuales explican el 58 % de la varianza. Se observan valores propios ≥ 1 . Los reactivos seleccionados muestran pesos factoriales superiores a .40. Los factores encontrados se sometieron a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) obteniendo una confiabilidad de .64 y .53 respectivamente.

Factor 1: Colocación del condón. Los reactivos que integran este factor explican las conductas más conocidas asociadas a la colocación del condón, sin embargo se sienten solo algo capaces de generalizarlas ($\bar{X}=2.70$ D.S.=1.70).

Factor 2: Durante la relación sexual. Los reactivos que integran este factor explican las conductas que deben realizarse con el condón durante la relación sexual, sin embargo se sienten poco capaces de generalizarlas ($\bar{X}=1.61$ D.S.=1.24).

El reactivo independiente: Tener un condón mostró una $\bar{X}=.88$ y una D.S.=1.82 lo que indica que los individuos se sienten nada capaces de generalizar esta conducta.

El reactivo independiente: Revisar la fecha de caducidad o manufactura mostró una $\bar{X}=1.95$ y una D.S.=2.31 lo que indica que los individuos se sienten poco capaces de generalizar esta conducta.

El reactivo independiente: Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire mostró una $\bar{X}=1.88$ y una D.S.=2.24 lo que indica que los individuos se sienten poco capaces de generalizar esta conducta.

Resultados: análisis psicométricos.

El reactivo independiente: Quitar el condón con cuidado mostró una $\bar{X}=2.61$ y una D.S.=2.27 lo que indica que los individuos se sienten medianamente capaces de generalizar esta conducta.

El reactivo independiente: Anudarse y tirar mostró una $\bar{X}=2.27$ y una D.S.=2.31 lo que indica que los individuos se sienten poco capaces de generalizar esta conducta (tabla 6).

Tabla 6. Escala de Generalización. Modelo de Autoeficacia.

Factor 1: Colocación del condón (Alpha=.64)	$\bar{X}= 2.70$	D.S.=1.70	Peso factorial.
1. Abrirse sin dañar con uñas o dientes.			.69
2. Apretar la punta para sacar el aire.			.70
3. Desenrollarse hasta la base del pene.			.78
Factor 2: Durante la relación sexual (Alpha=.53)	$\bar{X}= 1.61$	D.S.=1.24	Peso factorial.
1. Sacar y observar la dirección en que se desenrolla.			.40
2. Colocarse en el pene erecto.			.45
3. Durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde			.86
4. Después de la eyaculación detener el condón.			.55
Reactivos independientes:			
1. Tener un condón.	$\bar{X}=.88$	D.S.=1.82	.48
2. Revisar fecha de caducidad o manufactura.	$\bar{X}=1.95$	D.S.=2.31	.82
3. Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire.	$\bar{X}=1.88$	D.S.=2.24	.80
4. Quitar el condón con cuidado.	$\bar{X}=2.61$	D.S.=2.27	.77
5. Anudar y tirar.	$\bar{X}=2.27$	D.S.=2.31	.72

Escala: 1=Nada capaz 2=Poco capaz 3=Algo capaz 4=Muy capaz 5=Totalmente capaz.

Modelo de Las Fases de la Acción (Planeación).

Fase Predecisional.

La Fase predecisional se compone de tres elementos (evaluación del deseo, la transformación del deseo en una meta y la deseabilidad social) para los cuales se realizaron los siguientes análisis:

Evaluación del deseo. Se midió con un solo reactivo que pregunta “Cuando mantienes una relación sexual con tu pareja sexual (regular/ocasional) ¿deseas usar el condón? Se trata de un reactivo dicotómico con 2 opciones de respuesta (no/si). Se obtuvo una $\bar{X}=1.81$ y una D.S.=.395 lo que significa que 97 de los jóvenes que respondieron desean usar el condón.

Resultados: análisis psicométricos.

Transformación del deseo en una meta. Para la medición de este componente se empleó un solo reactivo que dice ¿Qué tan probable es que uses el condón con tu pareja sexual (regular/ocasional) si lo deseas? y se respondió a través de 5 opciones que iban de nada probable a totalmente probable. Se obtuvo una $\bar{X}=4.03$ y una D.S.=.884 lo que significa la mayoría de los jóvenes consideran que es muy probable que usen el condón.

Deseabilidad social. Para medir este componente se empleó una escala.

- a) Discriminación de reactivos. Se obtuvo un puntaje total que se dividió en cuatro grupos por cuartiles. Posteriormente se aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes a los cuartiles extremos con los puntajes más altos y los más bajos. Todos los reactivos discriminaron.
- b) Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre los reactivos. Los resultados indican correlaciones de medias a bajas, por lo cual se decidió realizar un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax. Los resultados indican un factor que explica el 51.56 % de la varianza. Se observan valores propios ≥ 1 . Los reactivos seleccionados muestran pesos factoriales superiores a .40. El factor encontrado se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) obteniendo una confiabilidad de .63.

Factor 1: Deseabilidad social. Los reactivos que integran este factor explican la importancia que tiene lo que las personas importantes para los jóvenes piensan acerca de que él use el condón ($\bar{X}=4.86$ D.S.=2.32) (tabla 7).

Tabla 7. Escala Deseabilidad Social. Modelo de las Fases de la Acción (Planeación).

Factor: Deseabilidad Social (Alpha=.63)	$\bar{X}= 4.86$	D.S.=2.32	Peso factorial.
Las personas que consideras importantes piensan que usar un condón en tus relaciones sexuales con tu pareja sexual (regular/ocasional) es:			
1. Deseable-indeseable.			.73
2. Adecuado-inadecuado.			.72
3. Ideal-no ideal.			.55
4. Conveniente-inconveniente.			.82

Resultados: análisis psicométricos.

Fase Preaccional.

La Fase preaccional se compone de un elemento (Implementación), que considera los pasos necesarios para la ejecución de un plan. En este caso se contempló la presencia o ausencia de cada uno de los 12 pasos necesarios para el uso correcto del condón. Se realizó una sumatoria de las respuestas y se obtuvo una $\bar{X}= 8.22$ y una $D.S=3.34$. Lo que significa que los jóvenes citaron planes que en promedio incluían 8 de los 12 pasos necesarios para la ejecución correcta de la conducta de uso de condón.

Fase Accional.

La Fase Accional considera la ejecución de los pasos necesarios para la consecución de la meta planeada. En este caso se contempló la presencia o ausencia en la realización de cada uno de los 12 pasos necesarios para el uso correcto del condón. Se realizó una sumatoria de las respuestas y se obtuvo una $\bar{X}=7.28$ y una $D.S=2.00$. Se observa que los jóvenes realizaron en promedio 8 de los 12 pasos esperados.

Fase Postaccional.

Se midió con un solo reactivo que pregunta “¿Cómo evaluarías tu desempeño al realizar esta conducta si la comparas con lo que planeaste? Se trata de un reactivo con tres opciones de respuesta (mejor, igual, peor). Se obtuvo una $\bar{X}=1.96$ y una $D.S.=.715$ lo que significa que la mayoría de los jóvenes evaluaron su desempeño en la tarea como igual al plan implementado.

Eficacia del tratamiento experimental.

Diferencias entre el grupo experimental y el grupo control en la planeación y ejecución de los pasos necesarios para el Uso Correcto de Condón.

Se realizó un análisis de \bar{X} en función de la presencia o ausencia de los pasos necesarios para el Uso Correcto del Condón, en los grupos experimental y control en el componente de Magnitud de la escala de Autoeficacia y de Implementación del modelo de Planeación, así como en la Conducta de uso de condón.

Al considerar la **Magnitud (Autoeficacia)** se encontró que hay asociaciones significativas en los pasos: **revisar la fecha de caducidad o manufactura (2), oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire (3), sacar y observar la dirección en que se desenrolla el condón (5), colocarse en el pene erecto (6), apretar la punta para sacar el aire (7), durante la relación sexual, revisar que el condón siga en el borde (9), después de la eyaculación detener el condón (10), quitar el condón con cuidado (11) y anudar y tirar (12)**; diferencias

Resultados: análisis psicométricos.

generadas por el grupo experimental. Se observan diferencias entonces en 9 de los 12 pasos de la serie en función de la magnitud de pasos que los jóvenes consideran necesarios para usar un condón (tabla 8).

Tabla 8. Magnitud o jerarquización de pasos de los integrantes de los grupos control y experimental comparados a través de un análisis X.

Pasos para uso de condón.	Grupo Experimen.		Grupo Control.		X̄	Sig.
	Presencia del paso. Frecs.	Ausencia del paso. Frecs.	Presencia del paso. Frecs.	Ausencia del paso. Frecs.		
1.Tener un condón	15	45	9	51	1.87	1.70
2. Revisar fecha de caducidad o manufactura.	35	25	16	44	12.31	.000
3. Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire.	37	23	15	45	16.42	.000
4.-Abrir sin dañar con uñas y dientes.	42	18	41	19	.039	.84
5.-Sacar y observar la dirección en que se desenrolla.	21	39	4	56	14.60	.000
6.- Colocarse en el pene erecto.	50	10	41	19	3.68	.054
7.- Apretar la punta para sacar el aire.	42	18	28	32	6.72	.009
8.- Desenrollarse hasta la base del pene.	38	22	33	27	.862	.35
9.- Durante la relación, revisar que el condón siga en el borde.	18	42	4	56	10.90	.000
10.- Después de la eyaculación detener el condón.	28	32	9	51	14.10	.000
11.- Quitar el condón con cuidado.	42	18	29	31	5.82	.015
12.- Anudar y tirar.	39	21	21	39	10.80	.000

Al analizar la **Implementación del plan de acción** se observaron asociaciones importantes dadas por el grupo experimental y el número de pasos mencionados en la serie teórica descrita; los pasos con asociaciones significativas fueron **revisar la fecha de caducidad o manufactura (2), oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire (3), sacar y observar la dirección en que se desenrolla el condón (5), apretar la punta para sacar el aire (7), después de la eyaculación detener el condón (10), quitar el condón con cuidado (11) y anudar y tirar (12)** (tabla 9)

En la tabla 10 se observa que al pedir a los sujetos que **ejecutaran la conducta** se observó que existen asociaciones significativas en los pasos **revisar la fecha de caducidad o manufactura (2), oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire (3), apretar la punta para sacar el aire (7), durante la relación sexual, revisar que el condón siga en el borde (9), después de la eyaculación detener el condón (10), quitar el condón con cuidado (11) y anudar y tirar (12)**. En este caso también las relaciones y asociaciones significativas se deben al grupo experimental.

Resultados: análisis psicométricos.

Tabla 9. Implementación de la estructura mental referida por los integrantes de los grupos control y experimental comparados a través de un análisis χ^2 .

Pasos para uso de condón.	Grupo Experiemen.		Grupo Control.		χ^2	Sig.
	Presencia del paso. Frecs.	Ausencia del paso. Frecs.	Presencia del paso. Frecs.	Ausencia del paso. Frecs.		
1.Tener un condón	29	31	15	45	7.03	.008
2. Revisar fecha de caducidad o manufactura.	32	28	13	47	12.83	.000
3. Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire.	26	34	12	48	7.54	.006
4.-Abrir sin dañar con uñas y dientes.	30	30	28	32	13.34	.714
5.-Sacar y observar la dirección en que se desenrolla.	18	42	9	51	3.87	.049
6.- Colocarse en el pene erecto.	33	27	15	45	11.25	.000
7.- Apretar la punta para sacar el aire.	29	31	22	38	1.67	.196
8.- Desenrollarse hasta la base del pene.	31	29	26	34	.835	.360
9.- Durante la relación, revisar que el condón siga en el borde.	13	47	1	59	11.64	.000.
10.- Después de la eyaculación detener el condón.	19	41	8	52	5.78	.016
11.- Quitar el condón con cuidado.	29	31	20	40	2.79	.094
12.- Anudar y tirar.	26	34	18	42	2.29	.124

Tabla 10. Conducta de poner el condón en un modelo, realizada por los integrantes de los grupos control y experimental comparados a través de un análisis χ^2 .

Pasos para uso de condón.	Grupo exp.		Grupo Control.		χ^2	Sig.
	Presencia del paso. Frecs.	Ausencia del paso. Frecs.	Presencia del paso. Frecs.	Ausencia del paso. Frecs.		
1.Tener un condón	3	57	1	59	1.03	.309
2. Revisar fecha de caducidad o manufactura.	37	23	18	42	12.11	.000
3. Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire.	37	23	15	45	16.42	.000
4.-Abrir sin dañar con uñas y dientes.	55	5	58	2	1.36	.242
5.-Sacar y observar la dirección en que se desenrolla.	46	14	46	14	.000	1.00
6.- Colocarse en el pene erecto.	47	13	47	13	.000	1.00
7.- Apretar la punta para sacar el aire.	48	12	36	24	5.71	.016
8.- Desenrollarse hasta la base del pene.	54	6	58	2	2.14	.143
9.- Durante la relación, revisar que el condón siga en el borde.	16	44	4	56	8.64	.003
10.- Después de la eyaculación detener el condón.	33	27	15	45	11.25	.000
11.- Quitar el condón con cuidado.	58	2	47	13	9.21	.002
12.- Anudar y tirar.	52	8	43	17	4.09	.043

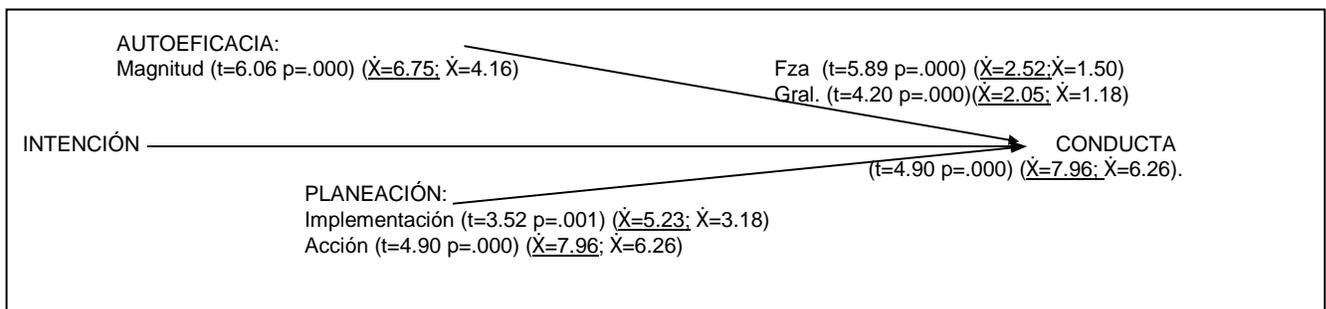
Resultados: análisis psicométricos.

Con el propósito de conocer la eficacia del tratamiento experimental, se realizaron pruebas t para grupos independientes, comparando las medias entre los grupos experimental y control para algunas de las variables medidas en los modelos de Autoeficacia y de Planeación debido a que su medición requiere de la implementación de un plan de acción y/o la ejecución de la tarea (Figura 6).

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos definidas por el grupo experimental. Dentro del modelo de la Autoeficacia se observa que el **grupo experimental** cuenta con una jerarquización de pasos correctos más amplia que con los que cuenta el **grupo control (magnitud $t=6.06$ $p=.000$ $\bar{X}=6.75$ y $\bar{X}=4.16$)**, dentro del mismo modelo se observa que **la capacidad o convicción de realizar cada uno de los pasos (fuerza) y la generalización de las conductas**, son más probables en el **grupo experimental que en el control ($t=5.89$. $p=.000$ $\bar{X}=2.52$ $\bar{X}=1.50$ y $t=4.20$ $p=.000$ $\bar{X}=2.05$; $\bar{X}=1.18$)**.

Para el modelo de Planeación se observó que en la fase de Preacción (implementación $t=3.52$ $p=.001$ $\bar{X}=5.23$ $\bar{X}=3.18$) el **grupo experimental muestra medias más altas que el grupo control**, es decir, los sujetos que recibieron la plática de implementación conductual pudieron implementar la conducta con mayor éxito. Finalmente se observaron diferencias sustanciales entre los grupos en la **conducta final (fase de Acción, manipulación del condón $t=4.90$ $p=.000$ $\bar{X}=7.96$ $\bar{X}=6.26$)**; el grupo experimental realizó más pasos y con menos errores al poner el condón en el modelo, que el grupo control.

Figura 6. Análisis de diferencias entre los grupos experimental y control.



Análisis de Correlación.

Se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson para cada una de las escalas que conforman el modelo con la conducta final (Uso correcto del condón).

Modelo de Acción Razonada. Se realizaron análisis de correlación entre los componentes del Modelo de Acción Razonada y la conducta de Uso de condón.

Muestra total.
(Modelo de Acción Razonada).

En la tabla 11 se observa que el factor **“El condón es preventivo” de la escala de Creencias** correlaciona de manera positiva ($r=.311$) con el factor **“Norma subjetiva: padres, amigos y pareja”** lo que significa que los jóvenes consideran que hay relación entre lo que las personas importantes para ellos piensan acerca de que usen el condón y las creencias con las que ellos cuentan acerca de las características preventivas que atribuyen al condón.

El factor Hedonismo de la escala de Actitudes correlacionó de manera positiva con los reactivos **“Usar el condón es muy inteligente”** ($r=.259$) y **“Usar el condón es muy bueno”** ($r=.327$) de la misma escala, además, correlacionó de manera negativa con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” (escala de Creencias)** ($r=-.458$) y con la **Intención de uso de Condón** ($r=-.234$) lo que señala que usar el condón además de ser bueno e inteligente, es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante, así mismo consideran que no reduce la sensibilidad en las relaciones sexuales, sin embargo, no muestran la Intención de usarlo.

Se observó una correlación significativa entre el factor Motivación por Complacer y el factor **Norma Subjetiva** ($r=.299$) que señala que la muestra considera que el deseo de hacer las cosas que los otros importantes consideran que la persona haga se relaciona con la aprobación que hacen sus padres, amigos y pareja acerca de que usen condón. Así mismo el factor **“Motivación por complacer a los padres, los amigos y la pareja”** correlacionó ($r=.191$) con el reactivo **“Usar el condón favorece la erección” (escala de Creencias)** y con el reactivo **“Usar el condón es muy bueno”** ($r=.200$).

El factor “Norma Subjetiva: padres, amigos y pareja” correlacionó con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” (escala de Creencias)** ($r=.188$) lo que significa que aunque se reduzca la sensibilidad es muy importante su uso si así lo consideran las personas importantes para ellos y con el reactivo **“Usar el condón es muy bueno” (Escala de Actitudes)** ($r=.204$).

El reactivo que señala que “Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” (escala de Creencias) correlaciona de manera positiva ($r=.293$)

Resultados: análisis de correlación.

con el reactivo que señala que **“Usar el condón es muy bueno” (escala de Actitudes)**, es decir, que aunque su uso pudiera reducir la sensibilidad, es bueno usarlo.

El reactivo **“Usar el condón es muy inteligente (Escala de Actitudes)** correlaciona con el reactivo **“Usar el condón es muy bueno” de la misma escala (r=.622)** y de manera negativa con la **Conducta de uso de condón (r=-.185)**. Lo que significa que los jóvenes consideran que usar el condón es bueno e inteligente, sin embargo a la hora de usar el condón no lo hacen correctamente.

El reactivo **“Usar el condón es muy bueno” (Escala de Actitudes)** correlaciona de manera negativa con la **Intención de Uso de Condón (r=-.270)** y con la **conducta de Uso de Condón (r=-.241)** esto señala que a pesar de que consideran que el uso de condón es muy bueno no tienen la intención de usarlo además de que en el ejercicio de poner el condón no lo hicieron adecuadamente.

Tabla 11. Correlaciones de la muestra total entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo								.311 .001		
Favorece erección							.191 .037			
Reduce sensibil.				-.458 .000		.293 .001		.188 .040		
Actitudes Hedónicas					.259 .004	.327 .000			-.234 .010	
Uso es inteligente						.622 .000				-.185 .043
Uso es bueno							.200 .029	.204 .026	-.270 .003	-.241 .008
Motivación por complacer								.299 .001		
Norma subjetiva										
Intención de uso.										
Acción										

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Experimental. (Modelo de Acción Razonada)

En la tabla 12 se observa una correlación negativa entre el factor **“El condón es preventivo” de la escala de Creencias (r=-.369)** con la **Intención de uso de Condón** lo que señala que a pesar de que los jóvenes consideran que el uso del condón previene de ETS, VIH/SIDA y de embarazos no planeados no muestran Intención de Usarlo.

Respecto del factor **Hedonismo de la escala de Actitudes** se encontró una correlación positiva con el reactivo **“Usar el condón es muy bueno” de la misma escala (r=.343)** y una correlación negativa con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” de la escala de Creencias (r=-.514)**, es decir que el uso del condón además de ser agradable, placentero, cómodo, natural y excitante, es bueno y no reduce la sensibilidad.

Se observó una correlación positiva entre el factor **Motivación por Complacer (r=.311)** y el factor **Norma Subjetiva** lo que señala que los jóvenes consideran que es muy importante lo que sus padres, amigos y su pareja consideran que deben hacer, particularmente usar condón.

El reactivo **“Usar el condón favorece la erección” de la escala de Creencias** correlaciona de manera negativa con el reactivo **“Usar el condón es muy inteligente” de la escala de Actitudes (r=-.308)** lo que significa que a pesar de que consideran que usar el condón es inteligente no favorece la erección.

El reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” de la escala de Creencias** correlaciona de manera negativa con el reactivo **“Usar el condón es muy bueno” de la escala de Actitudes (r=-.320)** lo que señala que creen que es bueno usar el condón y que no reduce la sensibilidad.

Así mismo, el reactivo **“Usar el condón es muy inteligente” y el reactivo “Usar el condón es muy bueno”, ambos de la escala de Actitudes**, muestran una correlación positiva (**r=.397**); sin embargo, el reactivo **“Usar el condón es muy bueno”** correlacionó de manera negativa (**r=-.303**) con la **Intención de Uso de condón**.

Finalmente, y de manera paradójica, debido a que en este grupo recibieron el entrenamiento en uso correcto del condón, se encontró una correlación negativa entre la **Intención de uso de condón y el uso de condón (r=-.263)** de tal forma que aunque los jóvenes tengan la intención de usar el condón, a la hora de hacerlo lo hacen de manera inadecuada.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 12. Correlaciones del grupo experimental entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo									-.369 .004	
Favorece erección					-.308 .017					
Reduce sensibil.				-.514 .000		-.320 .013				
Actitudes Hedónicas						.343 .007				
Uso es inteligente						.397 .002				
Uso es bueno									-.303 .018	
Motivación por complacer								.311 .016		
Norma subjetiva										
Intención de uso.										-.263 .042
Acción										

Grupo Control. (Modelo de Acción Razonada)

En la tabla 13 se observa una correlación positiva entre el factor **“El condón es preventivo” de la escala de Creencias** con el factor **Norma Subjetiva (r=.443)** lo que señala que los sujetos del grupo control consideran que hay relación entre las características de prevención atribuidas al uso del condón y lo que las personas importantes para ellos piensan a propósito de que ellos usen condón.

Sobre el factor “Hedonismo” de la escala de Actitudes se encontraron correlaciones positivas con los reactivos **“Usar condón es muy inteligente” y “Usar condón es muy bueno” de la misma escala (r=.330 y r=.384 respectivamente)** y una correlación negativa con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” (r=-.406)** lo que señala que además de considerar que el uso de condón es bueno e inteligente, es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante y que no se reduce la sensibilidad. Sin embargo, se encontró una correlación negativa con **la Intención de uso de**

Resultados: análisis de correlación.

condón (r=-.402) lo que significa que a pesar de las características hedónicas atribuibles al condón, jóvenes del grupo control no muestran Intención de uso.

En el factor **Motivación por complacer** se observaron correlaciones positivas con el factor **Norma Subjetiva (r=.299)** y con los reactivos **“Usar el condón es muy inteligente” (r=.280)** y **“Usar el condón es muy bueno” (r=.362)**. Lo anterior señala que los jóvenes consideran importante complacer a las personas significativas para ellos (padres, amigos, pareja) especialmente a propósito del uso del condón que además piensan que usar el condón es bueno e inteligente.

Para el factor **Norma Subjetiva** se encontraron correlaciones positivas con los reactivos **“Usar condón favorece la erección” (r=.269)** y **“Usar condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” (r=.350)** ambos de la escala de **Creencias**, es decir, que los sujetos del grupo control consideran que es muy importante lo que sus padres, amigos y pareja piensan acerca de que ellos usen condón, además de que su uso favorece la erección, pero que reduce la sensibilidad.

Se observó que el reactivo **“Usar condón favorece la erección” (escala de Creencias)** correlacionó de manera positiva con el reactivo **“Usar el condón es muy bueno” de la escala de Actitudes (r=.300)**. A su vez, este reactivo (**“Usar el condón es muy bueno”**) correlacionó con el reactivo **“Usar el condón es muy inteligente”**, (r=.678) (ambos de la escala de Actitudes). Lo que significa que usar un condón además de ser bueno e inteligente favorece la erección.

Entre los reactivos **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” (creencias)** y **“Usar el condón es muy bueno” (actitudes)** se observó una correlación negativa (r=-.280) lo que señala que además de que usar el condón es muy bueno no reduce la sensibilidad.

Por último se encontró que el reactivo **“Usar el condón es muy bueno”** correlaciona de manera negativa con la **Intención de uso de condón (r=-.273)** y con la **Conducta de uso de condón (r=-.309)**, lo que significa que aunque la población del grupo control consideran que usar el condón es bueno no tienen la intención de usarlo y que al hacerlo no lo hacen de manera correcta.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 13. Correlaciones del grupo control entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo								.443 .000		
Favorece erección						.300 .020		.269 .038		
Reduce sensibil.				-.406 .001		-.280 .030		.350 .006		
Actitudes Hedónicas					.330 .010	.384 .002			-.402 .001	
Uso es inteligente						.678 .000	.280 .030			
Uso es bueno							.362 .004		-.273 .035	-.309 .016
Motivación por complacer								.299 .020		
Norma subjetiva										
Intención de uso.										
Acción										

Grupo con debut sexual. (Modelo de Acción Razonada)

En la tabla 14 se observa una correlación positiva entre el factor **“El condón es preventivo” de la escala de Creencias** con el factor **Norma Subjetiva ($r=.384$)** lo que señala que los sujetos que ya tuvieron debut sexual consideran que las características preventivas atribuibles al uso del condón (previene de ETS, VIH/SIDA y embarazos no planeados) se relacionan con la importancia que le dan sus padres, amigos y pareja a que ellos usen condón.

El factor **Hedonismo de la escala de Actitudes** muestra correlaciones positivas con los reactivos **“Usar el condón es muy inteligente” y “Usar el condón es muy bueno”, de la misma escala ($r=.402$ y $r=.428$ respectivamente)** y correlaciones negativas con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” de la escala de Creencias ($r=-.536$)** y también con la **Intención de Uso de Condón ($r=-.386$)**. Lo anterior señala que la muestra de jóvenes que han debutado sexualmente consideran que el condón además de ser agradable, placentero, cómodo, natural y excitante, es muy inteligente y muy bueno, y que no reduce la sensibilidad, sin embargo, no tienen la intención de usarlo.

Resultados: análisis de correlación.

En el grupo de chicos que no han debutado sexualmente no se encontraron correlaciones significativas con el factor **Motivación por complacer**.

En el factor **Norma subjetiva** se observó una correlación positiva con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” de la escala de creencias (r=.294)** y una correlación negativa con la **Conducta de uso de condón (r=-.336)** lo anterior señala que los chicos que han debutado sexualmente consideran que aunque para sus padres, amigos y pareja sea importante que usen condón, ellos consideran que reduce la sensibilidad, además de que muestran importantes fallas a la hora de usarlo.

Se observa una correlación positiva entre en reactivo **“Usar el condón es muy inteligente” y “Usar el condón es muy bueno”** ambos de la escala de actitudes (r=.749). Y una correlación negativa entre el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual”** de la escala de Creencias y el reactivo **“Usar el condón es muy bueno” (r=-.239)** esto último señala que además de ser muy bueno no reduce la sensibilidad durante la relación sexual.

Por último se observó una correlación negativa entre el reactivo **“Usar el condón es muy bueno”** con la **Conducta de uso de condón (r=-.258)**, lo que señala que a pesar de que el grupo control considere que usar el condón es bueno no lo hace de manera correcta.

Tabla 14. Correlaciones del grupo Con Debut Sexual entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo								.384 .002		
Favorece erección										
Reduce sensibil.				-.536 .000		-.239 .023		.294 .023		
Actitudes Hedónicas					.402 .001	.428 .001			-.386 .002	
Uso es inteligente						.749 .000				
Uso es bueno										-.258 .047
Motivación por complacer										
Norma subjetiva										-.336 .009
Intención de uso.										
Acción										

Resultados: análisis de correlación.

Grupo sin debut sexual. (Modelo de Acción Razonada)

En la tabla 15 se observan las correlaciones del grupo que no ha tenido debut sexual entre los elementos que conforman el Modelo de Acción Razonada. Se observó una correlación positiva entre el **factor “El condón es preventivo” de la escala de Creencias** con los reactivos **“Usar el condón es muy inteligente”** y **“Usar condón es muy bueno” de la escala de Actitudes (r=.375 y r= .475 respectivamente)**, lo que señala que las características preventivas atribuibles al condón (evitar ETS, VIH/SIDA, y embarazos no planeados) muestran relación con las actitudes acerca de lo bueno e inteligente que es usarlo.

El factor **Hedonismo de la escala de actitudes** muestra una correlación negativa (**r=-.329**) con el reactivo **“Usar condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” de la escala de Creencias**, lo que señala que los jóvenes consideran que el condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante, además de que usarlo no reduce la sensibilidad.

El factor **Motivación por Complacer** muestra una correlación positiva con el factor **Norma Subjetiva (r=.352)** y con el reactivo **“Usar el condón favorece la erección” de la escala de Creencias (r=.286)** lo que significa que para estos chicos es importante lo que sus padres, amigos y su pareja quieren que ellos hagan específicamente que usen el condón, además de que consideran que su uso favorece la erección.

Finalmente se observa que el reactivo **“Usar el condón es muy bueno” de la escala de Actitudes**, muestra una correlación positiva con el reactivo **“Usar el condón es muy inteligente” de la misma escala (r=.431)** y una correlación negativa con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” de la escala de Creencias (r=-.300)** lo que señala que usar el condón es bueno e inteligente y que no reduce la sensibilidad, sin embargo muestra también una correlación negativa con **la Intención de Uso de Condón (r=-.307)**

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 15. Correlaciones del grupo Sin Debut Sexual entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo					.375 .003	.475 .000				
Favorece erección							.286 .027			
Reduce sensibil.				-.329 .010		-.300 .020				
Actitudes Hedónicas										
Uso es inteligente						.431 .001				
Uso es bueno									-.307 .017	
Motivación por complacer								.352 .006		
Norma subjetiva										
Intención de uso.										
Acción										

Grupo con Pareja Ocasional. (Modelo de Acción Razonada).

En el grupo de los chicos que reportaron tener pareja ocasional no se encontraron correlaciones en los factores **El condón es preventivo**, de la escala de Creencias ni en el factor **Motivación por complacer** con ninguno de los otros componentes del modelo.

Se encontró una correlación positiva entre el factor **Hedonismo de la escala de Actitudes** con los reactivos “**Usar el condón es muy inteligente**” y “**Usar el condón es muy bueno**” ($r=.515$ y $r=.459$) y una correlación negativa con el reactivo “**Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual**” ($r=-.699$) lo que señala que usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante, además de ser bueno e inteligente y que no reduce la sensibilidad durante la relación sexual.

El factor **Norma Subjetiva** mostró correlaciones positivas con los reactivos “**Usar el condón es muy inteligente**” y “**Usar el condón es muy bueno**” ambos de la escala de Actitudes ($r=.497$ y $r=.503$ respectivamente) lo que señala que

Resultados: análisis de correlación.

además de que usar el condón es bueno e inteligente es muy importante para sus padres, amigos y pareja que ellos lo usen. Sin embargo se encontró que con la **Conducta de uso de condón** hay una correlación negativa ($r=-.477$) lo que señala que a pesar de lo anterior no lo usan adecuadamente.

En el reactivo **“Usar el condón es muy inteligente”** se encontró una correlación positiva con el reactivo **“Usar el condón es muy bueno”** ambos de la escala de **Actitudes** ($r=.766$).

Finalmente se encontró que en la **Conducta de uso de condón** hay correlaciones negativas con los reactivos **“Usar el condón es muy inteligente”** ($r=-.398$) y **“Usar el condón es muy bueno”** ambos de la escala de **Actitudes** ($r=.451$). Lo que señala que aún cuando los jóvenes consideran que su uso es muy bueno e inteligente lo usan de manera inadecuada (tabla 16).

Tabla 16. Correlaciones del grupo Con Pareja Ocasional entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo										
Favorece erección										
Reduce sensibil.				-.669 .000						
Actitudes Hedónicas					.515 .009	.459 .021				
Uso es inteligente						.766 .000		.497 .012		-.398 .049
Uso es bueno								.503 .010		-.451 .049
Motivación por complacer										
Norma subjetiva										-.477 .016
Intención de uso.										
Acción										

Resultados: análisis de correlación.

Grupo con Pareja Regular. (Modelo de Acción Razonada)

La tabla 17 muestra que entre los chicos que reportan tener pareja regular se observó una correlación positiva entre el factor **El condón es preventivo de la escala de Creencias** con el factor **Norma Subjetiva** ($r=.556$) y una correlación negativa con la **Conducta de uso de condón** ($r=-.342$), lo anterior significa que los jóvenes consideran que el condón sirve para prevenir ETS, VIH/SIDA y embarazos no planeados y que sus padres, amigos y pareja consideran que ellos deben usar el condón, sin embargo a la hora de colocar un condón lo hacen de manera inadecuada.

Respecto del factor **Hedonismo de la escala de Actitudes** se encontró una correlación positiva con el reactivo **“Usar el condón es muy bueno”** ($r=.417$) y correlaciones negativas con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual”** ($r=-.437$) y la **Intención de uso de condón** ($r=-.441$) lo que significa que los jóvenes consideran que usar condón además de agradable, placentero, cómodo, natural y excitante es bueno y no reduce la sensibilidad durante la relación sexual, sin embargo no tienen la intención de usarlo.

En el factor **Motivación por complacer** y en el factor **Norma Subjetiva** se observaron correlaciones positivas con el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” de la escala de Creencias** ($r=.428$ y $.452$ respectivamente) lo que señala que los chicos consideran que para ellos es muy importante lo que sus padres, amigos y su pareja les piden que hagan, especialmente que usen condón, sin embargo, consideran que el uso del condón reduce la sensibilidad.

Se observó que **“Usar el condón favorece la erección”** sin embargo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual”** ($r=.354$).

Finalmente se encontró que entre los reactivos **“Usar el condón es muy inteligente”** y **“Usar el condón es muy bueno”** hay una correlación positiva ($r=.729$). Sin embargo estos correlacionan de manera negativa con la **Intención de uso de condón** ($r=-.482$ y $r=-.540$ respectivamente).

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 17. Correlaciones del grupo Con Pareja Regular entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo								.556 .001		-.342 .045
Favorece erección			.354 .037							
Reduce sensibil.				-.437 .009			.428 .010	.452 .006		
Actitudes Hedónicas						.417 .013			-.441 .008	
Uso es inteligente						.729 .000			-.482 .003	
Uso es bueno									-.540 .008	
Motivación por complacer										
Norma subjetiva										
Intención de uso.										
Acción										

Grupo Experimental, con Debut Sexual, con Pareja Regular. (Modelo de Acción Razonada).

La tabla 18 muestra que los chicos que formaron parte del grupo Experimental, con Debut Sexual, con Pareja Regular se encontró una correlación positiva entre el factor **Hedonismo de la escala de Actitudes** y el reactivo **“Usar el condón es muy bueno”** ($r=.589$) y una correlación negativa con la **Intención de uso de condón** ($r=-.617$) lo que señala que a pesar de que los chicos creen que usar el condón es agradable, placentero, cómodo, natural, excitante y bueno, no muestran la intención de usarlo.

Se observó que entre el factor **Motivación por complacer** y el reactivo **“Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual”** hay una correlación positiva ($r=.673$), lo que señala que a pesar de que ellos hacen lo que sus padres, amigos y su pareja les piden que hagan, consideran que el condón reduce la sensibilidad.

Resultados: análisis de correlación.

Finalmente se observó que entre los reactivos “Usar el condón es muy inteligente” y “Usar el condón es muy bueno” hay una correlación positiva ($r=.535$).

Tabla 18. Correlaciones del grupo Experimental, con debut sexual, con Pareja Regular entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo										
Favorece erección										
Reduce sensibil.							.673 .006			
Actitudes Hedónicas						.589 .021			-.617 .014	
Uso es inteligente						.535 .040				
Uso es bueno										
Motivación por complacer										
Norma subjetiva										
Intención de uso.										
Acción										

Grupo Experimental, con Debut Sexual, con Pareja Ocasional. (Modelo de Acción Razonada)

Se observó en el grupo Experimental, con Debut Sexual, con Pareja Ocasional (tabla 19) una correlación negativa entre el factor **Hedonismo de la escala de Actitudes** y el reactivo “Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual” ($r=-.802$) lo que señala que además de que usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante, no reduce la sensibilidad durante la relación sexual.

Se observó una correlación negativa entre los reactivos “Usar el condón es muy inteligente” (**Actitudes**) y “Usar condón favorece la erección” ($r=-.598$) lo que señala que aunque sea inteligente no favorece la erección.

Resultados: análisis de correlación.

Finalmente se encontró que **“Usar el condón es muy inteligente”** y **“Usar el condón es muy bueno”** ($r=.727$).

Tabla 19. Correlaciones del grupo Experimental, con debut sexual, con Pareja Ocasional entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo										
Favorece erección					-.598 .019					
Reduce sensibil.				-.802 .000						
Actitudes Hedónicas										
Uso es inteligente						.727 .002				
Uso es bueno										
Motivación por complacer										
Norma subjetiva										
Intención de uso.										
Acción										

Grupo Control, con Debut Sexual, con Pareja Regular. (Modelo de Acción Razonada)

En el grupo control con debut sexual, con pareja regular se observaron los siguientes resultados (tabla 20): Se observa una correlación positiva entre el factor **El condón es preventivo, de la escala de Creencias** con el factor **Norma Subjetiva** ($r=.711$), lo que señala que el condón previene de ETS, VIH/SIDA y embarazos no planeados, y además para los jóvenes es muy importante que sus padres, amigos y pareja piensen que ellos deben usar condón.

Por otro lado se observan correlaciones positivas entre el factor **Hedonismo (escala de Actitudes)** con los reactivos **“Usar el condón es muy inteligente”** y **“Usar el condón es muy bueno”** de la misma escala ($r=.618$ y $r=.801$) lo que señala que usar el condón además de ser agradable, placentero, cómodo, natural y excitante, es inteligente y bueno.

Resultados: análisis de correlación.

El factor **Motivación por Complacer** muestra correlaciones positivas con los reactivos “**Usar el condón es muy inteligente**” y “**Usar el condón es muy bueno**” de la escala de Actitudes ($r=.652$ y $r=.562$) y una correlación negativa con la **Intención de uso de condón** ($r=-.533$) es decir que los jóvenes consideran que usar el condón es bueno e inteligente, además de que sus padres, amigos y pareja consideran que él debe usarlo sin embargo no muestran Intención de uso.

Se observa una correlación entre el factor **Norma Subjetiva** y el reactivo “**Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual**” de la escala de **Creencias** ($r=.755$) lo que señala que a pesar de que consideran muy importante que sus padres, amigos y pareja señalen que ellos deben usar el condón, consideran también que éste reduce la sensibilidad durante su uso.

Finalmente se encontró una correlación negativa entre el reactivo “**Usar el condón es muy inteligente**” con la **Intención de uso de condón** ($r=-.691$) lo que señala que a pesar de que consideran que es muy inteligente usarlo no tienen la intención de hacerlo.

Tabla 20. Correlaciones del grupo Control, con debut sexual, con Pareja Regular entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo								.711 .003		
Favorece erección										
Reduce sensibil.								.755 .001		
Actitudes Hedónicas					.618 .014	.801 .000				
Uso es inteligente						.626 .013	.652 .008		-.691 .004	
Uso es bueno							.562 .029			
Motivación por complacer									-.533 .041	
Norma subjetiva										
Intención de uso.										
Acción										

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Control, con Debut Sexual, con Pareja Ocasional. (Modelo de Acción Razonada)

En el grupo control con debut sexual con pareja ocasional se observaron las siguientes correlaciones (tabla 21):

El factor **El condón es preventivo (escala de Creencias)** mostró una correlación positiva con el factor **Norma Subjetiva (r=.571)** es decir, los jóvenes consideran que para ellos hacen lo que sus padres, amigos y pareja les piden que hagan y que el condón les previene de ETS, VIH/SIDA y embarazos no planeados.

Se observa una correlación alta y positiva entre los reactivos **“Usar el condón es muy inteligente”** y **“Usar el condón es muy bueno”** ambos de la escala de Actitudes (r=.799).

Tabla 21. Correlaciones del grupo Control, con debut sexual, con Pareja Ocasional entre los elementos del Modelo de Acción Razonada y la conducta de uso de condón.

	Condón es Preventivo	Favorece erección	Reduce sensibil.	Actitudes: Hedónicas	Uso es Inteligen.	Uso es bueno	Motivación por complacer	Norma subjetiva	Intención de uso.	Acción
Condón es preventivo								.571 .026		
Favorece erección										
Reduce sensibil.										
Actitudes Hedónicas										
Uso es inteligente						.799 .000				
Uso es bueno										
Motivación por complacer										
Norma subjetiva										
Intención de uso.										
Acción										

Resultados: análisis de correlación.

Modelo de Autoeficacia. Se realizaron análisis de correlación entre los componentes del Modelo de Autoeficacia para la muestra total, el grupo experimental, el grupo control, el grupo con debut sexual, el grupo sin debut sexual, grupo con pareja regular, grupo con pareja ocasional, al grupo experimental con debut sexual con pareja regular y con pareja ocasional y al grupo control con debut sexual con parejas sexuales regulares y ocasionales.

Muestra total. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 22 se observan correlaciones positivas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.722)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta, se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.259)**, así, consideran también que esa sensación de autoeficacia general se correlaciona con el número de pasos necesarios para el uso correcto del condón. Mostraron correlación entre la autoeficacia general con los factores **Colocación del condón (r=.259)** y **Durante la relación sexual (r=.217)** ambos de la escala de **Fuerza**, es decir, para colocarlo de manera adecuada y eficiente (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene) y hacer los pasos necesarios para su uso correcto durante la relación sexual (colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón). También con el reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza (r=.240)**, y con los factores **Colocación del condón (r=.263)** y **Durante la relación sexual (r=.254)** ambos de la escala de **Generalización**, así, reportan que la autoeficacia general se vincula con la idea de que en el futuro usarán el condón en todas sus relaciones sexuales en el momento de colocar el condón (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene) y siempre harán los pasos necesarios para su uso correcto durante la relación sexual (sacar y observar la dirección en que se desenrolla, colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón).

Respecto de la **Autoeficacia específica** se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.221)**, el reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza (r=.246)**, el factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización r=.259)** y el reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización (r=.180)**. Lo anterior señala que los jóvenes consideran que al sentirse capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual regular/ocasional incrementa la posibilidad de que realicen los pasos necesarios para que se requieren para el uso correcto del condón, se sienten muy capaces de sacar el condón y observar la dirección en que se desenrolla, así mismo se sienten muy capaces de que en todas sus relaciones sexuales puedan tener un condón y sacar el condón y observar en qué

Resultados: análisis de correlación.

dirección se desenrolla, colocar el condón en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón.

En la escala de **Magnitud** se encontraron correlaciones con todos los componentes del Modelo de Autoeficacia; así, se observan los siguientes datos: con la escala de **Fuerza** se observan en los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones $r=.569$ y $r=.682$ respectivamente, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos ¿Qué tan capaz te sientes de: **tener un condón ($r=.221$)**, **revisar la fecha de caducidad o manufactura ($r=.589$)**, **oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire ($r=.595$)**, **sacar y observar la dirección en que se desenrolla ($r=.373$)**, **quitar el condón con cuidado ($r=.555$)** y **anudar y tirar ($r=.533$)**? de la escala de **Fuerza**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón ($r=.568$)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) y **Durante la relación sexual** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.722$), así como con los reactivos “¿Qué tan capaz te sientes de **tener un condón ($r=.234$)**, **revisar la fecha de caducidad o manufactura ($r=.588$)**, **oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire ($r=.601$)**, **quitar el condón con cuidado ($r=.563$)** y **anudar y tirar ($r=.529$)** en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?” lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales y finalmente se observa una correlación con la **fase de acción (colocación del condón) ($r=.537$)**, lo que significa que los jóvenes al considerar los pasos necesarios para usar el condón de manera correcta, son capaces de realizarlos.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene)** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (de la misma escala) ($r=.267$)** y con los reactivos “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.270$) “**Quitar el condón con cuidado**” ($r=.291$) y **anudar y tirar ($r=.197$)** todos de la misma escala. Lo anterior significa que los jóvenes consideran que se sienten muy capaces de realizar todas esas conductas.

En ese mismo sentido se observaron correlaciones entre el factor **Colocación del condón (Fuerza)** con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la**

Resultados: análisis de correlación.

punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) ($r=.966$) y el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.238$) también de la escala de **Generalización**, además de las correlaciones con los reactivos “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.266$) y “**Quitar el condón con cuidado**” ($r=.284$). Lo anterior señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar esas conductas, además de que creen que pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto ocasionales como regulares. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Colocación del condón, de la escala de fuerza, con la Conducta de uso de condón** ($r=.318$)

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró correlaciones con los reactivos “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura** ($r=.232$), “**Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” ($r=.343$), “**Sacar y observar la dirección en que se desenrolla**” ($r=.230$), “**Quitar el condón con cuidado**” ($r=.291$)), “**Anudar y tirar**” ($r=.267$), lo que señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. También se observaron correlaciones positivas entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza** con los factores **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.262$) y con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.923$) ambos de la escala de **Generalización**, además de los reactivos “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.229$), “**oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire**” ($r=.337$), “**quitar el condón con cuidado**” ($r=.310$) y “**anudar y tirar**” ($r=.279$) de la misma escala. Lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza con la Conducta de Uso de condón** ($r=.294$), lo que señala que además de la sensación de autoeficacia para realizar la conducta, los chicos fueron capaces de hacerlo.

El reactivo “**Tener un condón**” de la escala de **Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo “**Tener un condón**” de la escala de **Generalización** ($r=.976$), lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” de la escala de **Fuerza**, mostró correlaciones con los reactivos “**Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” ($r=.520$), “**Quitar el condón con cuidado**” ($r=.208$) y “**Anudar y tirar**” ($r=.238$) todos de la escala de **Fuerza**, lo que señala que se sienten muy

Resultados: análisis de correlación.

capaces de realizar todas estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura”** de la escala de **Fuerza**, mostró correlaciones con los factores **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.282$) y con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.251$) ambos de la escala de **Generalización**, además de los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura”** ($r=.999$), **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”** ($r=.550$), **“quitar el condón con cuidado”** ($r=.231$) y **“anudar y tirar”** ($r=.245$) de la misma escala; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales. Finalmente se encontró que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura”** de la escala de **Fuerza** muestra una correlación positiva con la **Conducta de uso de condón** ($r=.409$).

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire”** de la escala de **Fuerza** muestra correlaciones con los reactivos **“Sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla”** ($r=.291$), **“quitar el condón con cuidado”** ($r=.184$) y **“anudar y tirar”** ($r=.269$) esto indica que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas, además de que se observaron correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.378$) de la escala de **Generalización**, además de los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura”** ($r=.526$), **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”** ($r=.973$), **“quitar el condón con cuidado”** ($r=.216$) y **“anudar y tirar”** ($r=.283$); lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire, pueden generalizar las otras conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares. Finalmente se observó una correlación de ese reactivo con la **Conducta de uso de condón** ($r=.343$).

El reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla”** de la escala de **Fuerza** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual** ($r=.544$), y el reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire”** ($r=.290$) ambos de la escala de **Generalización**, lo que señala que se sienten capaces de realizar esas conductas y de generalizarlas a sus relaciones sexuales con sus parejas regulares como ocasionales. Además se encontró una correlación del reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla”** de la escala de **Fuerza** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.299$).

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado”** de la escala de **Fuerza** mostró correlaciones positivas con el reactivo **“Anudar y tirar”** de la escala de **Fuerza**

Resultados: análisis de correlación.

($r=.568$) lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas; y con los factores **Colocación del condón** ($r=.295$) y **Durante la relación sexual** ($r=.317$) y los reactivos “revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=.205$), “oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.234$), “quitar el condón con cuidado” ($r=.962$) y “anudar y tirar” ($r=.550$) todos de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales. Se observó una correlación entre el reactivo “**Quitar el condón con cuidado**” de la **escala de Fuerza** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.205$).

El reactivo “**Anudar y tirar**” de la **escala de Fuerza** mostró correlaciones con los factores **Colocación del condón** ($r=.210$) y **Durante la relación sexual** ($r=.307$), ambos de la escala de **Generalización** y con los reactivos “revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=.234$), “oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.297$), “quitar el condón con cuidado” ($r=.550$) y “anudar y tirar” ($r=.970$) todos de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales. Se observó una correlación entre el reactivo “**Anudar y tirar**” de la **escala de Fuerza** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.289$).

El factor **Colocación del condón** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la **escala de Generalización** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.281$) de la **escala de Generalización** y con los reactivos “revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=.281$), “quitar el condón con cuidado” ($r=.311$) y “anudar y tirar” ($r=.199$) todos de la **escala de Generalización**; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del factor **Colocación del condón** de la **escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.343$).

El factor **Durante la relación sexual** de la **escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos “revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=.251$), “oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.397$), “quitar el condón con cuidado” ($r=.338$) y “anudar y tirar” ($r=.316$) todos de la **escala de Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del factor **Durante la relación sexual** de la **escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.363$).

Resultados: análisis de correlación.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.555)**, **“quitar el condón con cuidado” (r=.230)** y **“anudar y tirar” (r=.243)** todos de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.407)**.

El reactivo **“Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.265)** y **“anudar y tirar” (r=.312)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo **“Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.347)**.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.556)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.246)**.

Finalmente se observó una correlación entre el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.315)**, lo que señala que además de generalizar esta conducta a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares son capaces de realizar la conducta de uso de condón.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 22. Correlaciones de la muestra total entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza.)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accional
Autoeficacia general		.722 .000	.259 .004	.259 .004	.217 .017				.240 .008			.263 .004	.254 .005						
Autoeficacia específico			.221 .015						.246 .007				.259 .004	.180 .049					
Magnitud				.569 .000	.682 .000	.221 .015	.589 .000	.595 .000	.373 .000	.555 .000	.533 .000	.568 .000	.722 .000	.234 .010	.588 .000	.601 .000	.563 .000	.529 .000	.537 .000
Colocar (Fza.)					.267 .003		.270 .003			.291 .001	.197 .031	.966 .000	.238 .009		.266 .003		.284 .002		.318 .000
Durante (Fza.)							.232 .011	.343 .000	.230 .012	.291 .001	.267 .003	.262 .004	.923 .000		.229 .012	.337 .000	.310 .001	.279 .002	.294 .001
Tener														.976 .000					
Revisar								.520 .000		.208 .023	.238 .009	.282 .002	.251 .006		.999 .000	.550 .000	.231 .011	.245 .007	.409 .000
Oprimir									.291 .001	.184 .044	.269 .003		.378 .000		.526 .000	.973 .000	.216 .018	.283 .002	.343 .000
Sacar													.544 .000			.290 .001			.299 .001
Quitar											.568 .000	.295 .001	.317 .000		.205 .025	.234 .010	.962 .000	.550 .000	.205 .024
Anudar												.210 .022	.307 .001		.234 .010	.297 .001	.550 .000	.970 .000	.289 .001
Colocar (G)													.281 .002		.281 .002		.311 .001	.199 .029	.343 .000
Durante (G)															.251 .006	.397 .000	.338 .000	.316 .000	.363 .000
Tener																			
Revisar																.555 .000	.230 .012	.243 .007	.407 .000
Oprimir																	.265 .003	.312 .001	.347 .000
Quitar																		.556 .000	.246 .007
Anudar																			.315 .000
Accional.																			

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Experimental. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 23 se observan correlaciones positivas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.785)**, y también con el reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza (r=.400)** es decir, los individuos del grupo experimental reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta y muestran también una alta sensación de autoeficacia en el momento de sacar y observar la dirección en que se desenrolla el condón.

Respecto de la **Autoeficacia Específica** se encontró una correlación con los reactivos **“Tener un condón” de la escala de Fuerza (r=.331)**, **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza (r=.388)** y **“Tener un condón” de la escala de Generalización (r=.304)**. Lo anterior señala que los jóvenes consideran que al sentirse capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual regular/ocasional se sienten muy capaces de tener y usar un condón en todas sus relaciones sexuales y sacarlo para observar en qué dirección se desenrolla.

Sobre la escala de **Magnitud** se encontraron correlaciones con casi todos los componentes del Modelo de Autoeficacia; con la escala de **Fuerza** se observan correlaciones con los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones (**r=.559 y r=.589 respectivamente**), lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos **¿Qué tan capaz te sientes de: tener un condón (r=.348), revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.492), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.614), sacar y observar la dirección en que se desenrolla (r=.309), quitar el condón con cuidado (r=.539) y anudar y tirar (r=.387)** de la escala de **Fuerza?**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.544)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) y **Durante la relación sexual (r=.650)** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón), así como con los reactivos **“¿Qué tan capaz te sientes de tener un condón (r=.381), revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.491), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.621), quitar el condón con cuidado (r=.545) y anudar y tirar (r=.385)** en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?” lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas

Resultados: análisis de correlación.

conductas a todas sus relaciones sexuales y finalmente se observa una correlación con la **fase de acción (colocación del condón)** ($r=.475$), lo que significa que los jóvenes al considerar los pasos necesarios para usar el condón de manera correcta, son capaces de realizarlos.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene)** mostró correlaciones con los reactivos “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.280$) y “**Quitar el condón con cuidado**” ($r=.384$) de la misma escala. Lo anterior significa que los jóvenes consideran que se sienten muy capaces de realizar todas esas conductas. En ese mismo sentido se observaron correlaciones entre el factor **Colocación del condón (Fuerza)** con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.992$); además de las correlaciones con los reactivos de la escala de Generalización “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.273$) y “**Quitar el condón con cuidado**” ($r=.381$). Lo anterior señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar esas conductas, además de que creen que pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto ocasionales como regulares. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Colocación del condón, de la escala de fuerza, con la Conducta de uso de condón** ($r=.306$).

El factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza (colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón)** mostró una correlación positiva con el reactivo “**Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” de la misma escala ($r=.328$), lo que señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas. También se observaron correlaciones positivas entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.892$), además con el reactivo “**oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire**” ($r=.287$) de la misma escala. Lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales.

El reactivo “**Tener un condón**” de la escala de Fuerza, mostró una correlación con el reactivo “**Tener un condón**” de la escala de Generalización ($r=.983$), lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” de la escala de Fuerza, mostró correlaciones con el reactivo “**oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” ($r=.395$) de la escala de Fuerza, lo que señala que se sienten muy

Resultados: análisis de correlación.

capaces de realizar todas estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con el factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.263$) de la escala de **Generalización**, además de los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura”** ($r=.998$), **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”** ($r=.437$) de la misma escala; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales. Finalmente se encontró que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza** muestra una correlación positiva con la **Conducta de uso de condón** ($r=.265$).

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlaciones con el reactivo **“anudar y tirar”** ($r=.313$) de la misma escala, esto indica que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas. Además de que se observaron correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.353$) de la escala de **Generalización**, además de los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura”** ($r=.406$), **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”** ($r=.988$) y **“anudar y tirar”** ($r=.337$); lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire, pueden generalizar las otras conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares. Finalmente se observó una correlación de ese reactivo con la **Conducta de uso de condón** ($r=.310$).

El reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual** ($r=.511$), **de la escala de Generalización**, lo que señala que se sienten capaces de realizar esas conductas y de generalizarlas a sus relaciones sexuales con sus parejas regulares como ocasionales.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones positivas con el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** ($r=.385$) lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas; y con el factor **Colocación del condón** ($r=.360$) y los reactivos **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”** ($r=.255$), **“quitar el condón con cuidado”** ($r=.997$) y **“anudar y tirar”** ($r=.365$) todos de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con los **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”** ($r=.337$), **“quitar el condón con**

Resultados: análisis de correlación.

cuidado” (r=.375) y “anudar y tirar” (r=.995) todos de la escala de Generalización; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales. Se observó una correlación entre el reactivo “Anudar y tirar” de la escala de Fuerza con la Conducta de uso de condón (r=.291).

El factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.259), “quitar el condón con cuidado” (r=.360)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del factor **Colocación del condón de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.311).**

El factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** mostró una correlación con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.330)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.449)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.263).**

El reactivo **“Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.277) y “anudar y tirar” (r=.364)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo **“Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.311).**

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.361)** de la misma escala lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

Resultados: análisis de correlación.

Finalmente se observó una correlación entre el reactivo “**Anudar y tirar**” de la escala de **Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.285$), lo que señala que además de generalizar esta conducta a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares son capaces de realizar la conducta de uso de condón.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 23. Correlaciones del grupo Experimental entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accional	
Autoeficacia general		.785 .000							.400 .002											
Autoeficacia específico						.331 .010			.388 .002					.304 .018						
Magnitud				.559 .000	.589 .000	.348 .006	.492 .000	.614 .000	.309 .016	.539 .000	.387 .002	.544 .000	.650 .000	.381 .003	.491 .000	.621 .000	.545 .000	.385 .002	.475 .000	
Colocación (F)							.280 .030			.384 .002		.992 .000			.273 .035		.381 .003		.306 .017	
Durante (F)								.328 .011					.892 .000			.287 .026				
Tener condón														.983 .000						
Revisar								.395 .002				.263 .043			.998 .000	.437 .000			.265 .041	
Oprimir											.313 .015		.353 .006		.406 .001	.988 .000		.337 .009	.310 .016	
Sacar y ver													.511 .000							
Quitar											.385 .002	.360 .005				.255 .049	.997 .000	.365 .004		
Anudar																.337 .009	.375 .003	.995 .000	.291 .024	
Colocación (G)															.259 .045		.360 .005		.311 .016	
Durante (G)																.330 .010				
Tener																				
Revisar																.449 .000			.263 .042	
Oprimir																	.277 .032	.364 .004	.311 .016	
Quitar																		.361 .005		
Anudar																			.285 .027	
Accional.																				

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Control. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 24 se observan correlaciones positivas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.682)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta; se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.312)**, así, consideran también que esa sensación de autoeficacia general se correlaciona con el número de pasos necesarios para el uso correcto del condón. Mostraron correlación entre la autoeficacia general con los factores **Colocación del condón (r=.344) y Durante la relación sexual (r=.317) ambos de la escala de Fuerza**, es decir, para colocarlo de manera adecuada y eficiente (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene) y hacer los pasos necesarios para su uso correcto durante la relación sexual (colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón). También se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.333) y Durante la relación sexual (r=.261) ambos de la escala de Generalización**, así, reportan que la autoeficacia general se vincula con la idea de que en el futuro usarán el condón en todas sus relaciones sexuales en el momento de colocar el condón (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene) y siempre harán los pasos necesarios para su uso correcto durante la relación sexual (sacar y observar la dirección en que se desenrolla, colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón).

Respecto de la **Autoeficacia específica** se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.272)**, el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza (r=.297)** y el factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización (r=.304)**. Lo anterior señala que los jóvenes consideran que al sentirse capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual regular/ocasional incrementa la posibilidad de que realicen los pasos necesarios para que se requieren para el uso correcto del condón, así mismo se sienten muy capaces de que en todas sus relaciones sexuales puedan sacar el condón y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde el pene y después de la eyaculación detener el condón.

Sobre la escala de **Magnitud** se observan los siguientes datos: con la escala de **Fuerza** se observan en los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones **r=.601 y r=.669** respectivamente, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el

Resultados: análisis de correlación.

condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos **¿Qué tan capaz te sientes de: revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.566), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.417), quitar el condón con cuidado (r=.489) y anudar y tirar (r=.566)?** de la escala de **Fuerza**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.581)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) y **Durante la relación sexual (r=.656)** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón), así como con los reactivos **“¿Qué tan capaz te sientes de, revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.566), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.395), quitar el condón con cuidado (r=.482) y anudar y tirar (r=.557)** en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?” lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales. Finalmente se observa una correlación con la **fase de acción (colocación del condón) (r=.367)**, lo que significa que los jóvenes al considerar los pasos necesarios para usar el condón de manera correcta, son capaces de realizarlos.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar el condón hasta la base el pene)** mostró correlaciones positivas con el factor **Durante la relación sexual (colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (de la misma escala) (r=.373)** y con el reactivo **anudar y tirar (r=.266)** de la misma escala, lo anterior significa que los jóvenes consideran que se sienten muy capaces de realizar todas esas conductas; así mismo se encontró una correlación negativa con el reactivo **“Tener un condón” (r=-.295)**; lo que señala que aún cuando se sienten muy eficaces para colocar un condón no se sienten eficaces para tenerlo. Se observaron correlaciones entre el factor **Colocación del condón (Fuerza)** con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) (r=.945)** y el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (r=.293)** también de la escala de **Generalización**, además de una correlación negativa con el reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización (r=-.296)** lo que señala que aún cuando se sienten muy capaces de colocar un condón y usarlo en todas sus relaciones sexuales futuras, no se sienten capaces de tenerlo siempre. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Colocación del condón, de la escala de fuerza, con la Conducta de uso de condón (r=.273)**.

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró correlaciones con los reactivos **“Quitar el condón con cuidado” (r=.275)**,

Resultados: análisis de correlación.

“Anudar y tirar” (r=.322), lo que señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. También se observaron correlaciones positivas entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza** con los factores **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) (r=.399)** y con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (r=.945)** ambos de la **escala de Generalización**, además de los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.301)** y **“anudar y tirar” (r=.361)** de la misma escala. Lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales.

El reactivo **“Tener un condón” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización (r=.967)**, lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales; sin embargo se observa una correlación negativa con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) (r=-.272)** lo que señala que al no tener un condón no podrían generalizar su uso.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con el reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire (r=.543)** de la escala de **Fuerza**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=1.00)**, y **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.558)**, de la escala de **Generalización**; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales. Finalmente se encontró que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza** muestra una correlación positiva con la **Conducta de uso de condón (r=.391)**.

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.543)**, **“oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” (r=.949)** lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire, pueden generalizar las otras conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares.

Resultados: análisis de correlación.

El reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (r=.544) de la escala de Generalización**. Lo que señala que los jóvenes del grupo control consideran que se sienten muy eficaces al sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla y que pueden generalizar a su vez las siguientes conductas: sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones positivas con el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza (r=.699)** lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas; y con el factor **Durante la relación sexual (r=.325)** y los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.923)** y **“anudar y tirar” (r=.679)** todos de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.277)** y **Durante la relación sexual (r=.298)**, ambos de la escala de **Generalización** y con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.660)** y **“anudar y tirar” (r=.936)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (r=.368)** de la misma escala y con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.266)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares; además el factor **Colocación del condón** muestra una correlación positiva con la **Conducta de uso de condón (r=.297)**. Sin embargo, se observa una correlación negativa con el reactivo **“Tener un condón” (r=-.267)** de la escala de **Generalización** lo que señala que aún cuando se sienten muy capaces de generalizar las conductas de colocar un condón no se sienten capaces de generalizar el tener el condón siempre.

El factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.353)** y **“anudar y tirar” (r=.327)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los

Resultados: análisis de correlación.

jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.558)** de la misma escala lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.391)**.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** mostró correlación con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.689)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 24. Correlaciones del grupo Control entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accional
Autoeficacia general		.682 .000	.312 .015	.344 .007	.317 .014							.333 .009	.261 .044						
Autoeficacia específico			.272 .035		.297 .021								.304 .018						
Magnitud				.601 .000	.669 .000		.566 .000	.417 .001		.489 .000	.566 .000	.581 .000	.656 .000		.566 .000	.395 .002	.482 .000	.557 .000	.367 .004
Colocación (F)					.373 .003	-.295 .022					.266 .040	.945 .000	.293 .023	-.296 .022					.273 .035
Durante (F)										.275 .034	.322 .012	.399 .002	.945 .000				.301 .019	.361 .005	
Tener												-.272 .035		.967 .000					
Revisar								.543 .000							1.00 .000	.558 .000			.391 .002
Oprimir															.543 .000	.949 .000			
Sacar													.335 .009						
Quitar											.699 .000		.325 .011				.923 .000	.679 .000	
Anudar												.277 .032	.298 .021				.660 .000	.936 .000	
Colocación (G)													.368 .004	-.267 .039				.266 .040	.297 .021
Durante (G)																	.353 .006	.327 .011	
Tener																			
Revisar																.558 .000			.391 .002
Oprimir																			
Quitar																		.689 .000	
Anudar																			
Accional.																			

Resultados: análisis de correlación.

Grupo con Debut Sexual. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 25 se observan las correlaciones obtenidas por el grupo con Debut Sexual de la muestra total. Se observan correlaciones positivas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.738)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta; también se observa una correlación con el factor **Colocación del condón (r=.257) de la escala de Generalización**, así, reportan que la autoeficacia general se vincula con la idea de que en el futuro usarán el condón en todas sus relaciones sexuales en el momento de colocar el condón (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene).

Respecto de la **Autoeficacia específica** se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.313)**, los factores **Colocación del condón (r=.264)** y **Durante la relación sexual (r=.296) de la escala de Fuerza**, así como con los factores **Colocación del condón (r=.260)** y **Durante la relación sexual de la escala de Generalización (r=.297)**. Lo anterior señala que los jóvenes consideran que al sentirse capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual regular/ocasional se incrementa la posibilidad de que realicen los pasos necesarios para que se requieren para el uso correcto del condón y son capaces de generalizarlos en el futuro a todas sus relaciones sexuales.

Sobre la escala de **Magnitud** se encontraron correlaciones con casi todos los componentes del Modelo de Autoeficacia; con la escala de **Fuerza** se observan en los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones **r=.583** y **r=.669** respectivamente, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos **¿Qué tan capaz te sientes de: tener un condón (r=.271), revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.544), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.680), quitar el condón con cuidado (r=.470) y anudar y tirar (r=.446)?** de la escala de **Fuerza**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.589)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) y **Durante la relación sexual (r=.651)** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón), así como con los reactivos **¿Qué tan capaz te sientes de tener un condón (r=.292), revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.544), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.682), quitar el condón con cuidado (r=.529) y anudar y tirar (r=.451)** en todas tus

Resultados: análisis de correlación.

relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?” lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales y finalmente se observa una correlación con la **fase de acción (colocación del condón) ($r=.521$)**, lo que significa que los jóvenes al considerar los pasos necesarios para usar el condón de manera correcta, son capaces de realizarlos.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene)** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.273$)** y con el reactivo **“Quitar el condón con cuidado” ($r=.341$)**, ambos de la misma escala. Lo anterior significa que los jóvenes consideran que se sienten muy capaces de realizar todas esas conductas. En ese mismo sentido se observaron correlaciones entre el factor **Colocación del condón (Fuerza)** con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) ($r=.931$)** y el reactivo **“Quitar el condón con cuidado” ($r=.366$)** de la escala de Generalización. Lo anterior señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar esas conductas, además de que creen que pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto ocasionales como regulares. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Colocación del condón, de la escala de fuerza, con la Conducta de uso de condón ($r=.285$)**.

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró correlaciones con el reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” ($r=.303$)**, de la misma escala, lo que señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. También se observaron correlaciones positivas entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza** con los factores **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) ($r=.312$)** y con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.925$)** ambos de la escala de Generalización, además de los reactivos **“Tener un condón” ($r=.257$)** y **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.299$)** de la misma escala. Lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza con la Conducta de Uso de condón ($r=.285$)**, lo que señala que además de la sensación de autoeficacia para realizar la conducta, los chicos fueron capaces de hacerlo.

Resultados: análisis de correlación.

El reactivo **“Tener un condón” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización (r=.986)**, lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales. Se observó también una correlación positiva entre el reactivo **“Tener un condón” con la Conducta de Uso de condón (r=.282)**, lo que señala que además de la sensación de autoeficacia para tener un condón, los chicos fueron capaces de colocar un condón.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlación con el reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire (r=.588)** de la escala de **Fuerza**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=1.00)** y **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.624)** de la misma escala; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales. Finalmente se encontró que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza** muestra una correlación positiva con la **Conducta de uso de condón (r=.269)**.

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlación con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.333)** de la misma escala; esto indica que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas, además de que se observaron correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (r=.298)** de la escala de **Generalización**, además de los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.588)**, **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.971)** y **“anudar y tirar” (r=.364)**; lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire, son capaces de generalizar las conductas propias de uso de condón durante la relación sexual, revisar la fecha de caducidad, oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire y anudar y tirar, a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares. Finalmente se observó una correlación de ese reactivo con la **Conducta de uso de condón (r=.354)**.

El reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** mostró una correlación con el factor **Durante la relación sexual (r=.568)** de la escala de **Generalización**, lo que señala que se sienten capaces de realizar esas conductas y de generalizarlas a sus relaciones sexuales con sus parejas regulares como ocasionales. Además se encontró una correlación del

Resultados: análisis de correlación.

reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.291$).

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró una correlación positiva con el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** ($r=.514$) lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas; así mismo con el factor **Colocación del condón** ($r=.359$) y los reactivos **“quitar el condón con cuidado”** ($r=.938$) y **“anudar y tirar”** ($r=.481$) todos de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con los con los reactivos **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”** ($r=.364$), **“quitar el condón con cuidado”** ($r=.499$) y **“anudar y tirar”** ($r=.945$) todos de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales. Se observó una correlación entre el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.311$).

El factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.264$) de la escala de **Generalización** y con el reactivo **“quitar el condón con cuidado”** ($r=.422$) de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del factor **Colocación del condón de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.289$).

El factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”** ($r=.326$) de la escala de **Generalización**, lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares; y con la **Conducta de uso de condón** ($r=.350$).

El reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización** mostró una correlación positiva con la **conducta de uso de condón** ($r=.272$) lo que señala que los jóvenes consideran que si pueden generalizar la conducta de tener un condón podrán usarlo adecuadamente.

Resultados: análisis de correlación.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.624)** de la escala de **Generalización** y con la **Conducta de uso de condón (r=.269)** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares y de usar el condón correctamente.

El reactivo **“Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.283)** y **“anudar y tirar” (r=.397)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo **“Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.376)**.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.507)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.310)**.

Finalmente se observó una correlación entre el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.381)**, lo que señala que además de generalizar esta conducta a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares son capaces de realizar la conducta de uso de condón.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 25. Correlaciones del grupo Con Debut Sexual entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específica	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accional
Autoeficacia general		.738 .000										.257 .047							
Autoeficacia específica			.313 .015	.264 .042	.296 .022							.260 .045	.297 .021						
Magnitud				.583 .000	.669 .000	.271 .036	.544 .000	.680 .000		.470 .000	.446 .000	.589 .000	.651 .000	.292 .023	.544 .000	.682 .000	.529 .000	.451 .000	.521 .000
Colocación (F)					.273 .035					.341 .008		.931 .000					.366 .004		.285 .027
Durante (F)								.303 .019				.312 .015	.925 .000	.257 .048		.299 .020			.285 .027
Tener														.986 .000					.282 .029
Revisar								.588 .000							1.00 .000	.624 .000			.269 .038
Oprimir										.333 .009			.298 .021		.588 .000	.971 .000		.364 .004	.354 .005
Sacar													.568 .000						.291 .024
Quitar										.514 .000	.359 .005						.938 .000	.481 .000	
Anudar															.364 .004	.499 .000	.945 .000		.311 .016
Colocación (G)													.264 .042				.422 .001		.289 .025
Durante (G)															.326 .011				.350 .006
Tener																			.272 .036
Revisar																.624 .000			.269 .038
Oprimir																	.283 .029	.397 .002	.376 .003
Quitar																		.507 .000	.310 .016
Anudar																			.381 .003
Accional.																			

Grupo sin Debut Sexual. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 26 se observan las correlaciones observadas en el grupo que no ha tenido debut sexual. Se muestra una correlación positiva entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.708)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta, se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.268)**, así, consideran también que esa sensación de autoeficacia general se correlaciona con el número de pasos necesarios para el uso correcto del condón. Mostraron correlación entre la autoeficacia general con el factor **Colocación del condón (r=.295) de la escala de Fuerza**, es decir, para colocarlo de manera adecuada y eficiente (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene). También con el reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza (r=.357)**, y con los factores **Colocación del condón (r=.264) y Durante la relación sexual (r=.289) ambos de la escala de Generalización**, así, reportan que la autoeficacia general se vincula con la idea de que en el futuro usarán el condón en todas sus relaciones sexuales en el momento de colocar el condón (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene) y siempre harán los pasos necesarios para su uso correcto durante la relación sexual (sacar y observar la dirección en que se desenrolla, colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón).

Respecto de la **Autoeficacia específica** se encontró una correlación con el reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza (r=.359)**, lo anterior señala que los jóvenes consideran que al sentirse capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual regular/ocasional incrementa la posibilidad de sacar el condón y observar la dirección en que se desenrolla.

En la escala de **Magnitud** se observan correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.557) y Durante la relación sexual, ambos de la escala de Fuerza (r=.701)**, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos **¿Qué tan capaz te sientes de: revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.635), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.525), sacar y observar la dirección en que se desenrolla (r=.492), quitar el condón con cuidado (r=.648) y anudar y tirar (r=.619)? de la escala de Fuerza**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.550)** (abrir

Resultados: análisis de correlación.

el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) y **Durante la relación sexual** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.815$), así como con los reactivos “¿Qué tan capaz te sientes de **revisar la fecha de caducidad o manufactura** ($r=.633$), **oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire** ($r=.533$), **quitar el condón con cuidado** ($r=.611$) y **anudar y tirar** ($r=.606$) en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?” lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales; y finalmente se observa una correlación con la **fase de acción (colocación del condón)** ($r=.550$), lo que significa que los jóvenes al considerar los pasos necesarios para usar el condón de manera correcta, son capaces de realizarlos.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** mostró una correlación positiva con el reactivo “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.354$) de la misma escala, lo que significa que los jóvenes consideran que se sienten muy capaces de realizar todas esas conductas. En ese mismo sentido se observaron correlaciones entre el factor **Colocación del condón (Fuerza)** con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.994$) y el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.295$) también de la escala de **Generalización**, además de las correlaciones con el reactivo “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.347$). Lo anterior señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar esas conductas, además de que creen que pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto ocasionales como regulares. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Colocación del condón, de la escala de fuerza, con la Conducta de uso de condón** ($r=.402$).

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró correlaciones con los reactivos “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura** ($r=.342$), “**Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” ($r=.377$), “**Quitar el condón con cuidado**” ($r=.447$), “**Anudar y tirar**” ($r=.412$), lo que señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. También se observaron correlaciones positivas entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza** con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.921$) de la escala de **Generalización**, además de los reactivos “**revisar la fecha de caducidad o**

Resultados: análisis de correlación.

manufactura” (r=.336), “oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.369), “quitar el condón con cuidado” (r=.411) y “anudar y tirar” (r=.394) de la misma escala. Lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza con la Conducta de Uso de condón (r=.297)**, lo que señala que además de la sensación de autoeficacia para realizar la conducta, los chicos fueron capaces de hacerlo.

El reactivo **“Tener un condón” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con los reactivos **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza (r=.312)** y **“Tener un condón” de la escala de Generalización (r=.970)**, lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y desenrollarlo adecuadamente, además de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con los reactivos **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire (r=.456), “Sacar el condón y observar la dirección en que se desenrolla” (r=.302), “Quitar el condón con cuidado” (r=.277) y “Anudar y tirar” (r=.328)** todos de la escala de **Fuerza**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con los factores **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) (r=.332)** y con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (r=.442)** ambos de la escala de **Generalización**, además de los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.998), “oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.477), “quitar el condón con cuidado” (r=.254) y “anudar y tirar” (r=.312)** de la misma escala; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales. Finalmente se encontró que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza** muestra una correlación positiva con la **Conducta de uso de condón (r=.539)**.

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlaciones con el reactivo **“Sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla” (r=.419)** de la escala de **Fuerza** también esto indica que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas, además de que se observaron correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en**

Resultados: análisis de correlación.

que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.463$) de la escala de Generalización y los reactivos “revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=.465$), “oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.974$); lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de realizar estas conductas pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares. Finalmente se observó una correlación de ese reactivo con la **Conducta de uso de condón** ($r=.322$).

El reactivo “**Sacar y observar la dirección en que se desenrolla**” de la escala de **Fuerza** mostró correlaciones con el reactivo “**anudar y tirar**” ($r=.287$) de la misma escala, con el factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** ($r=.509$) y los reactivos “**tener un condón**” ($r=.272$), “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.308$), “**oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” ($r=.396$) y “**anudar y tirar**” ($r=.287$) todos de la escala de **Generalización**, lo que señala que se sienten capaces de realizar esas conductas y de generalizarlas a sus relaciones sexuales con sus parejas regulares como ocasionales. Además se encontró una correlación del reactivo “**Sacar y observar la dirección en que se desenrolla**” de la escala de **Fuerza** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.303$).

El reactivo “**quitar el condón con cuidado**” de la escala de **Fuerza** mostró correlaciones positivas con el reactivo “**anudar y tirar**” de la escala de **Fuerza** ($r=.628$) lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y con el factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** ($r=.515$) así como con los reactivos “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.272$), “**oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire**” ($r=.295$), “**quitar el condón con cuidado**” ($r=.991$) y “**anudar y tirar**” ($r=.624$) todos de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El reactivo “**Anudar y tirar**” de la escala de **Fuerza** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual** ($r=.518$), de la escala de **Generalización** y con los reactivos “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.322$), “**quitar el condón con cuidado**” ($r=.606$) y “**anudar y tirar**” ($r=.997$) todos de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales. Se observó una correlación entre el reactivo “**Anudar y tirar**” de la escala de **Fuerza** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.282$).

El factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** de la escala de **Generalización** mostró correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en**

Resultados: análisis de correlación.

que se desarrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.302$) de la escala de **Generalización** y con el reactivo “revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=.330$) de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del factor **Colocación del condón de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.382$).

El factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos “revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=.442$), “oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.473$), “quitar el condón con cuidado” ($r=.478$) y “anudar y tirar” ($r=.505$) todos de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.375$).

El reactivo “Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de **Generalización** mostró correlaciones con los reactivos “oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.487$) y “anudar y tirar” ($r=.309$) ambos de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo “Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de **Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.537$).

El reactivo “Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de **Generalización** mostró una correlación con el reactivo “quitar el condón con cuidado” ($r=.291$) de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del reactivo “Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de **Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.310$).

El reactivo “Quitar el condón con cuidado” de la escala de **Generalización** mostró correlaciones con el reactivo “anudar y tirar” ($r=.609$) de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

Finalmente se observó una correlación entre el reactivo “Anudar y tirar” de la escala de **Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.272$), lo que señala que además de generalizar esta conducta a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares son capaces de realizar la conducta de uso de condón.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 26. Correlaciones del grupo Sin Debut Sexual entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accional
Autoeficacia general		.708 .000	.268 .038	.295 .045					.357 .005			.264 .041	.289 .025						
Autoeficacia específico									.359 .005										
Magnitud				.557 .000	.701 .000		.635 .000	.525 .000	.492 .000	.648 .000	.619 .000	.550 .000	.815 .000		.633 .000	.533 .000	.611 .000	.606 .000	.550 .000
Colocación (F)							.354 .006					.994 .000	.295 .022		.347 .007				.402 .001
Durante (F)							.342 .008	.377 .003		.447 .000	.412 .000		.921 .000		.336 .009	.369 .004	.411 .001	.394 .002	.297 .021
Tener									.312 .015					.970 .000					
Revisar								.456 .000	.302 .019	.277 .032	.328 .011	.332 .009	.442 .000		.998 .000	.477 .000	.254 .050	.312 .015	.539 .000
Oprimir								.419 .001					.463 .000		.465 .000	.974 .000			.322 .012
Sacar										.287 .026			.509 .000	.272 .036	.308 .016	.396 .002		.287 .026	.303 .018
Quitar										.628 .000			.515 .000		.272 .036	.295 .022	.991 .000	.624 .000	
Anudar													.518 .000		.322 .012		.606 .000	.997 .000	.282 .029
Colocación (G)													.302 .019		.330 .010				.382 .003
Durante (G)															.442 .000	.473 .000	.478 .000	.505 .000	.375 .003
Tener																			
Revisar																.487 .004		.309 .016	.537 .000
Oprimir																	.291 .024		.310 .016
Quitar																		.609 .000	
Anudar																			.272 .035
Accional.																			

Resultados: análisis de correlación.

Grupo con Pareja Ocasional. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 27 se muestran las correlaciones del grupo con Pareja Ocasional en el Modelo de Autoeficacia. Se observa una correlación entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.774)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta.

Respecto de la **Autoeficacia específica** se encontraron correlaciones con la escala de **Magnitud (r=.552)**, el factor **Colocación del Condón de la escala de Fuerza (r=.533)** y el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización(r=.530)**. Lo anterior señala que los jóvenes consideran que al sentirse capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual regular/ocasional incrementa la posibilidad de que realicen los pasos necesarios para que se requieren para el uso correcto del condón y se sienten muy capaces de que en todas sus relaciones sexuales puedan tener un condón y sacar el condón y observar en qué dirección se desenrolla, colocar el condón en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón sigan en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón.

Sobre la escala de **Magnitud** se encontró lo siguiente: con la escala de **Fuerza** se observan en los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones **r=.606 y r=.747** respectivamente, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos **¿Qué tan capaz te sientes de: revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.710) y oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.811)?** de la escala de **Fuerza**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.634)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) y **Durante la relación sexual** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (**r=.674**), así como con los reactivos **“¿Qué tan capaz te sientes de revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.710), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.811) y quitar el condón con cuidado (r=.512)** en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?” lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales y finalmente se observa una correlación con la **fase de acción (colocación del condón) (r=.630)**, lo que significa que los jóvenes al considerar los pasos necesarios para usar el condón de manera correcta, son capaces de realizarlos.

Resultados: análisis de correlación.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene)** correlacionó con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.958$) de la escala de Generalización, y con el reactivo “**quitar el condón con cuidado**” ($r=.419$). Lo anterior señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar esas conductas, además de que creen que pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto ocasionales como regulares.

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró correlaciones con los reactivos “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.521$) y “**oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” ($r=.672$) de la misma escala; lo que señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. También se observaron correlaciones positivas entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza** con los factores **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.404$) y con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** ($r=.908$) ambos de la escala de Generalización, además de los reactivos “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” ($r=.521$) y “**oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire**” ($r=.672$) de la misma escala. Lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales. Finalmente se observó una correlación positiva entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza con la Conducta de Uso de condón** ($r=.410$), lo que señala que además de la sensación de autoeficacia para realizar la conducta, los chicos fueron capaces de hacerlo.

El reactivo “**Tener un condón**” de la escala de Fuerza, mostró una correlación con el reactivo “**Tener un condón**” de la escala de Generalización ($r=1.00$), lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” de la escala de Fuerza, mostró correlación con el reactivo “**Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” ($r=.694$) de la escala de Fuerza, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” de la escala de Fuerza, mostró correlación con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde**

Resultados: análisis de correlación.

del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.416$) de la escala de Generalización, además de los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=1.00$)**, **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.694$)** de la misma escala; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.620$) de la escala de Generalización**, además de los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=.694$)** y **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=1.00$)**; lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire, pueden generalizar las otras conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares. Finalmente se observó una correlación de ese reactivo con la **Conducta de uso de condón ($r=.532$)**.

El reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** mostró correlación con el factor **Durante la relación sexual ($r=.512$)**, **de la escala de Generalización**, lo que señala que se sienten capaces de realizar esas conductas y de generalizarlas a sus relaciones sexuales con sus parejas regulares como ocasionales.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró una correlación positiva con el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza ($r=.450$)** lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas; y con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” ($r=.860$)** y **“anudar y tirar” ($r=.399$)** todos de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró una correlación con el reactivo **“anudar y tirar” ($r=.845$)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar esta conducta, se sienten capaces de generalizarla a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la escala de Generalización** mostró correlación **“quitar el condón con cuidado” ($r=.492$)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una

Resultados: análisis de correlación.

correlación del factor **Colocación del condón de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.545)**.

El factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” (r=.416) y “**oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire**”(r=.620) de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón (r=.416)**.

El reactivo “**Revisar la fecha de caducidad o manufactura**” de la escala de **Generalización** mostró correlación con el reactivo “**oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire**” (r=.694) de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El reactivo “**Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire**” de la escala de **Generalización** mostró correlación con la **Conducta de uso de condón (r=.532)**.

Finalmente el reactivo “**Quitar el condón con cuidado**” de la escala de **Generalización** mostró correlación con la **Conducta de uso de condón (r=.510)**.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 27. Correlaciones del grupo Con Pareja Ocasional entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accional
Autoeficacia general		.774 .000																	
Autoeficacia específico			.552 .004	.533 .006								.530 .006							
Magnitud				.606 .001	.747 .000		.710 .000	.811 .000				.634 .001	.674 .000		.710 .000	.811 .000	.512 .009		.630 .001
Colocación (F)												.958 .000					.419 .037		
Durante (F)							.521 .008	.672 .000				.404 .045	.908 .000		.521 .008	.672 .000			.410 .042
Tener														1.00 .000					
Revisar								.694 .000					.416 .039		1.00 .000	.694 .000			
Oprimir													.620 .001		.694 .000	1.00 .000			.532 .006
Sacar													.512 .009						
Quitar											.450 .024						.860 .000	.399 .048	
Anudar																		.845 .000	
Colocación (G)																	.492 .012		.545 .005
Durante (G)															.416 .039	.620 .001			.416 .039
Tener																			
Revisar																.694 .000			
Oprimir																			.532 .006
Quitar																			.510 .009
Anudar																			
Accional.																			

Resultados: análisis de correlación.

Grupo con Pareja Regular. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 28 se observan las correlaciones observadas en el grupo que reporta tener pareja sexual regular. Se observan correlaciones positivas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.726)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta y con el factor **Durante la relación sexual (r=.345) de la escala de Fuerza**, es decir, se sienten muy autoeficaces para hacer los pasos necesarios para su uso correcto durante la relación sexual (colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón).

La escala de **Magnitud** mostró correlaciones con los siguientes componentes del Modelo de Autoeficacia: con la escala de **Fuerza** se observan en los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones **r=.587 y r=.617**, respectivamente, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos **¿Qué tan capaz te sientes de: revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.425), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.605), sacar y observar la dirección en que se desenrolla (r=.393), quitar el condón con cuidado (r=.540) y anudar y tirar (r=.512)?** de la escala de **Fuerza**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.578)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) **y Durante la relación sexual** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) **(r=.641)**, así como con los reactivos **“¿Qué tan capaz te sientes de revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.425), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.603), quitar el condón con cuidado (r=.540) y anudar y tirar (r=.504) en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?”** lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales y finalmente se observa una correlación con la **fase de acción (colocación del condón) (r=.444)**, lo que significa que los jóvenes al considerar los pasos necesarios para usar el condón de manera correcta, son capaces de realizarlos.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene)** mostró una correlación con el reactivo **“quitar el condón**

Resultados: análisis de correlación.

con cuidado” (r=.352) de la misma escala; lo anterior significa que los jóvenes consideran que se sienten muy capaces de realizar todas esas conductas. En ese mismo sentido se observaron correlaciones entre el factor **Colocación del condón (Fuerza)** con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** (r=.915) de la escala de **Generalización** y con el reactivo **“quitar el condón con cuidado” (r=.352)** de la misma escala. Lo anterior señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar esas conductas, además de que creen que pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto ocasionales como regulares.

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró una correlación con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)** (r=.936) de la escala de **Generalización**, lo que señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales.

El reactivo **“Tener un condón” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización (r=.976)**, lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire (r=.511)** de la escala de **Fuerza**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=1.00)** y **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.572)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlación con el reactivo **“quitar el condón con cuidado” (r=.359)** de la escala de **Fuerza**, esto indica que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas, además de que se observaron correlaciones los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.511)**, **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.951)** y **“anudar y tirar” (r=.362)** de la escala de **Generalización**, lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de realizar estas conductas, pueden

Resultados: análisis de correlación.

generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares.

El reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** mostró una correlación con el factor **Durante la relación sexual (r=.613) de la escala de Generalización**, lo que señala que se sienten capaces de realizar esas conductas y de generalizarlas a sus relaciones sexuales con sus parejas regulares como ocasionales. Además se encontró una correlación del reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** con la **Conducta de uso de condón (r=.403)**.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró una correlación positiva con el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza (r=.601)**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas; y con el factor **Colocación del condón (r=.398)** y los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=1.00)** y **“anudar y tirar” (r=.583)** todos de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con los reactivos **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.423)**, **“quitar el condón con cuidado” (r=.601)** y **“anudar y tirar” (r=.997)** todos de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales. Se observó una correlación entre el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** con la **Conducta de uso de condón (r=.495)**.

El factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la escala de Generalización** mostró una correlación con el reactivo **“quitar el condón con cuidado” (r=.398)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** mostró una correlación con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.572)** de la misma escala, lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El reactivo **“Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** mostró correlación con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.431)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

Resultados: análisis de correlación.

El reactivo “**Quitar el condón con cuidado**” de la escala de **Generalización** mostró una correlación con el reactivo “**anudar y tirar**” ($r=.583$) de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

Finalmente se observó una correlación entre el reactivo “**Anudar y tirar**” de la escala de **Generalización** con la **Conducta de uso de condón** ($r=.495$), lo que señala que además de generalizar esta conducta a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares son capaces de realizar la conducta de uso de condón.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 28. Correlaciones del grupo Con Pareja Regular entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accional	
Autoeficacia general		.726 .000			.345 .042															
Autoeficacia específico																				
Magnitud				.587 .000	.617 .000		.425 .011	.605 .000	.393 .019	.540 .001	.512 .002	.578 .000	.641 .000		.425 .011	.603 .000	.540 .001	.504 .002	.444 .008	
Colocación (F)										.352 .038		.915 .000					.352 .038			
Durante (F)													.936 .000							
Tener														.976 .000						
Revisar								.511 .002							1.00 .000	.572 .000				
Oprimir										.359 .034					.511 .002	.951 .000		.362 .032		
Sacar													.613 .000							.403 .016
Quitar											.601 .000	.398 .018					1.00 .000	.583 .000		
Anudar															.423 .011	.601 .000	.997 .000	.495 .003		
Colocación (G)																	.398 .018			
Durante (G)																				
Tener																				
Revisar																.572 .000				
Oprimir																			.431 .010	
Quitar																			.583 .000	
Anudar																				.495 .003
Accional.																				

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Experimental, con debut sexual, con pareja regular. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 29 se observan las correlaciones del grupo experimental, con debut sexual, con pareja regular. Se muestran correlaciones positivas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.856)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta, se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.531)**, así, consideran también que esa sensación de autoeficacia general se correlaciona con el número de pasos necesarios para el uso correcto del condón. Finalmente se observan correlaciones entre la **Autoeficacia General** y los reactivos “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” de la escala de **Fuerza (r=.686)** y “**tener un condón**” de la escala de **Generalización (r=.682)** lo que señala que los jóvenes se sienten muy eficaces para realizar estas actividades en todas sus relaciones sexuales.

Respecto de la **Autoeficacia específica** se encontró una correlación con los reactivos “**tener un condón**” (r=.686) y “**revisar la fecha de caducidad o manufactura**” (r=.686) de la escala **Fuerza** y “**tener un condón**” de la escala de **Generalización (r=.682)**. Lo anterior señala que los jóvenes consideran que al sentirse capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual regular/ocasional incrementa la posibilidad de que realicen estos pasos y de generalizarlos a todos sus encuentros sexuales.

Sobre la escala de **Magnitud** se encontraron los siguientes datos: con la escala de **Fuerza** se observan en los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones **r=.641** y **r=.626** respectivamente, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los factores **Colocación del condón (r=.640)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) y **Durante la relación sexual (r=.658)** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón), **ambos de la escala de Generalización** lo que significa que los jóvenes saben cuáles son los pasos necesarios para usar un condón y son capaces de generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene)** mostró correlaciones con el reactivo “**Revisar la fecha**

Resultados: análisis de correlación.

de caducidad o manufactura” ($r=.587$) de la misma escala, con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.994$), además del reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura”** ($r=.587$). Lo anterior señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar esas conductas, además de que creen que pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto ocasionales como regulares.

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró una única correlación con el factor **Durante la relación sexual ($r=.932$) de la escala de Generalización (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón)**, lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales.

El reactivo **“Tener un condón” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización ($r=.994$)**, lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con el factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene)** ($r=.629$) de la escala de Generalización, y con el reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=1.00$) de la misma escala**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** mostró una única correlación con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.982$) de la escala de Generalización**, lo que señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire, pueden generalizar esta conducta a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones positivas con el factor **Durante la relación sexual ($r=.590$)** y el reactivo **“quitar el condón con cuidado” ($r=.962$) de la escala de Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

Resultados: análisis de correlación.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró una correlación con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.992)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

Finalmente el factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la escala de Generalización** mostró una correlación con el reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.629)** de la escala de **Generalización** también; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 29. Correlaciones del grupo Experimental, con debut sexual, con Pareja Regular entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accio nal	
Autoeficacia general		.856 .000	.531 .042				.686 .005							.682 .005						
Autoeficacia específico						.686 .005	.686 .005							.682 .005						
Magnitud				.641 .010	.626 .013							.640 .010	.658 .008							
Colocación (F)							.587 .022					.994 .000			.587 .022					
Durante (F)													.932 .000							
Tener														.994 .000						
Revisar												.629 .012			1.00 .000					
Oprimir																.982 .000				
Sacar																				
Quitar													.590 .021				1.00 .000			
Anudar																			.992 .000	
Colocación (G)															.629 .012					
Durante (G)																				
Tener																				
Revisar																				
Oprimir																				
Quitar																				
Anudar																				
Accio nal.																				

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Experimental, con debut sexual, con pareja ocasional. (Modelo de Autoeficacia).

En la tabla 30 se observan correlaciones negativas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con la escala de **Magnitud** ($r=-.565$), con los factores **Colocación del condón** ($r=-.567$) y **Durante la relación sexual** ($r=-.535$) ambos de la escala de **Fuerza** y con el reactivo “**tener un condón**” de la escala de **Generalización** ($r=-.622$). Lo anterior señala que los jóvenes que forman parte del grupo experimental que han tenido debut sexual y que tienen pareja ocasional a pesar de sentirse muy autoeficaces para usar un condón no contemplan los pasos necesarios para su uso correcto, tampoco se sienten capaces de colocarlo de manera adecuada y eficiente (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene) y hacer los pasos necesarios para su uso correcto durante la relación sexual (colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón), además llama la atención de manera particular que a pesar de que sienten muy eficaces para su uso no tienen un condón.

La escala de **Magnitud** mostró correlaciones con los siguientes componentes del Modelo de Autoeficacia: con la escala de **Fuerza** se observan en los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones $r=.533$ y $r=.757$ respectivamente, lo que significa que los jóvenes contemplan los pasos del uso correcto del condón y se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos ¿Qué tan capaz te sientes de: **oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire** ($r=.910$) y **quitar el condón con cuidado** ($r=.634$)? de la escala de **Fuerza**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con el factor **Durante la relación sexual** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.616$), así como con los reactivos “¿Qué tan capaz te sientes de **oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire** ($r=.910$) y **quitar el condón con cuidado** ($r=.663$) en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?” lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales y finalmente se observa una correlación con la **fase de acción (colocación del condón)** ($r=.705$), lo que significa que los jóvenes al considerar los pasos necesarios para usar el condón de manera correcta, son capaces de realizarlos.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza** (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene) mostró una única correlación con el factor **Colocación**

Resultados: análisis de correlación.

del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) ($r=.987$) lo que señala que además de sentirse muy eficaces para realizar estas conductas, consideran que las pueden generalizar a todas sus relaciones sexuales.

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró una correlación con el reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” ($r=.631$) de la escala de Fuerza** lo que señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas. También se observaron correlaciones positivas entre el factor **Durante la relación sexual de la escala de Fuerza** con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.921$) de la escala de Generalización**, además con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.631$)** de la misma escala. Lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales.

El reactivo **“Tener un condón” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización ($r=.976$)**, lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró una única correlación con el reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” ($r=1.00$) de la escala de Generalización**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlaciones con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) ($r=.521$) de la escala de Generalización**, además del reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=1.00$)**, de la misma escala. Lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire, pueden generalizar esta conducta a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares. Finalmente se observó una correlación de ese reactivo con la **Conducta de uso de condón ($r=.701$)**.

Resultados: análisis de correlación.

El reactivo **“Sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** mostró una única correlación con el factor **Durante la relación sexual (r=.586) de la escala de Generalización**, lo que señala que se sienten capaces de realizar esas conductas y de generalizarlas a sus relaciones sexuales con sus parejas regulares como ocasionales.

El reactivo **“quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones positivas con el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza (r=.622)** lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas; y con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.995)** y **“anudar y tirar” (r=.615)** de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=.600)** y **“anudar y tirar” (r=.995)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** mostró una única correlación el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.521)** de la escala de **Generalización**, lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El reactivo **“Oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** mostró una correlación con la **Conducta de uso de condón (r=.701)**.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** mostró una correlación con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.603)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 30. Correlaciones del grupo Experimental, con debut sexual, con pareja ocasional entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accio nal
Autoeficacia general			-.565 .028		-.567 .027	-.535 .040								-.622 .013					
Autoeficacia específico																			
Magnitud				.533 .041	.757 .001			.910 .000	.634 .011				.616 .015			.910 .000	.663 .007		.705 .003
Colocación (F)												.987 .000							
Durante (F)								.631 .012					.921 .000			.631 .012			
Tener													.976 .000						
Revisar															1.00 .000				
Oprimir													.521 .047			1.00 .000			.701 .004
Sacar													.586 .022						
Quitar											.622 .013						.995 .000	.615 .015	
Anudar																	.600 .018	.995 .000	
Colocación (G)																			
Durante (G)																.521 .047			
Tener																			
Revisar																			
Oprimir																			.701 .004
Quitar																		.603 .017	
Anudar																			
Accio nal.																			

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Control, con debut sexual, con pareja regular. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 31 se observan correlaciones positivas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.658)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta; y con el factor **Durante la relación sexual (r=.570) de la escala de Fuerza**, es decir se sienten muy eficaces para hacer los pasos necesarios para su uso correcto durante la relación sexual (colocar en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga al borde del pene y después de la eyaculación detener el condón).

En la escala de **Magnitud** se encontraron los siguientes datos: se observa una correlación con el factor **Colocación del condón (r=.614)** y con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.595)** ambos de la escala de **Fuerza**, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene y de oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.589)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) y con el reactivo **“¿Qué tan capaz te sientes de oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.579)** en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?” lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene)** mostró una correlación con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) (r=.994)** y mostró una correlación negativa con el reactivo **“tener un condón” de la escala de Generalización (r=-.533)** lo que muestra que aún cuando se sienten muy capaces de colocar un condón y generalizar estos pasos a todas sus relaciones sexuales, no cuentan con él.

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró una única correlación con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (r=.929) de la escala de Generalización**, lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales.

Resultados: análisis de correlación.

El reactivo **“Tener un condón” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“Tener un condón” de la escala de Generalización (r=.991)**, lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales. Sin embargo se observa una correlación negativa con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (r=-.519)**, lo que significa que aún cuando tengan un condón no podrían generalizar las conductas asociadas a su colocación en todas sus relaciones sexuales.

El reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire (r=.664)** de la escala de **Fuerza**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=1.00)** y **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.661)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.664)**, **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.994)** de la **escala de Generalización**, lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que pueden generalizar las otras conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones positivas con el reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza (r=.877)** lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas; y con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” (r=1.00)** y **“anudar y tirar” (r=.877)** de la escala de **Generalización**; lo anterior señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con los **“quitar el condón con cuidado” (r=.877)** y **“anudar y tirar” (r=1.00)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la escala de Generalización** mostró una única correlación y negativa con el reactivo **“tener un condón” de la escala de Generalización (r=-.539)** lo

Resultados: análisis de correlación.

que muestra que aún cuando podrían generalizar las conductas propias de la colocación correcta de un condón, no cuentan con él.

El reactivo **“Revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** mostró una correlación con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.661)** de la escala de **Generalización**, lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** mostró una correlación con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.877)** de la escala de **Generalización** lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 31. Correlaciones del grupo control, con debut sexual, con pareja regular entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accional	
Autoeficacia general		.658 .008			.570 .026															
Autoeficacia específico																				
Magnitud				.614 .015				.595 .019				.589 .021				.579 .024				
Colocación (F)												.994 .000		-.533 .041						
Durante (F)													.929 .000							
Tener												-.519 .047		.991 .000						
Revisar								.664 .007							1.00 .000	.661 .007				
Oprimir															.664 .007	.994 .000				
Sacar																				
Quitar											.877 .000						1.00 .000	.877 .000		
Anudar																	.877 .000	1.00 .000		
Colocación (G)														-.539 .038						
Durante (G)																				
Tener																				
Revisar																	.661 .007			
Oprimir																				
Quitar																				.877 .000
Anudar																				
Accional.																				

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Control, con debut sexual, con pareja ocasional. (Modelo de Autoeficacia)

En la tabla 32 se observan correlaciones positivas entre el reactivo de **Autoeficacia General** con el reactivo de **Autoeficacia Específica (r=.901)**, es decir, los individuos reportan correlaciones entre la sensación de eficacia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales, con la sensación de autoeficacia de uso de condón con parejas regulares y/u ocasionales de manera indistinta, se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.703)**, así, consideran también que esa sensación de autoeficacia general se correlaciona con el número de pasos necesarios para el uso correcto del condón. Mostraron correlación entre la autoeficacia general con el factor **Colocación del condón (r=.523) de la escala de Fuerza**, es decir, para colocarlo de manera adecuada y eficiente (Abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarlo hasta la base del pene).

Respecto de la **Autoeficacia específica** se encontró una correlación con la escala de **Magnitud (r=.688)**, el factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (r=.585)** y el reactivo “**oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire**” de la **misma escala (r=.533)**. Lo anterior señala que los jóvenes consideran que al sentirse capaces de usar el condón en todas sus relaciones sexuales con su pareja sexual regular/ocasional incrementa la posibilidad de que realicen los pasos necesarios que se requieren para la colocación correcta del condón.

En la escala de **Magnitud** se encontraron correlaciones con los siguientes componentes del Modelo de Autoeficacia: con la escala de **Fuerza** se observan en los factores **Colocación del condón y Durante la relación sexual** las correlaciones **r=.644 y r=.654** respectivamente, lo que significa que los jóvenes se consideran muy capaces de abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollar hasta la base del pene, así como sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde y después de la eyaculación, detener el condón. Así como con los reactivos **¿Qué tan capaz te sientes de: revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.714), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.691) y anudar y tirar (r=.586)?** de la escala de **Fuerza**. Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron correlaciones con los factores **Colocación del condón (r=.663)** (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) **y Durante la relación sexual** (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) **(r=.607)**, así como con los reactivos **“¿Qué tan capaz te sientes de revisar la fecha de caducidad o manufactura (r=.714), oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire (r=.697) y anudar y tirar (r=.611) en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular/ocasional?”** lo que significa que los jóvenes consideran que pueden generalizar todas estas conductas a todas sus relaciones sexuales.

Resultados: análisis de correlación.

El factor **Colocación del condón de la escala de Fuerza (abrir un condón sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollar hasta la base del pene)** mostró una correlación con el reactivo **“anudar y tirar” (r=.640)** de la misma escala, lo que significa que los jóvenes consideran que se sienten muy capaces de realizar estas conductas. En ese mismo sentido se observaron correlaciones entre el factor **Colocación del condón (Fuerza)** con el factor **Colocación del condón de la escala de Generalización (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) (r=.796)** y con el reactivo **“anudar y tirar” de la escala de Generalización (r=.549)**. Lo anterior señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas, además de que creen que pueden generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto ocasionales como regulares.

El factor **Durante la relación sexual (de la escala de Fuerza)** mostró una correlación con el reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.533) de la escala de Fuerza**, lo que señala que los jóvenes se sienten muy capaces de realizar estas conductas. También se observaron correlaciones positivas con el factor **Durante la relación sexual (sacar el condón de su empaque y observar la dirección en que se desenrolla, colocarlo en el pene erecto, durante la penetración revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón) (r=.900)** y con el reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.553)** ambos de la escala de **Generalización**. Lo anterior señala que los chicos se sienten muy capaces de realizar estas conductas y de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas sexuales regulares como ocasionales.

El reactivo **“tener un condón” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“tener un condón” de la escala de Generalización (r=1.00)**, lo que señala que los jóvenes se consideran muy capaces de tener un condón y de generalizar esta conducta en todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró una correlación con el reactivo **“oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” (r=.820)** de la escala de **Fuerza**, lo que señala que se sienten muy capaces de realizar todas estas conductas. Así mismo se observó que el reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza**, mostró correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=1.00)** y **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” (r=.901)** de la misma escala; lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas y generalizarlas a todas sus relaciones sexuales tanto con sus parejas regulares como con las ocasionales.

El reactivo **“oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire” de la escala de Fuerza** muestra correlaciones con los reactivos **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” (r=.820)** y **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire”**

Resultados: análisis de correlación.

($r=.905$) de la escala de Generalización, lo anterior señala que los sujetos de la muestra piensan que además de sentirse capaces de Oprimir la envoltura y revisar la bolsa de aire, pueden generalizar las otras conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con regulares.

El reactivo **“sacar y observar la dirección en que se desenrolla” de la escala de Fuerza** mostró una correlación con **Conducta de uso de condón ($r=.556$)**.

El reactivo **“quitar el condón con cuidado” de la escala de Fuerza** mostró una correlación positiva con el reactivo **“anudar y tirar” de la escala de Fuerza ($r=.776$)** lo que señala que se sienten muy capaces de realizar estas conductas.

El reactivo **“Anudar y tirar” de la escala de Fuerza** mostró correlaciones con el factor **Colocación del condón ($r=.679$)** de la escala de **Generalización** y con el reactivo **“anudar y tirar” ($r=.762$)** de la misma escala; lo que señala que los jóvenes además de sentirse capaces de realizar las conductas, se sienten capaces de generalizarlas a todas sus relaciones sexuales con sus parejas tanto regulares como ocasionales.

El factor **Colocación del condón (abrir el empaque sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarlo hasta la base del pene) de la escala de Generalización** mostró correlaciones con los reactivos **“quitar el condón con cuidado” ($r=.608$)** y **“anudar y tirar” ($r=.719$)** de la escala de **Generalización**; lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** mostró correlaciones con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.593$)** de la escala de **Generalización**, lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares. Además de observar una correlación del factor **Durante la relación sexual de la escala de Generalización** con la **Conducta de uso de condón ($r=.544$)**.

El reactivo **“revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Generalización** mostró una correlación con el reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” ($r=.901$)** de la escala de **Generalización**, lo que señala que los jóvenes se sienten capaces de generalizar estas conductas a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares.

El reactivo **“oprimir la envoltura, revisar la bolsa de aire” de la escala de Generalización** mostró una correlación con la **Conducta de uso de condón ($r=.530$)**.

El reactivo **“Quitar el condón con cuidado” de la escala de Generalización** mostró una correlación con la **Conducta de uso de condón ($r=.579$)**.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 32. Correlaciones del grupo control, con debut sexual, con pareja ocasional entre los elementos del Modelo de Autoeficacia y la conducta de uso de condón.

	Autoeficacia general	Autoeficacia específico	Magnitud	Colocación (Fza.)	Durante (Fza)	Tener condón	Revisar fecha	Oprimir.	Sacar y ver	Quitar	Anudar y tirar	Colocación (gen)	Durante (gen)	Tener condón	Revisar	Oprimir	Quitar	Anudar	Accio nal	
Autoeficacia general		.901 .000	.703 .003	.523 .045																
Autoeficacia específico			.688 .005	.585 .022				.533 .041												
Magnitud				.644 .010	.654 .008		.714 .003	.691 .004			.586 .022	.663 .007	.607 .016		.714 .003	.697 .004		.611 .016		
Colocación (F)											.640 .010	.796 .000						.549 .034		
Durante (G)							.533 .033						.900 .000		.553 .033					
Tener														1.00 .000						
Revisar								.820 .000							1.00 .000	.901 .000				
Oprimir															.820 .000	.905 .000				
Sacar																			.556 .031	
Quitar																	.776 .001			
Anudar												.679 .005							.762 .001	
Colocación (G)																	.608 .016	.719 .003		
Durante (G)																.593 .020				.544 .036
Tener																				
Revisar																.901 .000				
Oprimir																				.530 .042
Quitar																				.579 .024
Anudar																				
Accio nal.																				

Resultados: análisis de correlación.

Modelo de Planeación. Se realizaron análisis de correlación entre los componentes del Modelo de Planeación para la muestra total, el grupo experimental, el grupo control, el grupo con debut sexual, el grupo sin debut sexual, grupo con pareja regular, grupo con pareja ocasional, al grupo experimental con debut sexual con pareja regular y con pareja ocasional y al grupo control con debut sexual con parejas sexuales regulares y ocasionales.

Muestra Total. (Modelo de Planeación).

En la tabla 33 se observan las correlaciones de la muestra total entre los componentes del Modelo de Planeación, se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta ($r=.501$)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta, sin embargo se observa una correlación negativa entre el **deseo de uso** con la escala de **Deseabilidad social ($r=-.343$) (ambos componentes de la fase Predecisional)**, lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no muestran el deseo de usarlo.

La **Transformación del deseo en una meta** muestra una correlación negativa con la escala de **Deseabilidad social ($r=-.395$)**, **ambos componentes de la escala Predecisional**. Lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no consideran probable tenerlo como una meta a alcanzar.

En la escala de **Implementación (Fase Preaccional)** se encontró una correlación con la fase **Accional ($r=.524$)** lo que señala que al implementar un plan de acción es muy probable que se ejecuten las conductas correctas para alcanzar la meta de uso correcto del condón.

Finalmente se observó una correlación negativa entre la fase **Accional** con la **Evaluación del desempeño (fase Postaccional) ($r=-.237$)** lo que señala que los jóvenes evalúan mal la ejecución de la tarea comparada con el plan (implementación) original.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 33. Correlaciones de la muestra total entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.501 .000	-.343 .000			
Meta-plan.			-.395 .000			
Deseabilidad social.						
Implementación					.524 .000	
Acción.						-.237 .009
Evaluación						

Grupo Experimental. (Modelo de Planeación)

En la tabla 34 se observan las correlaciones del Grupo Experimental entre los componentes del Modelo de Planeación. Se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta (r=.517)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta. Así mismo se observa una correlación entre **el deseo de usar un condón con la Fase Accional (r=.521)** lo que señala que al desear usar un condón son capaces de ejecutar las conductas necesarias para su uso correcto.

La **Transformación del deseo en una meta** muestra una correlación negativa con la escala de **Deseabilidad social (r=-.359)**, **ambos componentes de la escala Predecisional**. Lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no consideran probable tenerlo como una meta a alcanzar.

Tabla 34. Correlaciones del Grupo Experimental entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.517 .000			.521 .000	
Meta-plan.			-.359 .005			
Deseabilidad social.						
Implementación						
Acción.						
Evaluación						

Resultados: análisis de correlación.

Grupo Control. (Modelo de Planeación)

En la tabla 35 se observan las correlaciones del Grupo Control entre los componentes del Modelo de Planeación, se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta (r=.458)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta, sin embargo se observa una correlación negativa entre el **deseo de uso con la escala de Deseabilidad social (r=-.465) (ambos componentes de la fase Predecisional)**, lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no muestran el deseo de usarlo. Además se observa una correlación entre **el deseo de usar un condón con la Fase Accional (r=.390)** lo que señala que al desear usar un condón son capaces de ejecutar las conductas necesarias para su uso correcto.

La **Transformación del deseo en una meta** muestra una correlación negativa con la escala de **Deseabilidad social (r=-.439)**, **ambos componentes de la escala Predecisional**. Lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no consideran probable tenerlo como una meta a alcanzar. Así mismo se observa una correlación negativa con la **Evaluación (fase Postaccional) (r=-.277)**, lo que significa que la aún cuando quieran transformar el deseo en meta consideran que su ejecución fue mala comparada con el plan de acción.

Finalmente en la escala de **Implementación (Fase Preaccional)** se encontró una correlación positiva con la fase **Accional (r=.488)** lo que señala que al implementar un plan de acción es muy probable que se ejecuten las conductas correctas para alcanzar la meta.

Tabla 35. Correlaciones del Grupo Control entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.458 .000	-.465 .000		.390 .002	
Meta-plan.			-.439 .000			-.277 .032
Deseabilidad social.						
Implementación					.488 .000	
Acción.						
Evaluación						

Resultados: análisis de correlación.

Grupo con Debut Sexual. (Modelo de Planeación)

En la tabla 36 se observan las correlaciones del Grupo Con Debut Sexual entre los componentes del Modelo de Planeación, se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta (r=.545)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta, sin embargo se observa una correlación negativa entre el **deseo de uso con la escala de Deseabilidad social (r=-.370) (ambos componentes de la fase Predecisional)**, lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no muestran el deseo de usarlo.

La **Transformación del deseo en una meta** muestra una correlación negativa con la escala de **Deseabilidad social (r=-.330)**, **ambos componentes de la escala Predecisional**. Lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no consideran probable tenerlo como una meta a alcanzar.

Finalmente en la escala de **Implementación (Fase Preaccional)** se encontró una correlación positiva con la fase **Accional (r=.390)** lo que señala que al implementar un plan de acción es muy probable que se ejecuten las conductas correctas para alcanzar la meta.

Tabla 36. Correlaciones del Grupo Con debut sexual entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.545 .000	-.370 .004			
Meta-plan.			-.330 .010			
Deseabilidad social.						
Implementación					.390 .002	
Acción.						
Evaluación						

Grupo sin Debut Sexual. (Modelo de Planeación)

En la tabla 37 se observan las correlaciones del Grupo Sin debut sexual entre los componentes del Modelo de Planeación, se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta (r=.443)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta, sin embargo se observa una correlación negativa

Resultados: análisis de correlación.

entre el **deseo de uso** con la escala de **Deseabilidad social (r=-.363) (ambos componentes de la fase Predecisional)**, lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no muestran el deseo de usarlo.

La **Transformación del deseo en una meta** muestra una correlación negativa con la escala de **Deseabilidad social (r=-.478), ambos componentes de la escala Predecisional**. Lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no consideran probable tenerlo como una meta a alcanzar.

En la escala de **Implementación (Fase Preaccional)** se encontró una correlación positiva con la fase **Accional (r=.636)** lo que señala que al implementar un plan de acción es muy probable que se ejecuten las conductas correctas para alcanzar la meta.

Finalmente se observa una correlación negativa entre la **fase de Acción y la Evaluación del desempeño (fase postaccional) (r=-.278)** lo que señala que los jóvenes evalúan mal la ejecución de la tarea comparada con el plan original.

Tabla 37. Correlaciones del Grupo Sin debut sexual entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.443 .000	-.363 .004			
Meta-plan.			-.478 .000			
Deseabilidad social.						
Implementación					.636 .000	
Acción.						-.278 .031
Evaluación						

Grupo con Pareja Ocasional. (Modelo de Planeación)

En la tabla 38 se observan las correlaciones del Grupo Con pareja ocasional entre los componentes del Modelo de Planeación, se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta (r=.490)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta.

Resultados: análisis de correlación.

Se observa también una correlación negativa entre la escala de **Deseabilidad Social con la Fase Accional** ($r=-.405$) lo que señala que aunque las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente no logran ejecutar la tarea de manera correcta.

Finalmente en la escala de **Implementación (Fase Preaccional)** se encontró una correlación positiva con la fase **Accional** ($r=.407$) lo que señala que al implementar un plan de acción es muy probable que se ejecuten las conductas correctas para alcanzar la meta.

Tabla 38. Correlaciones del Grupo Con pareja ocasional entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.490 .013				
Meta-plan.						
Deseabilidad social.					-.405 .043	
Implementación					.407 .043	
Acción.						
Evaluación						

Grupo con Pareja Regular. (Modelo de Planeación)

En la tabla 39 se observan las correlaciones del Grupo Con pareja regular entre los componentes del Modelo de Planeación, se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta** ($r=.566$), esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta, sin embargo se observa una correlación negativa entre el **deseo de uso** con la escala de **Deseabilidad social** ($r=-.452$) (**ambos componentes de la fase Predecisional**), lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no muestran el deseo de usarlo.

La **Transformación del deseo en una meta** muestra una correlación negativa con la escala de **Deseabilidad social** ($r=-.437$), **ambos componentes de la escala Predecisional**. Lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no consideran probable tenerlo como una meta a alcanzar. Así mismo se observa una correlación negativa con la **Evaluación (fase Postaccional)** ($r=-.342$), lo que significa que la aún cuando quieran transformar el deseo en meta consideran que su ejecución fue mala comparada con el plan de acción.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 39. Correlaciones del Grupo Con pareja regular entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.566 .000	-.452 .006			
Meta-plan.			-.437 .009			-.342 .044
Deseabilidad social.						
Implementación						
Acción.						
Evaluación						

Grupo Experimental, con Debut Sexual, con Pareja Regular. (Modelo de Planeación)

En la tabla 40 se observa solo una correlación del Grupo experimental con debut sexual, con pareja regular entre los componentes del Modelo de Planeación, entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta (r=.564)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta.

Tabla 40. Correlaciones del Grupo Experimental con debut sexual con pareja regular entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.564 .029				
Meta-plan.						
Deseabilidad social.						
Implementación						
Acción.						
Evaluación						

Grupo Experimental, con Debut Sexual, con Pareja Ocasional. (Modelo de Planeación)

En la tabla 41 se observan las correlaciones del Grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional entre los componentes del Modelo de Planeación, se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta (r=.518)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta.

Resultados: análisis de correlación.

La escala de **Deseabilidad social de la escala Predecisional** muestra una correlación positiva con la **Evaluación del desempeño de la fase Postaccional (r=.622)**, lo anterior señala que cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos evalúan de manera positiva su desempeño en la ejecución de las tareas asociadas al uso correcto del condón.

Finalmente en la escala de **Implementación (Fase Preaccional)** se encontró una correlación positiva con la fase **Accional (r=.568)** lo que señala que al implementar un plan de acción es muy probable que se ejecuten las conductas correctas para alcanzar la meta.

Tabla 41. Correlaciones del Grupo Experimental con debut sexual con pareja ocasional entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.518 .048				
Meta-plan.						
Deseabilidad social.						.622 .013
Implementación					.568 .027	
Acción.						
Evaluación						

Grupo Control, con Debut Sexual, con Pareja Regular. (Modelo de Planeación)

En la tabla 42 se observan las correlaciones del Grupo Control con debut sexual con pareja regular, entre los componentes del Modelo de Planeación.

Se observa una correlación negativa entre **Transformación del deseo en una meta de la fase Predecisional con la Evaluación del desempeño de la fase Postaccional (r=-.535)** lo que significa que aún cuando los jóvenes de este grupo hayan querido transformar el deseo de uso de condón en una meta, en la evaluación del desempeño consideran que no lo hicieron de acuerdo con el plan implementado.

También existe una correlación negativa entre la **fase accional y la evaluación del desempeño de la fase postaccional (r=-.533)**, esto significa que los jóvenes no se sintieron satisfechos con la ejecución de la tarea de acuerdo con el plan original.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 42. Correlaciones del Grupo Control con debut sexual con pareja regular entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.						
Meta-plan.						-.535 .040
Deseabilidad social.						
Implementación						
Acción.						-.533 .032
Evaluación						

Grupo Control, con Debut Sexual, con Pareja Ocasional. (Modelo de Planeación)

En la tabla 43 se observan las correlaciones del Grupo control con debut sexual con pareja ocasional, entre los componentes del Modelo de Planeación. Se observa una correlación entre el **deseo de usar un condón con la probabilidad de transformar el deseo en una meta (r=.548)**, esto señala que si los jóvenes desean usar un condón es probable que lo conviertan en una meta; también se muestra una correlación entre **el deseo de usar un condón con la fase accional (r=.691)** lo que señala que los jóvenes de este grupo que desean usar un condón, logran ejecutar adecuadamente las conductas correctas para su uso.

La **Transformación del deseo en una meta** muestra una correlación negativa con la escala de **Deseabilidad social (r=-.653)**, **ambos componentes de la escala Predecisional**. Lo anterior señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente, ellos no consideran probable tenerlo como una meta a alcanzar. También se observa una correlación positiva entre la **Transformación del deseo en una meta con la fase accional (r=.740)**, esto significa que las personas que tiene como meta el uso del condón logran ejecutar las conductas necesarias para su uso de manera adecuada.

Finalmente, en la escala de **Deseabilidad social de la fase predecisional**, se observa una correlación negativa con la **fase accional (r=-.591)** lo que señala que aún cuando las personas importantes para ellos piensan que usar un condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente ellos evalúan de manera negativa su desempeño en la ejecución de la tarea de acuerdo con el plan implementado.

Resultados: análisis de correlación.

Tabla 43. Correlaciones del Grupo control con debut sexual con pareja ocasional, entre los elementos del Modelo de Planeación y la conducta de uso de condón.

	Plan-deseo	Meta-plan	Deseabilidad social.	Implementación	Acción.	Evaluación.
Plan-deseo.		.548 .035			.691 .004	
Meta-plan.			-.653 .008		.740 .002	
Deseabilidad social.					-.591 .020	
Implementación						
Acción.						
Evaluación						

Análisis de Regresión Múltiple.

Después de analizar los resultados obtenidos en los análisis anteriores, es posible plantear el siguiente modelo (Figura 7) y con el objetivo de probarlo en cada uno de los grupos (muestra total, grupo experimental, grupo control, grupo con debut sexual, grupo sin debut sexual, grupo con pareja sexual regular, grupo con pareja sexual ocasional, grupo experimental con debut sexual con pareja sexual regular, grupo experimental con debut sexual con pareja sexual ocasional, grupo control con debut sexual con pareja sexual regular y grupo control con debut sexual con pareja sexual ocasional) se realizaron análisis de trayectoria con Regresión Múltiple por pasos para así observar las relaciones entre las variables.

Resultados: análisis de regresión.

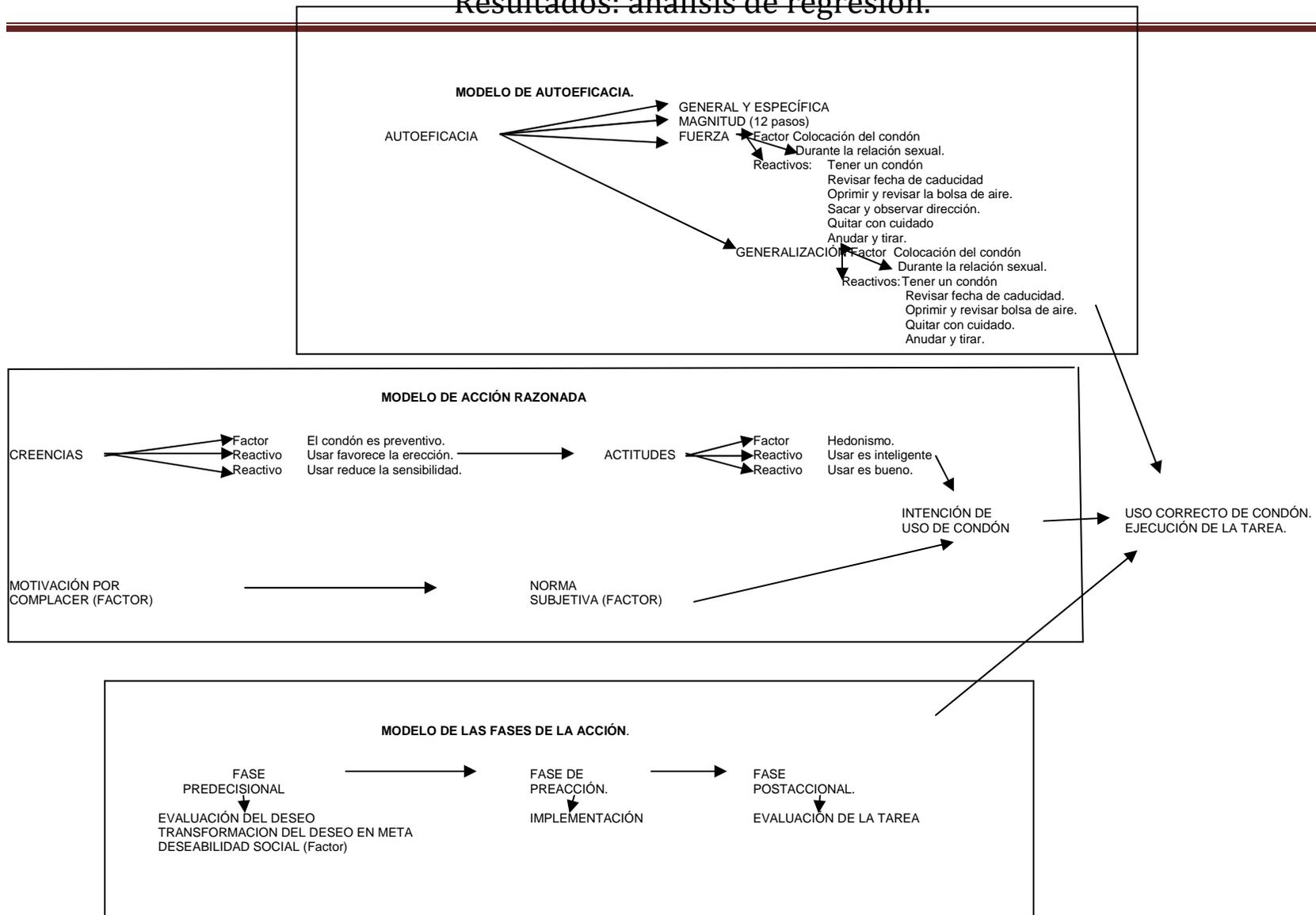


Figura 7. Modelo Multifactorial predictivo para el uso del condón.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en la Muestra total.

En este apartado se presentan los análisis de correlación para la muestra total (figura 8) hechos con el Modelo de Acción Razonada, el Modelo de Autoeficacia y el Modelo de Planeación como variables predictoras y como variable a predecir la Conducta de uso correcto del condón.

En la tabla 44 se observan los efectos significativos del Modelo de Acción Razonada sobre la **Conducta de Uso Correcto del Condón**. Se muestra que el reactivo **“Usar el condón es muy bueno” de la escala de Actitudes** predice el 5% de dicha conducta, es decir, los jóvenes usarán correctamente el condón si consideran que su uso es bueno.

Tabla 44. Efectos significativos del reactivo “Usar el condón es muy bueno” (Actitudes) sobre la Conducta de Uso correcto del Condón.

Reactivo	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Usar el condón es muy bueno.	.24	.05	7.30	.008	.653	.241	.241

Para el **Modelo de Autoeficacia** en la muestra total (tabla 45) se encontró que la **Magnitud** predice el 28% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que mientras los jóvenes sepan cuáles son los pasos necesarios para realizar la conducta es mucho más probable que los ejecuten de manera correcta.

Tabla 45. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en la muestra total.

Escala	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Magnitud.	.53	.28	47.71	.000	.398	.058	.53

En la muestra total (tabla 46) se encontró que la **Implementación (fase preaccional) y la evaluación (fase postaccional), del modelo de Planeación**, predicen el 34% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes crean sets mentales e implementan planes de acción, aunque no evalúen de la mejor manera su ejecución, es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta.

Tabla 46. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en la muestra total.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Implementación (Fase preaccional)	.56	.31	54.21	.000	.321	.046	.53
Evaluación (Fase postaccional)	.58	.34	30.41	.000	-.469	.213	-.16

Resultados: análisis de regresión.

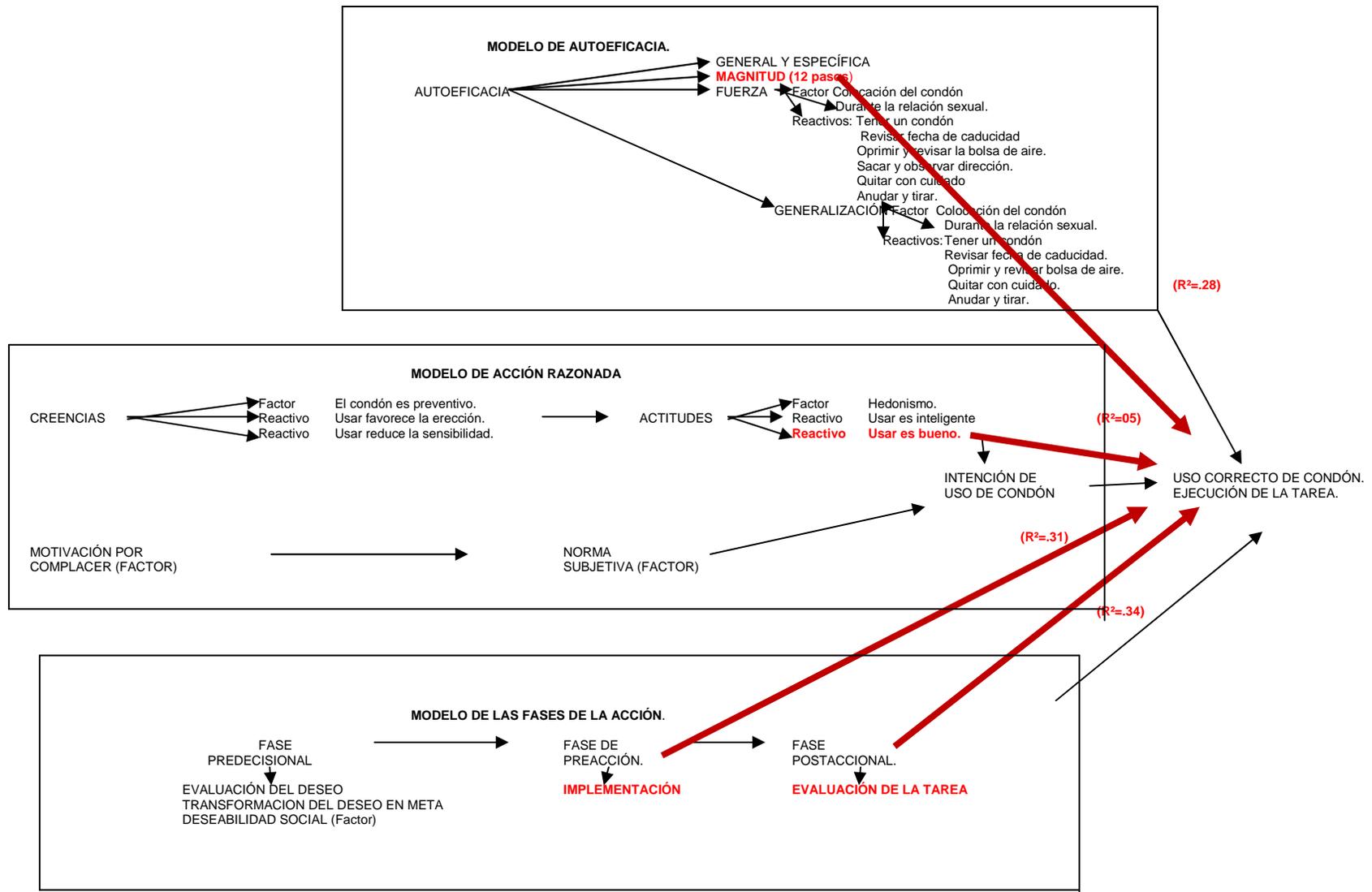


Figura 8. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en la muestra total.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo experimental.

En este apartado se observan los análisis de regresión realizados para el grupo experimental (figura 9), así la **Intención de uso de condón, en el modelo de acción razonada**, predice en un 7% la **Conducta de uso correcto de condón**. Lo anterior señala que aún cuando los jóvenes del grupo experimental no tienen la intención de usar un condón lo hacen de manera correcta (tabla 47).

Tabla 47. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Acción Razonada sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo experimental.

Componente	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Intención de uso de condón.	.26	.07	4.31	.042	-.233	.112	-.26

Así mismo, se observa en el grupo experimental que la **Magnitud (Autoeficacia)** predice el 22% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que mientras los jóvenes sepan cuáles son los pasos necesarios para realizar la conducta es mucho más probable que los ejecuten de manera correcta (tabla 48).

Tabla 48. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo experimental.

Escala.	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Magnitud.	.47	.22	16.93	.000	.370	.090	.47

Para el **modelo de Planeación**, en el grupo experimental se observa (tabla 49) la **Implementación (fase preaccional)** predice el 24% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes del grupo experimental crean sets mentales e implementan planes de acción es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta.

Tabla 49. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo experimental.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Implementación (Fase preaccional)	.49	.24	18.68	.000	.247	.057	.49

Resultados: análisis de regresión.

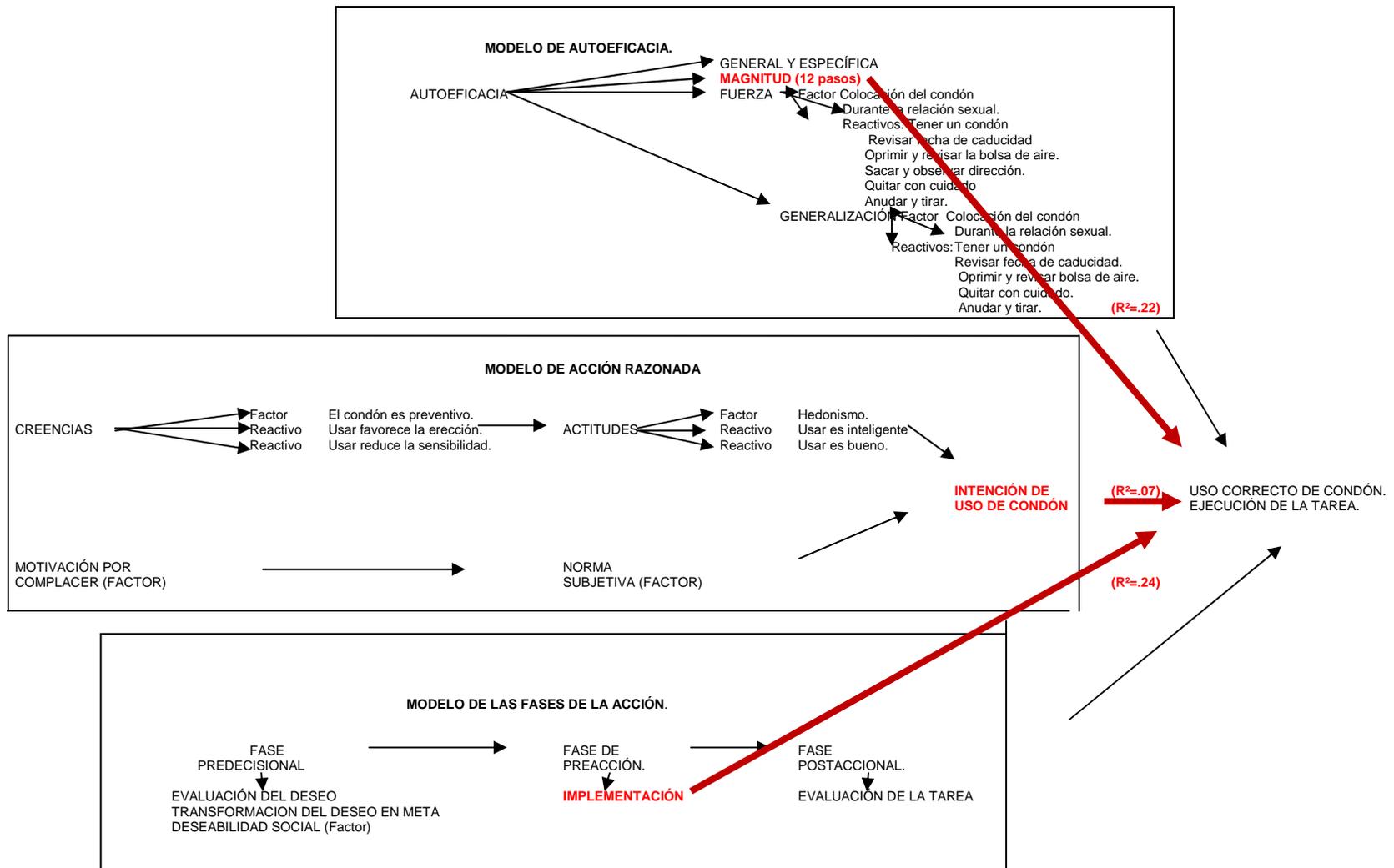


Figura 9. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo experimental.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo control.

Así, se observa que para el grupo control (figura10), el reactivo “**usar el condón es muy bueno**” de la **escala de Actitudes (Modelo de Acción Razonada)** predice en un 9% la **Conducta de uso correcto de condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes del grupo control tienen la actitud de que usar un condón es bueno entonces usarán el condón de manera correcta (tabla 50).

Tabla 50. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Acción Razonada sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo control.

Reactivo	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Usar el condón es muy bueno.	.30	.09	6.14	.016	.630	.254	.30

Respecto del modelo de **Autoeficacia**, en el grupo control se encontró que el **reactivo independiente “revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de generalización** predice el 15% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes del grupo control realizan la tarea de revisar la fecha de caducidad o manufactura del condón y la generalizan a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares, es más probable que realicen de manera correcta mayor número de pasos para el uso correcto del condón (tabla 51).

Tabla 51. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo control.

Reactivo.	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Revisar la fecha de caducidad (generalización)	.39	.15	10.49	.002	.338	.104	.39

En el **modelo de Planeación**, el grupo control muestra (tabla 52) que la **Implementación (fase preaccional) y la evaluación del deseo (fase predecisional)** predicen el 41% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes del grupo control crean sets mentales e implementan planes de acción, además de tener el deseo de usar un condón, es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta.

Tabla 52. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo control.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Implementación (Fase preaccional)	.53	.28	22.75	.000	.402	.072	.56
Evaluación del deseo. (Fase predecisional)	.64	.41	20.53	.000	1.86	.509	.37

Resultados: análisis de regresión.

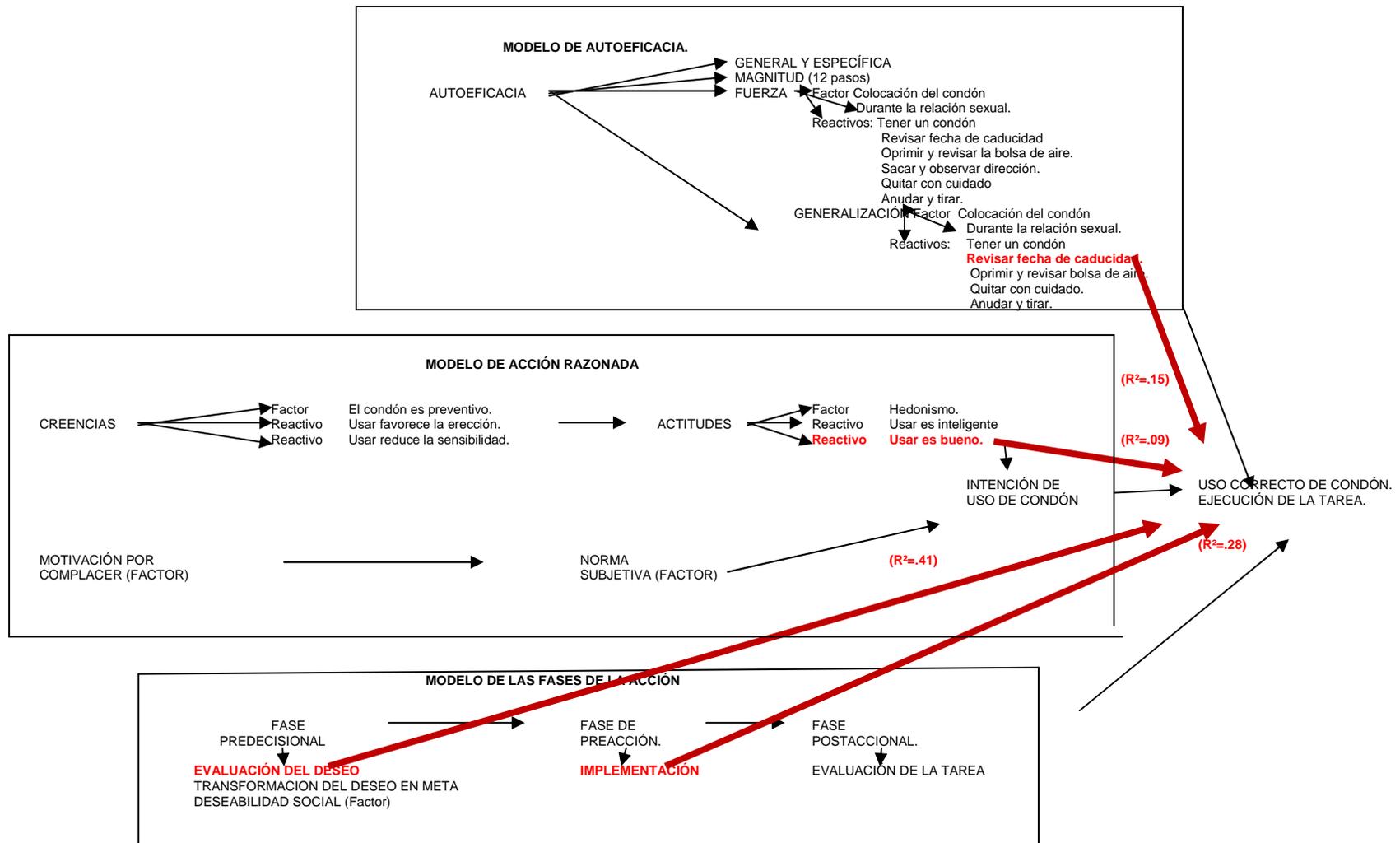


Figura 10. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo control.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo con debut sexual.

Para el grupo con debut sexual (figura 11), en el modelo de Acción Razonada se encontró que los jóvenes con debut sexual reportan que la **Norma subjetiva** predice la **conducta de uso correcto del condón** en un 11%, en este caso, el señalamiento es que para los jóvenes que consideran que para sus padres, amigos y pareja no es tan importante que usen el condón muestran una mejor ejecución de las tareas (tabla 53).

Tabla 53. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Acción Razonada sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo con debut sexual.

Factor	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Norma Subjetiva.	.33	.11	7.37	.009	-.750	.276	-.33

Respecto del modelo de **Autoeficacia** se encontró que la **Magnitud** predice el 27% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que mientras los jóvenes del grupo con debut sexual sepan cuáles son los pasos necesarios para realizar la conducta es mucho más probable que los ejecuten de manera correcta (tabla 54).

Tabla 54. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo con debut sexual.

Escala.	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Magnitud.	.52	.27	21.63	.000	.369	.079	.52

El análisis de regresión para el **Modelo de Planeación** en el grupo con debut sexual se observa en la tabla 55, ahí se señala que la **Implementación (fase preaccional)** predice el 19% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes del grupo experimental crean sets mentales e implementan planes de acción es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta.

Tabla 55. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo con debut sexual.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Implementación (Fase preaccional)	.43	.19	13.65	.000	.253	.068	.43

Resultados: análisis de regresión.

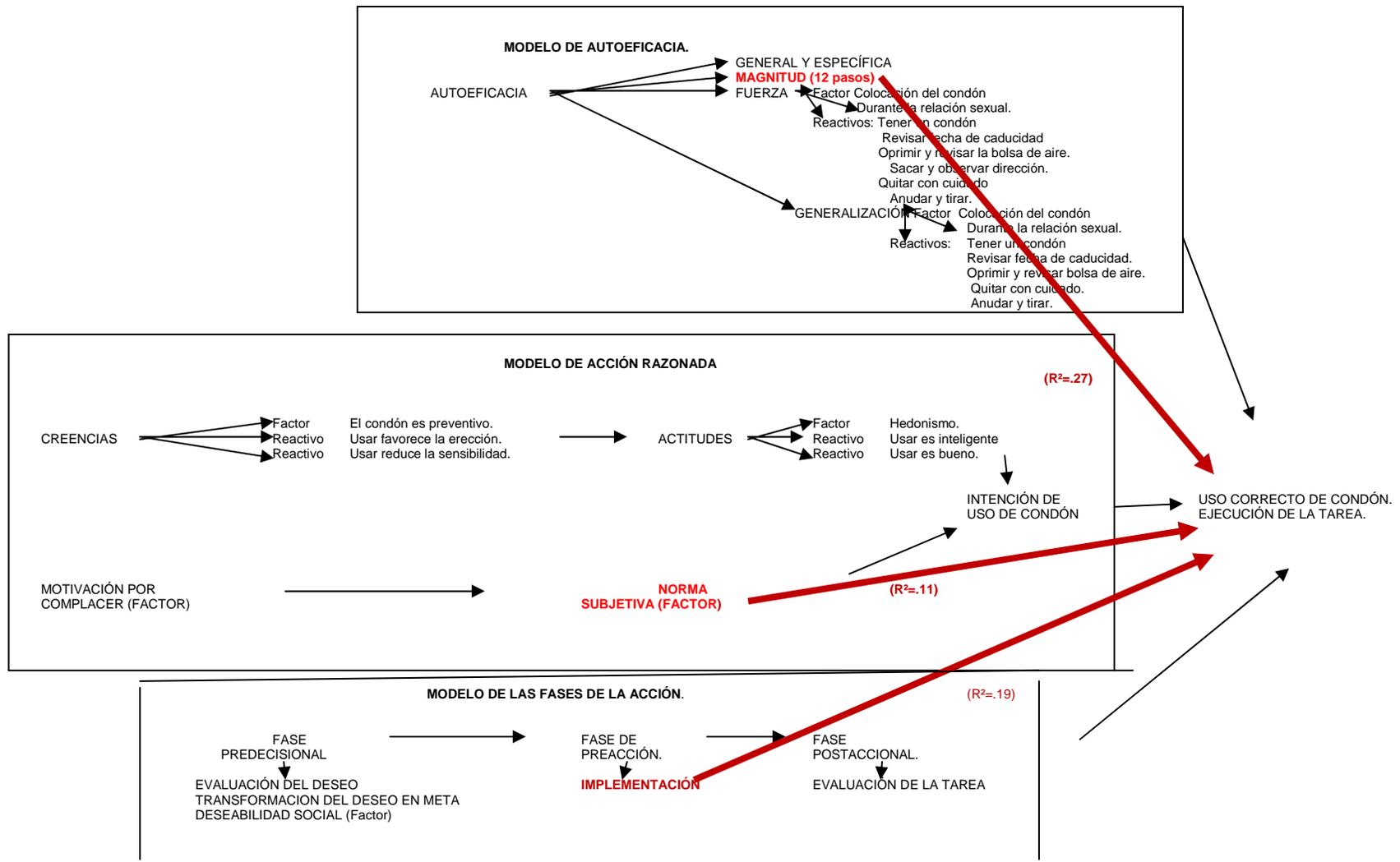


Figura 11. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo con Debut Sexual.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo sin debut sexual.

Para el grupo sin debut sexual no se encontraron variables predictoras en el **Modelo de Acción Razonada** (figura 12).

En la tabla 56 se observa el análisis de regresión para el grupo sin debut sexual en el modelo de **Autoeficacia**, se encontró que la **Magnitud junto con el reactivo independiente “revisar la fecha de caducidad o manufactura” de la escala de Fuerza** predican el 36% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que mientras los jóvenes sepan cuáles son los pasos necesarios para realizar la conducta y se sientan capaces de revisar la fecha de caducidad o manufactura del condón es mucho más probable que ejecuten los pasos de manera correcta.

Tabla 56. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo sin debut sexual.

Escala/reactivo	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Magnitud.	.55	.30	25.18	.000	.266	.105	.34
Revisar la fecha de caducidad o manufactura (Fuerza)	.60	.36	16.25	.000	.302	.130	.31

Este análisis de regresión para el **modelo de Planeación** muestra (tabla 57) que la **Implementación (fase preaccional)** predice el 43% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes del grupo experimental crean sets mentales e implementan planes de acción es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta.

Tabla 57. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo sin debut sexual.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Implementación (Fase preaccional)	.66	.43	45.20	.000	.405	.060	.66

Resultados: análisis de regresión.

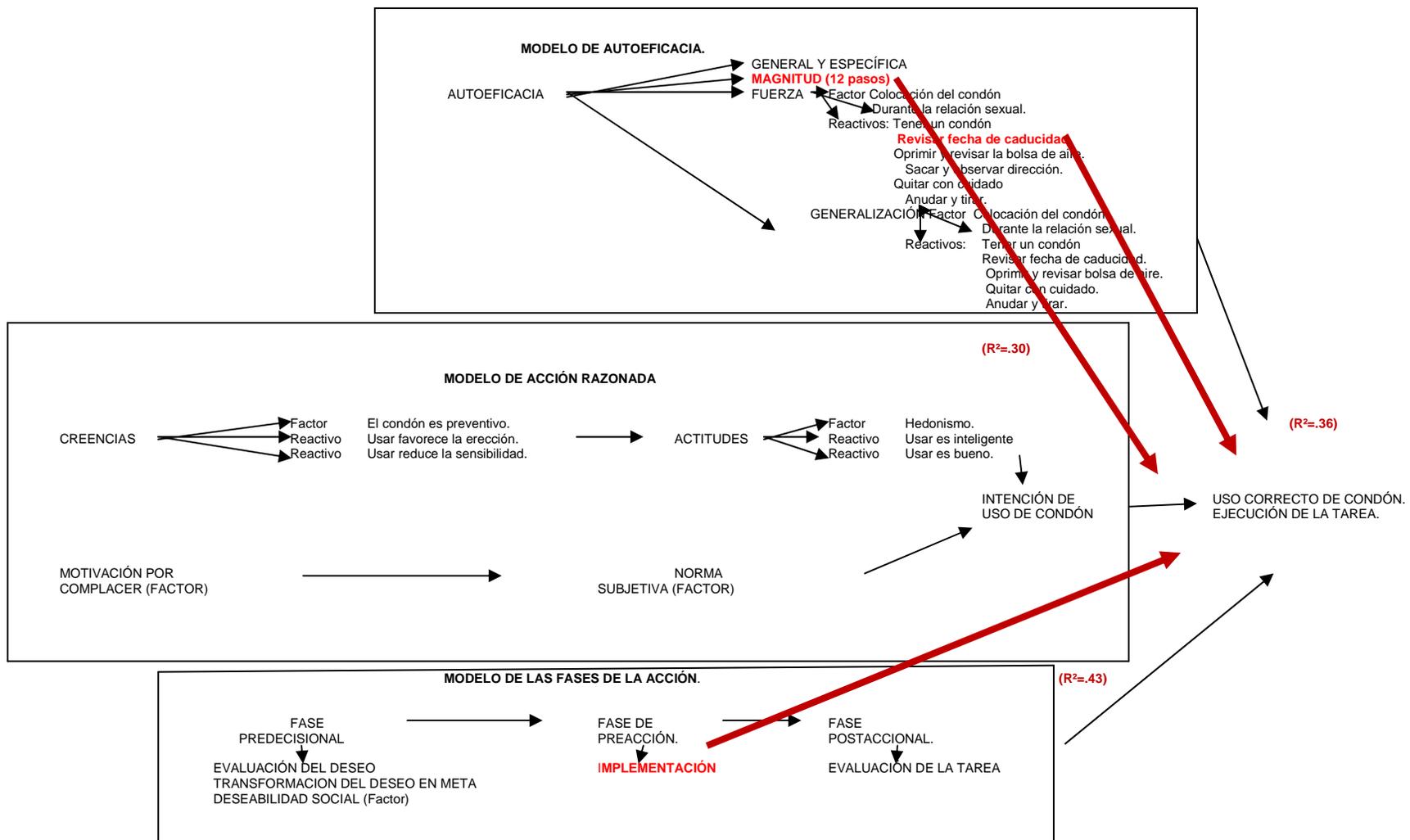


Figura 12. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo sin Debut Sexual.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo con pareja regular.

Para el grupo de jóvenes con tipo de pareja regular (figura 13) en el modelo de **Acción Razonada** se encontró que el factor **El condón es Preventivo de la escala de Creencias** predice el 11% de la conducta de **Uso correcto del condón**, así, se observa que cuando los jóvenes con pareja sexual regular creen menos en las virtudes preventivas del condón (prevenir embarazos, enfermedades de transmisión sexual y específicamente de VIH/SIDA) es más probable que ejecuten la tarea de manera correcta (tabla 58).

Tabla 58. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Acción Razonada sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo con tipo de pareja regular.

Factor	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
El condón es preventivo.	.34	.11	4.36	.045	-.620	.297	-.342

En el análisis de regresión en el modelo de Autoeficacia se observa que **los reactivos independientes “anudar y tirar” y “sacar y observar la dirección en que se desenrolla”, ambos de la escala de Fuerza**, predicen el 38% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que mientras los jóvenes con pareja sexual regular se sientan capaces de anudar y tirar un condón y sacar el condón y observar la dirección en que se desenrolla es mucho más probable que realicen los pasos necesarios para el uso del condón de manera correcta (tabla 59).

Tabla 59. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo con tipo de pareja regular.

Reactivos	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Anudar y tirar (Fuerza).	.49	.24	10.70	.003	.363	.106	.47
Sacar y observar (Fuerza)	.62	.38	10.12	.000	.370	.136	.37

En el **modelo de Planeación** del grupo con tipo de pareja regular no se muestran efectos significativos.

Resultados: análisis de regresión.

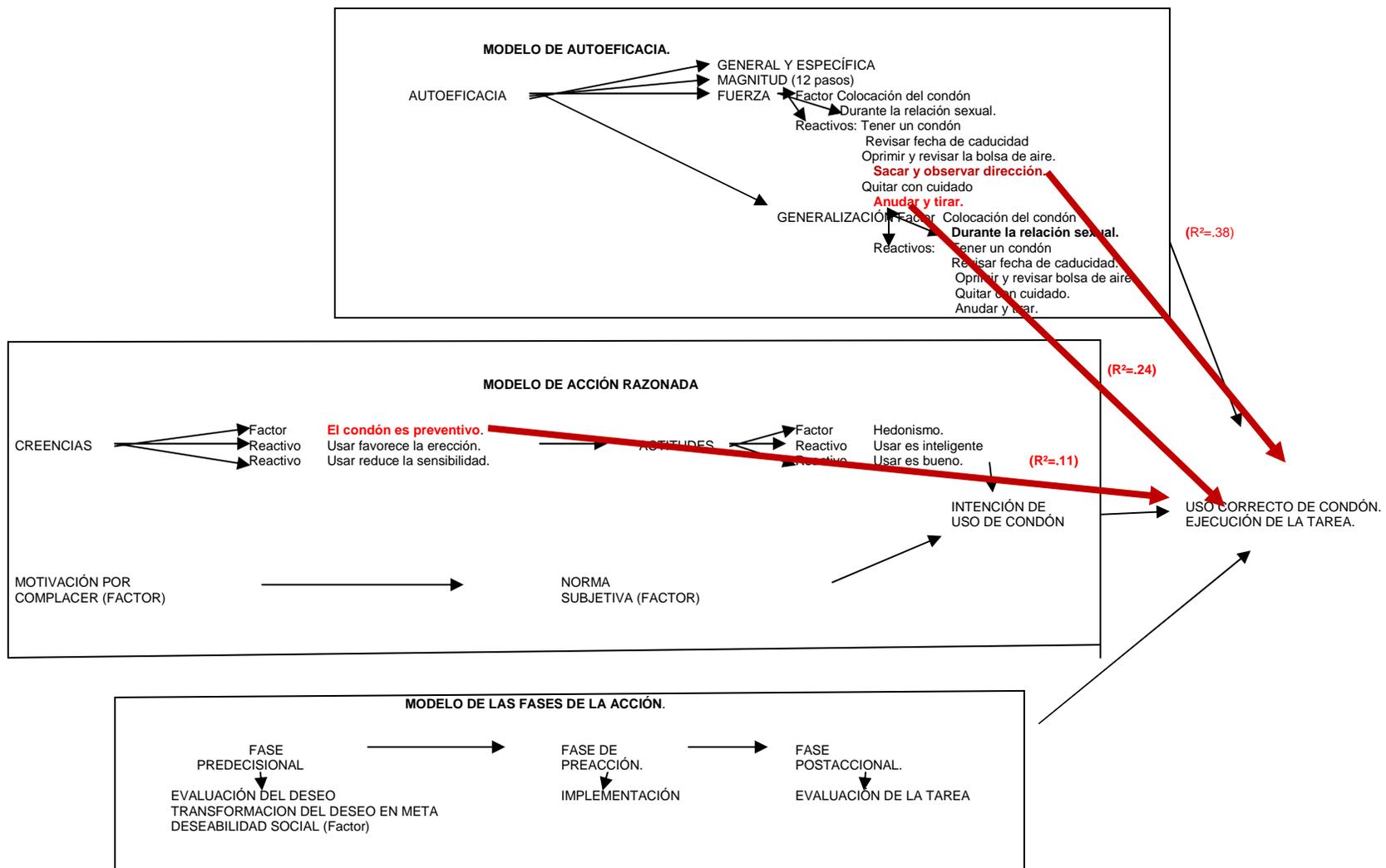


Figura 13. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo con pareja regular.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo con tipo de pareja ocasional.

Para el grupo de jóvenes con pareja ocasional (figura 14) se encontró que en el **Modelo de Acción Razonada**, la **Norma Subjetiva** predice el 22% de la conducta de **Uso correcto del condón**, así, se observa que la ejecución de estas tareas se predicen cuando los jóvenes creen que para sus padres, sus amigos y su pareja no es importante que ellos usen el condón (tabla 60).

Tabla 60. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Acción Razonada sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo con tipo de pareja ocasional.

Factor	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Norma Subjetiva.	.47	.22	6.76	.016	-1.45	.561	-.47

En el análisis de regresión para el grupo con pareja ocasional, en el modelo de **Autoeficacia**, se encontró que la **Magnitud** predice el 39% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que mientras los jóvenes sepan cuáles son los pasos necesarios para realizar la conducta es mucho más probable que los ejecuten de manera correcta (tabla 61).

Tabla 61. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo con tipo de pareja ocasional.

Escala.	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Magnitud.	.63	.39	15.15	.001	.446	.115	.63

En el **modelo de Planeación** para el grupo con pareja ocasional se ve que la **deseabilidad social (fase de predecisional)** y la **Implementación (fase preaccional)** predicen el 55% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Los hallazgos encontrados señalan que cuando los jóvenes piensan que las personas importantes para ellos no creen que el uso del condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente con sus parejas sexuales ocasionales y que cuando los jóvenes de este grupo crean sets mentales e implementan planes de acción, es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta (tabla 62).

Tabla 62. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo con tipo de pareja ocasional.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Deseabilidad social (fase predecisional)	.57	.32	11.08	.003	-1.72	.500	-.49
Implementación (Fase preaccional)	.74	.55	13.79	.000	.259	.076	.48

Resultados: análisis de regresión.

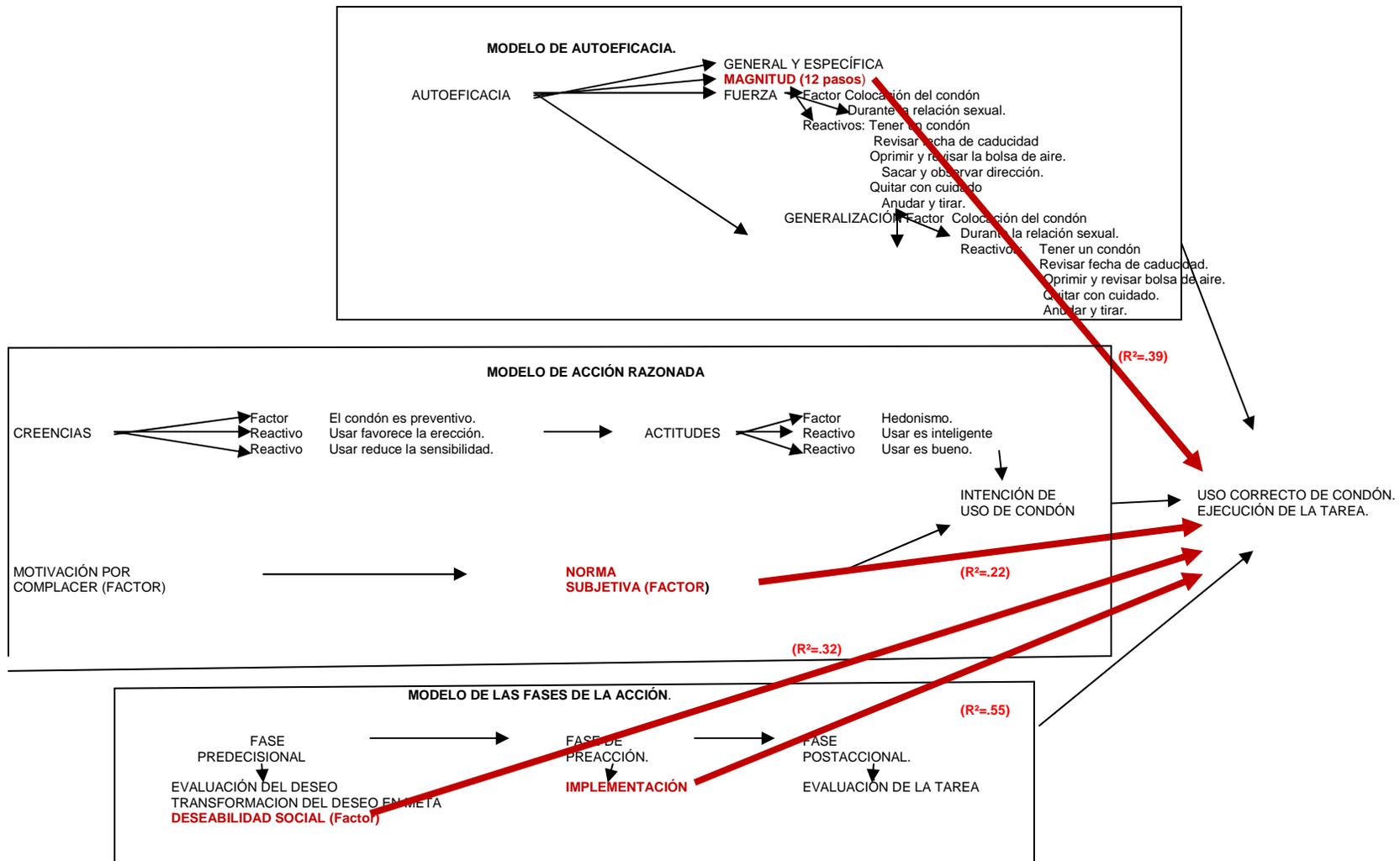


Figura 14. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo con pareja ocasional.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo experimental con debut sexual con pareja regular.

Para el grupo experimental con debut sexual con pareja regular (figura 15), en el modelo de Autoeficacia, se encontró que el factor **El condón es Preventivo de la escala de Creencias** predice el 26% de la conducta de **Uso correcto del condón**, así, se observa que cuando los jóvenes con pareja sexual regular creen menos en que el condón les ayuda a prevenir embarazos, enfermedades de transmisión sexual y específicamente de VIH/SIDA es más probable que ejecuten la tarea de manera correcta (tabla 63).

Tabla 63. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Acción Razonada sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo experimental, con debut sexual, con tipo de pareja regular.

Factor	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
El condón es preventivo.	.51	.26	4.72	.049	-1.97	.908	-.51

Ni en el modelo de **Autoeficacia ni en el Planeación**, para el grupo experimental con debut sexual con pareja regular, se encontraron efectos significativos.

Resultados: análisis de regresión.

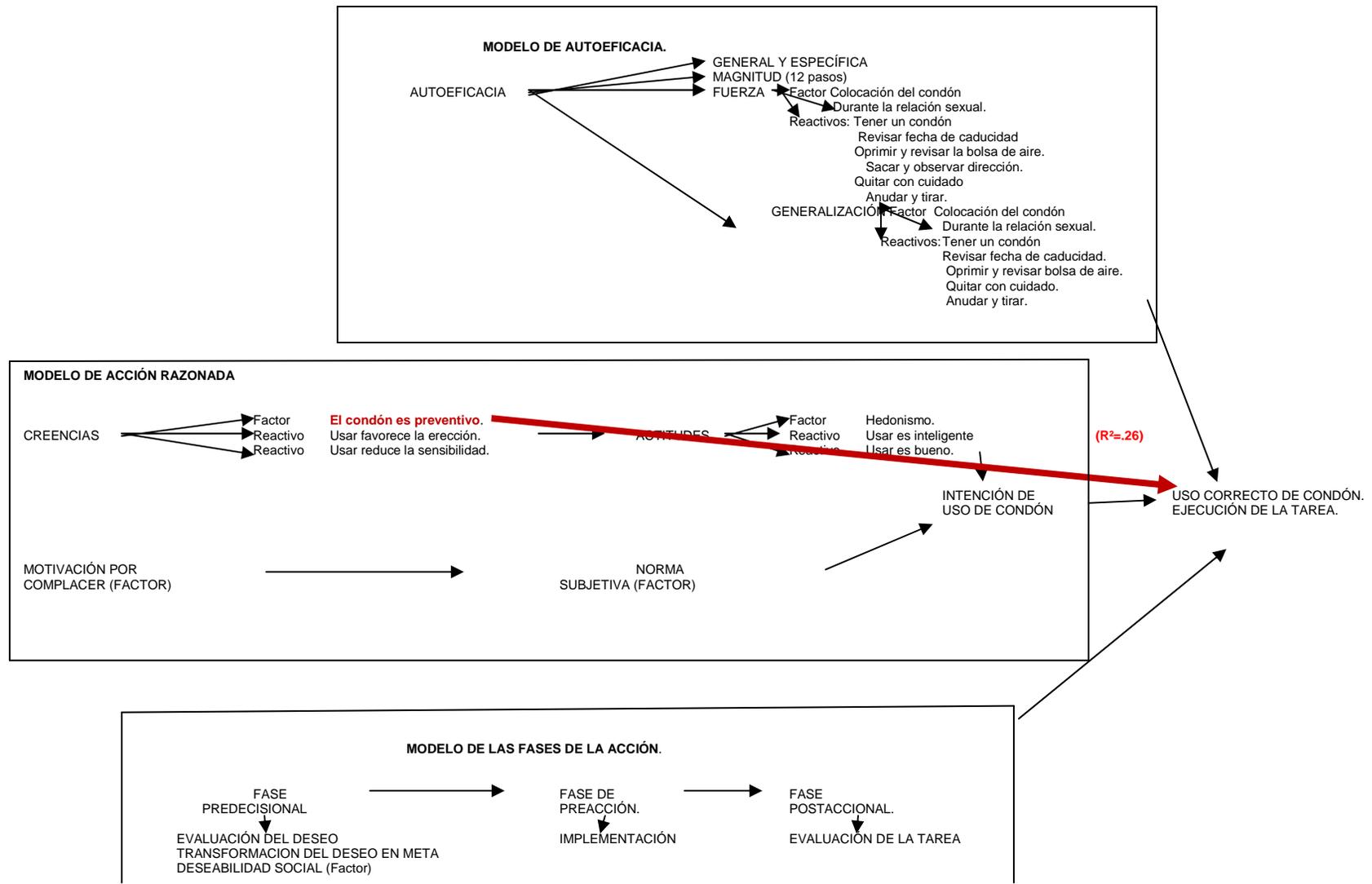


Figura 15. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo experimental con debut sexual con pareja regular.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional.

Para el grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional (figura 16), en el **modelo de Acción Razonada**, se encontró que el factor **El condón es Preventivo de la escala de Creencias y el reactivo independiente “usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual”** predicen el 54% de la conducta de **Uso correcto del condón**, así, se observa que cuando los jóvenes con pareja sexual ocasional creen que el condón les ayuda a prevenir embarazos, enfermedades de transmisión sexual y específicamente de VIH/SIDA, además de que consideran que el condón no reduce la sensibilidad, es probable que ejecuten la tarea de manera correcta (tabla 64).

Tabla 64. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Acción Razonada sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo experimental, con debut sexual, con tipo de pareja ocasional.

Factor/reactivo.	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
El condón es preventivo.	.57	.32	6.24	.027	-.924	.324	.475
Usar condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual.	.73	.54	7.07	.009	-.499	.210	-.475

Para el **modelo de Autoeficacia** en el grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional (tabla 65) se encontró que **la Magnitud** predice en un 49% la **conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes de este grupo saben cuáles son los pasos necesarios para la ejecución de la conducta son capaces de realizarlos de manera correcta.

Tabla 65. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo experimental con debut sexual con tipo de pareja ocasional.

Escala.	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Magnitud.	.70	.49	12.83	.003	.409	.114	.70

El grupo experimental con debut sexual con tipo de pareja ocasional, muestra en el análisis de regresión del **modelo de Planeación** (tabla 66), que la **Implementación (fase preaccional)** predice el 32% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes del grupo experimental crean sets mentales e implementan planes de acción es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta.

Resultados: análisis de regresión.

Tabla 66. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo experimental con debut sexual con tipo de pareja ocasional.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Implementación (Fase preaccional)	.56	.32	6.18	.027	.243	.098	.56

Resultados: análisis de regresión.

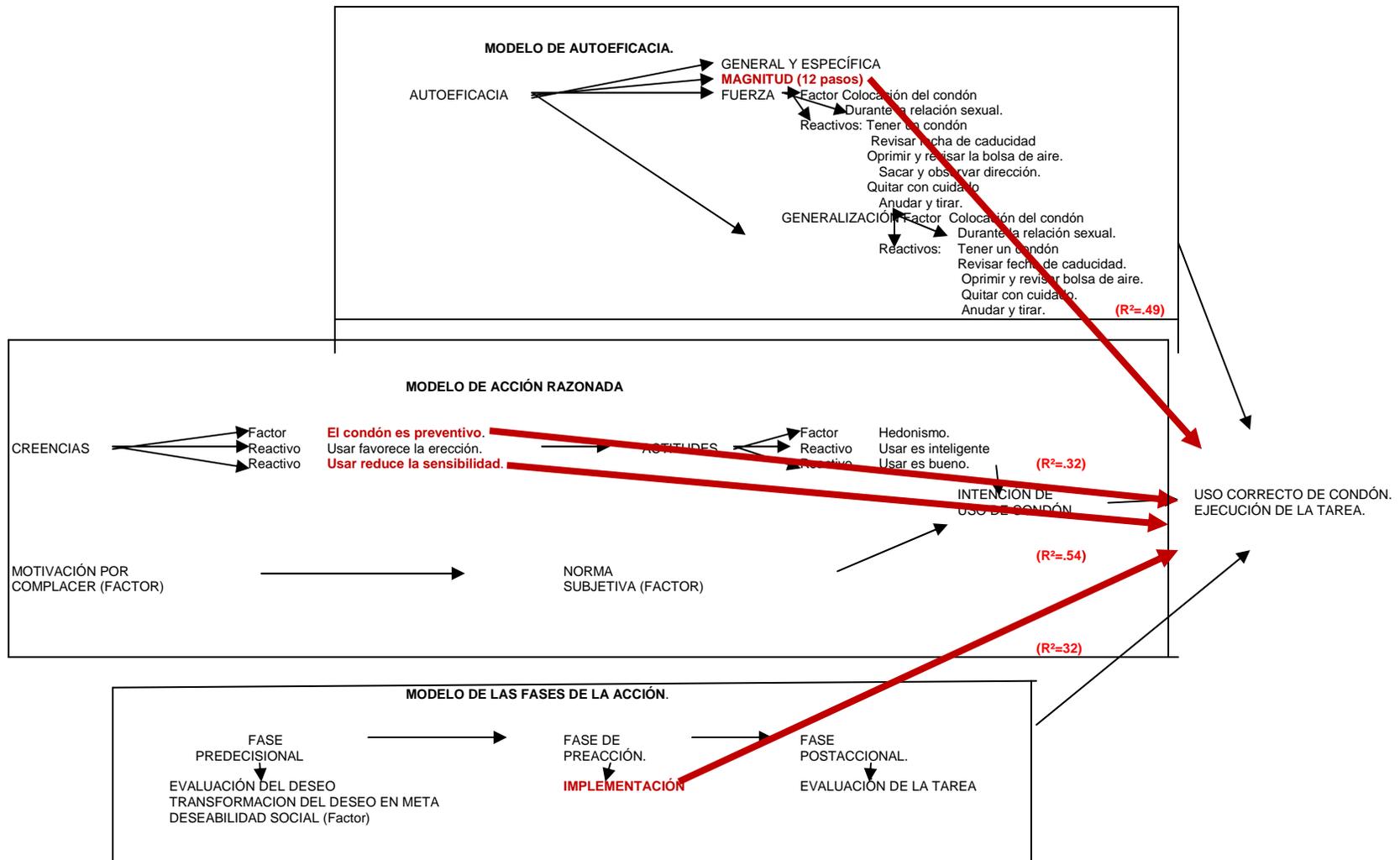


Figura 16. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo control con debut sexual con pareja regular.

Para el grupo control con debut sexual con pareja regular (figura 17) no se encontraron efectos significativos en el **Modelo de Acción Razonada** ni en el **modelo de Autoeficacia**.

En la tabla 67 se observa el análisis de regresión para el grupo control con debut sexual con tipo de pareja regular en el modelo de Planeación, aquí la **Evaluación de la tarea (fase postaccional)** predice el 30% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Este hallazgo muestra que cuando los jóvenes de este grupo evalúan menos bien la ejecución de la tarea es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta.

Tabla 67. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo control con debut sexual con tipo de pareja regular.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Evaluación (Fase postaccional)	.55	.30	5.73	.032	-1.16	.486	-.55

Resultados: análisis de regresión.

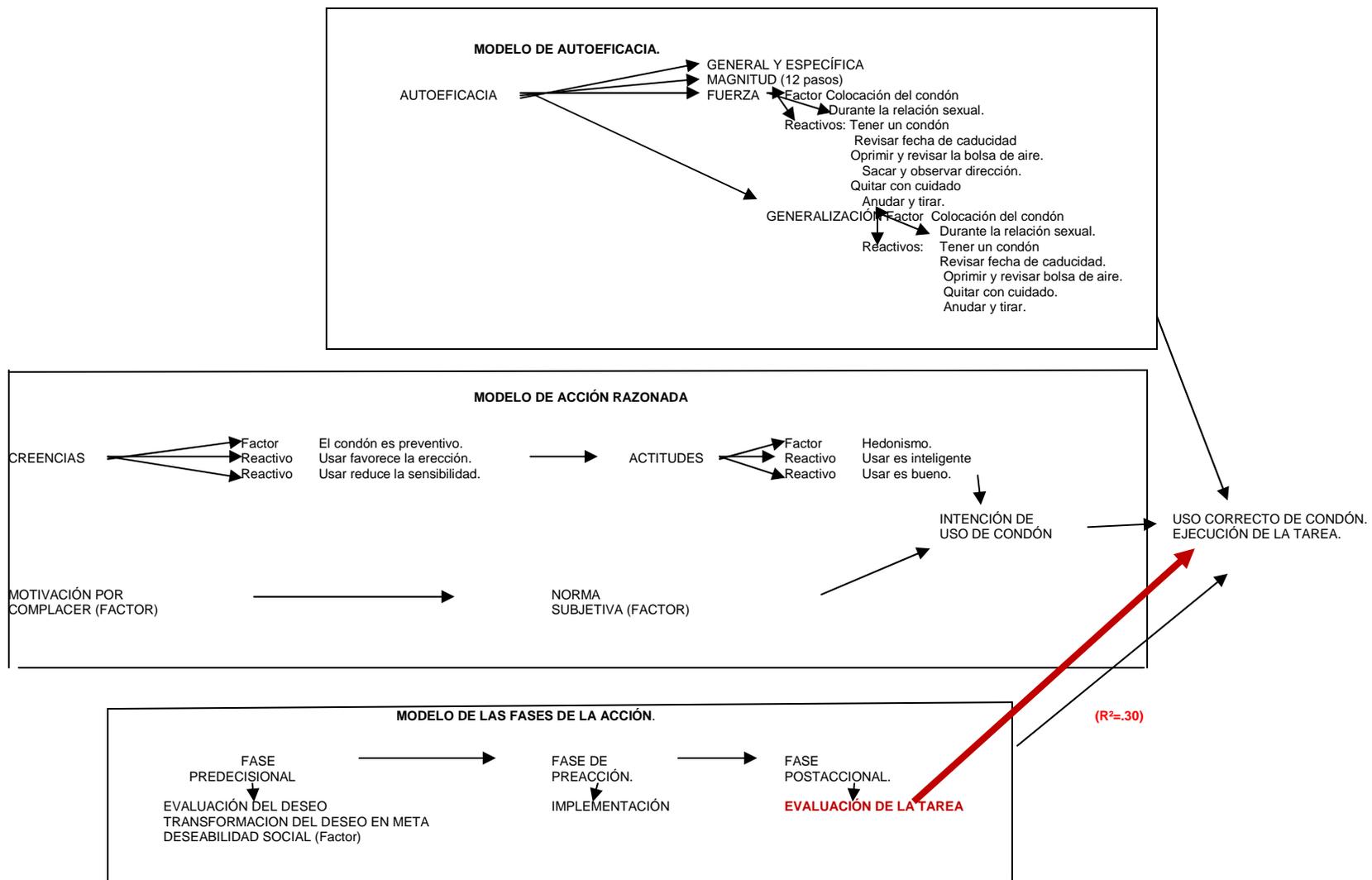


Figura 17. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo control con debut sexual con pareja regular.

Resultados: análisis de regresión.

Efectos significativos en el grupo control con debut sexual con pareja ocasional.

Para el grupo control con debut sexual con pareja ocasional (figura 18), en el **modelo de Acción Razonada**, se encontró que el factor **Hedonismo de la escala de Actitudes** predice en un 40% la conducta de **Uso correcto del condón**, lo anterior señala que los jóvenes de este grupo al considerar que el uso del condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante es muy probable que ejecuten la tarea de manera correcta (tabla 68).

Tabla 68. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Acción Razonada sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo control, con debut sexual, con tipo de pareja regular.

Factor	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Hedonismo.	.63	.40	8.76	.011	1.03	.350	.63

Para el **modelo de Autoeficacia**, el grupo control con debut sexual con pareja sexual ocasional (tabla 69) se encontró que los reactivos independientes “**quitar el condón con cuidado**” y “**oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire**” **ambos de la escala de Generalización** predicen el 54% de la **conducta de uso correcto del condón**. Lo anterior señala que cuando los jóvenes de este grupo son capaces de quitar el condón con cuidado y oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire y generalizarlos a todas sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como regulares, es más probable que ejecuten los pasos para el uso de condón de manera correcta.

Tabla 69. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Autoeficacia sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo control con debut sexual con tipo de pareja ocasional.

Reactivo	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Quitar con cuidado (Generalización)	.57	.33	6.55	.024	.354	.134	.51
Oprimir y revisar bolsa de aire (Generalización)	.73	.54	7.17	.009	.319	.136	.46

En la tabla 70 se observa el análisis de regresión del **modelo de Planeación** para el grupo control con debut sexual con tipo de pareja ocasional, aquí la **Transformación del deseo en una meta (fase predecisional)** predice el 54% de la **Conducta de uso correcto del condón**. Este hallazgo muestra que cuando los jóvenes son capaces de transformar el deseo de usar un condón en una meta, es mucho más probable que realicen la tarea de manera correcta.

Resultados: análisis de regresión.

Tabla 70. Efectos significativos de los componentes del Modelo de Planeación sobre la Conducta de Uso correcto del Condón en el grupo control con debut sexual con tipo de pareja ocasional.

Fases	Rm	R ²	F	S	B	Error estándar	BETA
Transformación del deseo en meta. (Fase predecisional)	.74	.54	15.77	.002	2.25	.566	.74

Resultados: análisis de regresión.

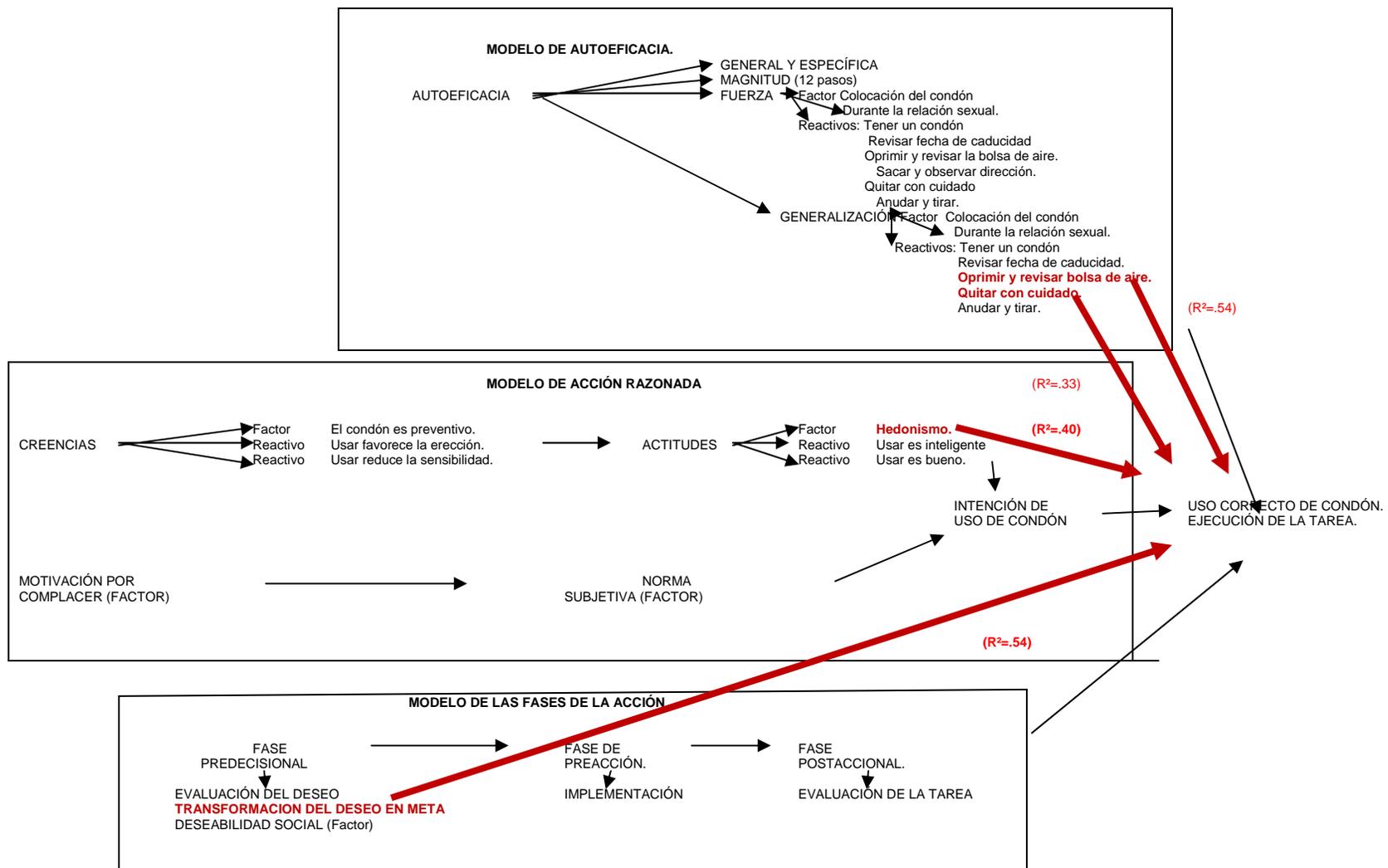


Figura 18. Modelo Multifactorial predictivo para la conducta de uso del condón en el grupo control con debut sexual con pareja ocasional.

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones.

La prevención del VIH/SIDA se encuentra perfectamente ligada a la modificación de los comportamientos de riesgo por parte de los individuos; en este trabajo se ha señalado que el uso de condón es una de las estrategias preventivas consideradas como de las más eficaces, por ello es de gran relevancia la predicción de esta conducta, así como el estimular que las personas la ejecuten de manera correcta. A través de los modelos de la Acción Razonada, de Autoeficacia y de las Fases de la Acción (Planeación) se observan importantes hallazgos con este fin. El modelo presentado en este trabajo ofrece alternativas explicativas y de intervención para generar estrategias más eficaces.

Descripción de la muestra y patrón sexual.

Las personas que participaron en este estudio son estudiantes de 3er. año de preparatoria y reportaron tener una edad promedio de 17.5 años, que es la edad en que, de acuerdo con las políticas educativas de nuestro país, los jóvenes cursan ese nivel académico. Se observó que el 50% de la población ya ha debutado sexualmente, la edad del debut sexual fue en promedio a los 15.4 años; el 50% restante aún no debuta sexualmente. De acuerdo con Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías, Rodríguez (2008) la edad promedio del debut sexual en México es entre 16 a 19 años. Así mismo, estos autores señalan que la mayoría de los jóvenes de estas edades reportan un número inferior a dos parejas sexuales a partir del inicio de su vida sexual, hallazgo encontrado también en el presente estudio. Se encontró que los jóvenes reportan tener actualmente parejas sexuales regulares, sin embargo señalan también, que han tenido parejas sexuales ocasionales, y de hecho suele ser este tipo de parejas con quienes debutaron sexualmente; estos resultados son apoyados por otros trabajos (Shelton, 1990; Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas, 2006; Cassamo, Gras y Planes 2005; Carrasco, Muñoz y Sánchez; 2003 y Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serrano García; 2009) en los que se ha encontrado que la mayoría de los jóvenes de diferentes culturas reportan tener su debut sexual con una pareja ocasional, y en ocasiones, en situaciones espontáneas.

Respecto del conocimiento y uso del condón, en este estudio se encontraron resultados similares a lo reportado por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2011), de tal manera que el total de la muestra conoce el condón, lo describe de manera adecuada y reconoce las virtudes de su uso, específicamente su aspecto anticonceptivo, lo que señala que en términos de transmisión de información, las campañas de prevención han funcionado. Sin

Discusión y Conclusiones.

embargo, desde los inicios de la pandemia se señalaba que aún cuando las personas mostraban altos niveles de información, se reportaba el uso del condón de manera inconsistente (Villagrán, 1993; Alfaro, 1995; Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez, March, 2002 y Santín, Torrico, López y Revilla, 2003). En este estudio se repite este hallazgo, los jóvenes reportan esta inconsistencia en el uso del condón en sus relaciones sexuales, independientemente del tipo de pareja, aspecto que se apoya en otros estudios (Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez y March; 2002; Santín, Torrico, López y Revilla; 2003 y Lameiras, M; Faílde, J; Bimbela, L. y Alfaro, N; 2008) que señalan que no hay asociación entre la información preventiva del uso de condón y su uso. En este mismo sentido Ruiz, E; Giménez, C. y Ballester, R. (2006) señalan que además de que los jóvenes consideran que el condón es confiable y con una alta efectividad en términos de la prevención de ETS, lo consideran como parte importante del juego sexual, de fácil acceso y bajo costo, sin embargo, no lo usan en sus encuentros sexuales debido a que se pierde la sensibilidad, temen que el condón se rompa, por la incomodidad y la vergüenza asociada a su compra, por no saber cómo se coloca y por la reacción de la pareja ante la petición de uso, aspecto que se exagera cuando se trata de jóvenes de mayor edad y con parejas sexuales regulares. La relevancia de este hecho, en términos de políticas de salud, radica en que se esperaría que los jóvenes que saben y muestran actitudes positivas hacia el condón, lo usen de manera regular, sin embargo esta inconsistencia en su uso es la que da lugar al estudio de la comprensión de las variables que intervienen en la predicción de esta conducta que preserva la salud.

Análisis Psicométricos de los Instrumentos.

Modelo de Acción Razonada.

Los resultados encontrados son similares a los encontrados por Díaz-Loving y Rivera (1994) y Alfaro (1995) respecto de la estructura del instrumento.

Para la escala de **Creencias** se encontró que los jóvenes consideran que el uso del condón les previene de embarazos no deseados (principalmente), de contagiarse de ETS y del VIH/SIDA. Además de las creencias de prevención, se reportaron características hedónicas (favorece la erección y reduce la sensibilidad) que favorecen su uso. En otros estudios (Carrasco, Muñoz y Sánchez, 2003; Noboa y Serrano, 2006; Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serrano García, 2009) se han encontrado resultados similares que señalan que las campañas de prevención han conseguido que las personas crean que el uso del condón tiene un altísimo poder de prevención y que además puede ser un elemento erótico en sus

Discusión y Conclusiones.

relaciones sexuales, aspecto de gran relevancia sobre todo cuando se trata de jóvenes que están iniciando su vida sexual por lo que puede ser muy alentador que se logre erotizar al condón.

Se observa también que, respecto de las **Actitudes**, los jóvenes consideran que el uso del condón es Hedónico (agradable, placentero, cómodo, natural y excitante), estos hallazgos son similares a los encontrados por Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis, (2008) quienes señalan que los jóvenes que inician su vida sexual vinculan de manera natural el condón con el placer asociado a la relación sexual, de tal manera que hay una predisposición óptima para su uso; además de que usarlo les hace sentirse inteligentes.

Respecto de la **Motivación por complacer** se encontró que los participantes en este estudio consideran que el uso del condón está fuertemente influenciado por lo que sus padres, sus amigos y sus parejas quisieran que ellos hagan, resultados encontrados también por Villagrán (1993), Díaz-Loving y Andrade (1994) y Alfaro (1995). Aspecto que se hace más relevante cuando se observa que la **Norma Subjetiva** (impacto que tienen las personas importantes para los jóvenes respecto del uso del condón) es un factor importante para la intención de uso de condón; en este sentido, Planes y Gras (2002) señalan que la Norma Subjetiva ha sido en muchos estudios el mejor predictor de la intención de uso de condón sobre todo en las poblaciones muy jóvenes quienes todavía se perciben bajo las reglas de crianza del hogar, aspecto que señalan, es de gran relevancia en términos de tener a la familia como el mejor vehículo para la educación psicosexual.

Se observó que las personas participantes en este estudio muestran una baja **Intención de uso de condón**, aspecto que contrasta con lo reportado en la mayoría de los estudios asociados al Modelo de Acción Razonada (Norris y Ford, 1998; Villagrán, 1993; Díaz-Loving y Andrade, 1994; Alfaro, 1995; Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis, 2008; Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis; 2008; Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008; entre otros), y que sin embargo, no necesariamente se traduce en su uso. Respecto de los hallazgos encontrados en este estudio Ruiz; Giménez, y Ballester, (2006) reportan que los jóvenes con escasa o nula experiencia sexual dicen no tener intenciones de usar un condón debido a que hay pérdida de sensibilidad con la pareja, pérdida de la concentración, una alta posibilidad de que el condón se rompa, el elevado precio de los condones, la dificultad para obtenerlos e incomodidad de usarlos, vergüenza a la hora de comprarlos, dificultad o no saber cómo se coloca, y pensar que se pone en duda la confianza de la pareja o el pensar que si traen condones es porque están buscando una relación sexual ocasional.

Discusión y Conclusiones.

Con lo anterior queda claro que los componentes del Modelo de Acción Razonada son buenos predictores de la intención de uso de condón, sin embargo se señala, que no necesariamente de la conducta. Vale la pena considerar otros elementos asociados, ya que de acuerdo con Díaz-Loving, Flores, Rivera, Andrade, Ramos, Cubas, Villagrán, Camacho, Muñiz (1992) Villagrán, (1993) y Alfaro (1995) a pesar de que al condón se le evalúa de manera positiva, se usa de manera inconsistente y las personas entrevistadas señalan que desconocen cómo se debe usar. Se sugiere que se deben considerar y especificar requisitos cognoscitivos para una adecuada promoción de conductas de autocuidado, por ejemplo Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, (2008) refieren que además de incluir los elementos típicos del Modelo de Acción Razonada se pueden considerar factores predisponentes (la intención de realizar la conducta preventiva, la habilidad autopercibida de uso con la pareja habitual, mayor número de zonas sensibles al placer sexual, norma social positiva y conocimientos sobre métodos preventivos), factores facilitadores (menor edad, género masculino, buena relación con los padres, haber usado el condón en la primera relación sexual, hablar con la pareja sobre el uso del condón y otros medios de prevención, mayor número de parejas sexuales, baja frecuencia en la penetración vaginal, así como uso del condón en la relación sexual más reciente) y reforzantes (haber sentido agobio, culpa o arrepentimiento por no tomar precauciones tras alguna práctica coito-vaginal). Así y de acuerdo con Fishbein (1980) el cambio conductual ocurrirá cuando se logra un cambio no solo en la estructura cognoscitiva de las personas sino también en factores afectivos asociados.

Modelo de Autoeficacia.

Para el modelo de Autoeficacia se observó que respecto de la **Autoeficacia General** los jóvenes se consideran muy eficaces para usar un condón en todas sus relaciones sexuales y de la misma manera respecto de la **Autoeficacia Específica**, lo que significa que se sienten altamente capaces de usar un condón en todas sus relaciones sexuales tanto con su pareja sexual regular como con las ocasionales. Si se considera que la autoeficacia es un pensamiento/sentimiento autorreferente acerca de las habilidades con las que cuenta una persona y su idea personal acerca de la ejecución de conductas, entonces parecería que se cuenta con los requerimientos mínimo-necesarios para el entrenamiento en conductas de autoprotección. Estos aspectos son comparables con lo obtenido por Planes Pedra (1995); Murphy, Stein, Maibach y Schlenger (2001); Cassamo, Gras y Planes (2005) y Gómez, Planes, Gras y Font- Mayolas (2006) quienes señalan que las poblaciones de sus distintos estudios consideran que son altamente eficaces para realizar la conducta de uso de condón, aunque se muestran más

Discusión y Conclusiones.

eficaces en la conducta general que en la específica, situación que contrasta con lo encontrado en este estudio ya que los jóvenes no señalan diferencia entre la autoeficacia general y la específica, esto se explica de acuerdo a lo reportado por Murphy, Stein, Maibach y Schlenger (2001); Uribe, Vergara y Barona (2009) y Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe (2009) quienes señalan que los jóvenes que aún no han debutado sexualmente o que tienen escasa experiencia sexual, no se han enfrentado a tener que negociar con sus parejas sexuales el uso del condón o a negarse a tener relaciones sexuales sin condón.

La escala de **Magnitud** contempla los 12 pasos considerados como los necesarios para el correcto uso del condón, aquí se observa que los jóvenes reportan un promedio de 6 de los 12 pasos esperados, este aspecto llama la atención debido a que, como se verá más adelante, los jóvenes no reportan, con mayor frecuencia, los pasos asociados a aspectos finos, pero no por ello menos importantes, asociados al uso del condón, como revisar la fecha de caducidad o manufactura, revisar la dirección en que se desenrolla y, específica y paradójicamente, tener un condón. Estos hallazgos se hacen relevantes debido a que, de acuerdo con los aspectos centrales de la teoría, la Magnitud es la jerarquía de conductas o número de pasos necesarios para realizar una conducta particular y que incrementan la dificultad para llevar a cabo la conducta pero también la eficacia en el logro de las metas (Maddux, 1995). En este sentido se ha encontrado en algunos estudios (Bandura, Adams y Beyer, 1977; Locke, Lee y Bobko, (1984); Shelton, 1990 y Gómez, Planes, Gras y Font- Mayolas, 2006) que a menor claridad en la magnitud de pasos para lograr las metas, se observa una menor sensación de éxito en las ejecuciones lo que trae como consecuencia que la persona se perciba menos eficaz y que se exponga de manera regular a situaciones de riesgo. Es muy importante considerar que la sensación y evaluación de éxito o fracaso en la ejecución de conductas son constructoras de autoeficacia, en este sentido es muy importante entrenar a los jóvenes en la conducta de uso de condón siguiendo los pasos necesarios y correctos para su ejecución.

En la escala de **Fuerza** se observaron dos factores asociados a qué tan capaces se sienten de realizar las conductas: colocación del condón (abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire y desenrollarse hasta la base del pene), y uso del condón durante la relación sexual (colocarse en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón), en ambos se perciben de mediana a bajamente eficaces para realizar las conductas, así mismo perciben bajos niveles de autoeficacia en las siguientes conductas: tener un condón, revisar la fecha de caducidad o manufactura, oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire, sacar el condón del empaque y observar la dirección en que se desenrolla,

Discusión y Conclusiones.

quitar el condón con cuidado y anudar y tirar. Estos resultados señalan que los jóvenes perciben los pasos asociados al uso del condón como dos tareas específicas: colocar el condón y cuidar su uso durante la relación sexual, además de que se observan una serie de pasos aislados lo que indica que no logran ver a todos los pasos como parte de un continuo necesario. Ante esto resultan significativos los resultados presentados por Locke, Lee y Bobko, (1984) y Schwarzer, R. y Fuchs R. (1996) quienes señalan que aún cuando las personas conocen la jerarquía de pasos necesarios para realizar una conducta de manera adecuada y con una alta probabilidad de éxito, no necesariamente se sienten capaces de realizarlos, ellos explican que puede deberse a razones de tipo emocional, social y hasta dependiente de la pareja con la que se usaría el condón, es decir, la fuerza de la autoeficacia muchas veces depende de la otra u otras personas, que es lo que estos autores han llamado autoeficacia social.

Respecto de la escala de **Generalización** se encontraron resultados similares a los encontrados en la escala de Fuerza, se observó que los jóvenes se sienten medianamente capaces de generalizar las conductas asociadas a la colocación del condón a todas sus relaciones sexuales (abrir sin dañar con uñas o dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarse hasta la base del pene) y poco capaces de generalizar su uso durante la relación sexual (sacar el condón y observar la dirección en que se desenrolla, colocarse en el pene erecto, durante la relación sexual revisar que el condón siga en el borde del pene y después de la eyaculación detener el condón), se observaron también bajos niveles de autoeficacia en la generalización de las siguientes conductas: tener un condón, revisar la fecha de caducidad o manufactura, oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire, quitar el condón con cuidado y anudar y tirar. Lo anterior señala que, de acuerdo con lo encontrado en otros trabajos (Bandura, Adams y Beyer, 1977; Sherer y Maddux, 1982; Shelton, 1990; Maddux, 1995; Schwarzer, R. y Fuchs R. 1996; Murphy, Stein, Maibach y Schlenger; 2001), la generalización de la autoeficacia, que está altamente vinculada con las ejecuciones del pasado y con las ejecuciones del futuro, se muestra muy influenciada por una magnitud incompleta del número de pasos necesarios para realizar la conducta de manera exitosa, así como con la fuerza o convicción de realizar esos pasos, así, si la ejecución está fuertemente relacionada con experiencias percibidas como poco exitosas es poco probable que se desee generalizarlas a otros contextos.

Discusión y Conclusiones.

Modelo de Planeación.

Fase predecisional.

En la fase predecisional se observa que en el componente de la **Evaluación del deseo** la mayoría de los jóvenes reportan que desean usar el condón en sus relaciones sexuales. Gollwitzer (1996) señala que el primer elemento importante para la consecución de metas que coloquen a las personas en situaciones de prevención y de salud, radica en desear realizar la conducta, lo que dará como resultado la predisposición a implementar un plan de acción y a realizar la conducta hasta alcanzar la meta; sin embargo es muy importante considerar que existen otros factores asociados a la percepción del deseo y que están en competencia con otros deseos presentes en el individuo, en este caso es sumamente relevante este aspecto, debido a que el deseo de usar el condón compite fuertemente con el deseo de tener una relación sexual, lo que lleva a considerar la generación estrategias que permitan que se asocie el deseo de tener la relación sexual con el deseo de usar un condón, ante ello se observa la importancia del siguiente componente: **transformación del deseo en una meta**, en este aspecto, la muestra que participó en este estudio señaló que es muy probable que si desean usar el condón hagan las labores cognoscitivas necesarias para transformar el deseo en una meta alcanzable, lo que les llevará a evaluar los costos y los beneficios de la realización de la conducta. En este sentido, Gollwitzer (1993) y Heckhausen y Gollwitzer (1987) señalan que el gran beneficio de transformar el deseo en una meta radica en que la persona hace una especie de compromiso personal con el logro y la consecución de la meta, lo que le llevará a la preservación de la salud. En esta misma fase se contempla el componente de **deseabilidad social**, en el que se observa que los jóvenes participantes consideran que es muy importante que las personas significativas para ellos creen que usar el condón es deseable, adecuado, ideal y conveniente. Así, para que las personas hagan ese fuerte compromiso para la elaboración, implementación y ejecución de un plan de acción, White, K. M., Terry, D. J. y Hogg, M. A., (1994) Stock y Cervone (1990, en Abraham, Sheeran, Norman, Conner, De Vries y Otten, 1999) han señalado que se debe mostrar coherencia con las personas significativas del entorno social como son la pareja, la familia y los amigos. Con lo anterior se observa que teniendo a favor el deseo de usar el condón, la probabilidad de transformar el deseo en una meta y estar en congruencia con las personas importantes, los sujetos están en condiciones de generar un **set mental**.

Discusión y Conclusiones.

Fase preaccional.

En esta fase se observa que los jóvenes al **implementar** un plan de acción son capaces de contemplar, en promedio, 8 de los 12 pasos necesarios para el correcto uso del condón. Es muy importante observar que los pasos que, en general, no fueron tomados en cuenta fueron: tener un condón, revisar la fecha de caducidad o manufactura, oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire, observar la dirección en que se desenrolla, después de la eyaculación detener el condón y anudar y tirar. Estos pasos son los menos conocidos por las personas, en general, como parte importante del proceso de usar un condón de manera correcta, obvio es decir que cada uno de estos pasos tiene una importancia en si misma que deriva en la prevención de embarazos, de ETS y específicamente de la infección por VIH. En este sentido, estudios previos señalan que aún cuando se sabe que los planes pueden ser completos, incompletos, mixtos, simples y complejos, es mejor entrenar a las personas a que realicen y ejecuten planes completos que les garanticen el logro de la meta y que focalicen conductas específicas logrando una buena disposición perceptual, así, tendrán pocas opciones de negociación y cambio respecto de los pasos que los componen y que eviten factores distractores, sobre todo respecto de conductas que ayuden a la preservación de la salud de las personas, de tal forma que la **autodefinición o sensación de completud** que se propone como el fin último de los procesos de planeación, se logre (Steller, 1992; Gollwitzer, 1993; Gollwitzer y Bargh, 1996; Brunstein y Gollwitzer, 1996). Además de que con esta sensación de completud, puede operarse en contra de lo que los autores han llamado **control ilusorio y falsas expectativas de optimismo**, que señala que aún cuando la tarea sea compleja, se tenga sensación de ineficacia para realizarla y se observen distracciones en su ejecución, las personas actúan en función de pensamientos, sentimientos y conductas de invulnerabilidad y control que, por supuesto, se asocian a los problemas para llegar a cumplir metas y devuelven a la persona sensaciones de bajo éxito, tanto en la ejecución como en la meta en si misma (Gollwitzer, Heckhausen y Steller, 1990; Taylor y Gollwitzer 1995; Gollwitzer y Oettingen, 1998; Gollwitzer, y Schaal, 1998; Bayer, Achtziger, Gollwitzer, y Moskowitz, 2009; Achtziger y Gollwitzer, 2010; Bayer, Gollwitzer, y Achtziger, 2010 y Gollwitzer, Gawrilow, y Oettingen, 2010). Lo anterior señala que ante una definida implementación de intenciones es difícil que las personas dejen de prestar atención aún cuando pudieran existir otras situaciones importantes como aburrimiento, cansancio, emociones fuertes u otras metas perseguidas, además de ofrecer un menor control ilusorio y una mejor autodefinición (Gollwitzer, Brandstätter, Malzacher, Mertin y Steller; 1993, en Gollwitzer, 1996).

Discusión y Conclusiones.

Fase accional.

En esta fase se observó que los jóvenes participantes en este estudio ejecutaron, en promedio 7.28 de los 12 pasos esperados para el correcto uso del condón. Los pasos que, en promedio, no se ejecutaron fueron: tener un condón, revisar la fecha de caducidad o manufactura, oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire, durante la relación sexual revisar que el condón siga en el borde del pene, después de la eyaculación detener el condón y anudar y tirar. Se observa que, de acuerdo con la teoría, las conductas que se ejecutan son las que las personas consideran dan dirección y llevan a la consecución de la meta, siempre y cuando se responda a las demandas y a las oportunidades situacionales (Gollwitzer, 1993). Lo observado en esta fase es también, producto de la fase anterior, en el sentido en el que si en la implementación del plan no están contemplados ciertos pasos seguramente no se ejecutarán o se reportarán variaciones relevantes en la presencia de los pasos. En este sentido, se confirma lo encontrado a lo largo de la literatura sobre el Modelo de las Fases de la Acción que señala que la Implementación de Intenciones es el componente más importante del modelo, ya que de esta dependerá el éxito o fracaso de las ejecuciones. De acuerdo con los autores, implementar intenciones genera sets mentales y con estos es posible planear, y al planear se favorece dirigir estrategias al logro de metas que suelen ser vulnerables a factores distractores, lo que permite solucionar problemas conductuales, además tiene la finalidad de incrementar los esfuerzos y la persistencia para el logro de metas y para generar estrategias para acciones futuras (Gollwitzer, 1990; 1993; Gollwitzer y Heckhausen, 1996). En este sentido, en el ánimo de que el modelo de las fases de la acción sea del todo eficiente es muy importante dirigir las intervenciones futuras a la Implementación de intenciones de tal manera que con ellas se logre que las acciones dirigidas a la meta se conviertan en prácticas rutinarias, además de que se tomen en cuenta factores muy importantes para la ejecución de los planes: decidir el cuándo, dónde, cómo y durante cuánto tiempo de las conductas que darán sentido al deseo original (Gollwitzer 1990).

Fase postaccional.

En esta parte del modelo se evalúa el logro de la meta a partir del deseo y sobre todo comparado con la implementación del plan, es decir, se contempla si lo que se logró es lo deseado y si se logró cómo se tenía planeado (Steller, 1992; Gollwitzer, 1993; Gollwitzer y Bargh, 1996; Brunstein y Gollwitzer, 1996). En el presente estudio se encontró que los jóvenes evaluaron su desempeño en la tarea de acuerdo como lo deseaban, además de que consideraron que la ejecución fue

Discusión y Conclusiones.

tal como la implementaron. Si el deseo era colocar un condón y hacerlo correctamente y de acuerdo con el número de pasos necesarios, entonces en función de su evaluación, lo lograron. Sin embargo, llama la atención que el número de pasos implementados y ejecutados no son todos los necesarios para el uso correcto del condón, de tal manera que es muy importante considerar que probablemente la plática que se dio a los jóvenes para implementar correctamente la conducta, no enfatizó en algunos de los puntos, que aunque son menores, son igual de importantes que los que si implementaron y realizaron, por ejemplo, revisar la fecha de caducidad es importante, debido a que, como cualquier producto con fecha de caducidad, decremента su eficiencia después de esa fecha, de la misma manera es muy importante considerar el paso que señala la forma correcta de desempacar el condón ya que de hacerlo incorrectamente puede rasgarse y permitir el libre flujo de líquidos sexuales, así mismo se considera que el paso que habla de revisar hacia donde se desenrolla el condón es muy importante; se ha documentado (Murphy, Stein, Maibach y Schlenger, 2001; Gómez, Planes, Gras y Font- Mayolas, 2006; Uribe, Vergara y Barona, 2009) que en muchas ocasiones las personas al usar un condón suelen colocarlo al revés y eso no solo dificulta quitarlo y ponerlo, sino que sobre todo hace absolutamente ineficiente su uso. Esta evaluación, que hacen los sujetos parte del estudio como correcta, resulta de especial preocupación porque no se observa consciencia de los errores cometidos, sobre todo porque, de acuerdo con la teoría, el resultado de la evaluación es hacer una comparación con la deliberación original, en el caso de que sean similares se crean sets mentales, pero si no, se genera una nueva deliberación, ya sea de otro deseo o una adecuación del mismo que dará lugar a una reevaluación de la factibilidad y viabilidad del deseo original lo que dará lugar, en el mejor de los casos, a una mejor ejecución o en el peor, a un abandono de la meta.

Eficacia del tratamiento experimental.

Para la realización del presente estudio se contemplaron las características de método y diseño de los estudios de Forsyth, Carey y Wayne-Fuqua, (1997) y Abraham, Sheeran, Norman, Conner, Vries y Otten (1999) quienes desarrollaron trabajos similares encontrando, a su vez, resultados comparables en términos de la eficacia del tratamiento experimental a través de la técnica del “role-playing”. En estos estudios se señala que cuando las personas “ensayan”, en situaciones imaginarias o simuladas, muestran incrementos en la autoeficacia percibida, así como mejoría en la implementación de intenciones de acción, que incluyen la claridad y certeza acerca de los pasos necesarios para la ejecución de los planes

Discusión y Conclusiones.

y el logro de las metas. La mayor aportación de este tipo de tratamientos experimentales radica en que es posible observar e incidir en conductas relevantes ante las que se tiene poco acceso en la realidad, como el uso del condón, y lograr que las personas mejoren sus ejecuciones a través de la implementación de nuevas estrategias; es posible reducir las dudas de las personas acerca de sus ejecuciones, tomar consciencia de los errores y evitarlos a través de la retroalimentación y, especialmente, porque se incide en el terreno de los miedos individuales acerca de las ejecuciones de conductas y todos los elementos asociados a ésta como la negociación y la percepción individual y social. Se concluye que este tipo de estrategias metodológicas se convierten en constructoras de autoeficacia, ya que de acuerdo con la teoría, las creencias de autoeficacia y la ejecución de conductas son fenómenos diferentes y al unirlos en un escenario simulado, es posible pasar de la predicción de la intención a la predicción de la conducta correcta. Así mismo este tipo de intervención experimental lleva a la construcción de implementación de intenciones y de sets mentales, en el sentido en el que al enseñar a las personas que existen “pasos” necesarios para la ejecución de conductas, entonces las personas crean una especie de compromiso entre las acciones que se deben ejecutar porque las personas identifican, coordinan y monitorean un conjunto de pasos y no pasos aislados, además de que cada paso será el antecedente obligado del paso siguiente y dará lugar al “cómo cuándo y dónde” que hace característica a la implementación de intenciones, creación de sets mentales y su ejecución. Para posteriores estudios será muy importante incluir el “Contraste Mental” (Adriaanse, Gollwitzer, De Ridder, De Wit y Kroese; 2011) que implicaría que las personas piensen en la relevancia de lo positivo y lo negativo que tendría como consecuencia la ejecución de las conductas que forman parte del plan y a partir de ello, tomar las decisiones pertinentes. Así, el propósito final será que las viejas formas de conducta de las personas sean sustituidas por las nuevas conductas producto de la planeación y que se activen de manera automática casi como un hábito.

De acuerdo con el análisis de medias realizado para medir la eficacia del tratamiento experimental en la **magnitud (modelo de autoeficacia)** se encontró que hay asociaciones significativas en 9 de los 12 pasos adjudicables al grupo experimental. Los pasos en los que no se observaron diferencias fueron “tener un condón, abrir sin dañar con uñas y dientes y desenrollarse hasta la base del pene”. Para el componente de **implementación** del modelo de **planeación** se encontraron asociaciones significativas en 7 de los 12 pasos que de acuerdo con el análisis son atribuibles también al grupo experimental, los pasos no significativos fueron “abrir sin dañar con uñas y dientes, apretar la punta para sacar el aire, desenrollarse hasta la base del pene, quitar el condón con cuidado y

Discusión y Conclusiones.

anudar y tirar”. Finalmente en el componente de **acción del modelo de planeación** se encontró que 7 de los 12 pasos mostraron asociaciones significativas que también se debieron al grupo experimental. Los pasos no significativos fueron “tener un condón, abrir sin dañar con uñas y dientes, sacar y observar las dirección en que se desenrolla, colocarse en el pene erecto y desenrollarse hasta la base del pene”.

Por otro lado, se observó también, al realizar un análisis diferencial para observar la eficacia experimental, que para el modelo de **autoeficacia** tanto en la **magnitud como en la fuerza y en la generalización** se observaron diferencias estadísticamente significativas atribuibles al grupo experimental, es decir que el grupo experimental contaba con una mayor jerarquía de pasos, una mayor convicción de realizar los pasos que componen esa jerarquía, así como una mayor probabilidad de generalizarla a otras situaciones y contextos. En el **modelo de planeación** se encontró que en la **implementación (fase preaccional)** el grupo experimental implementó planes más completos y complejos que el grupo control, así mismo en la **acción (fase accional)** se observó que el grupo experimental realizó más conductas correctas que el grupo control.

Lo anterior se soporta con lo reportado por Sherer y Maddux (1982); Manning y Wright (1983); Perkins, Murphy y Evans (1993); Winter y Goldy (1993); Rosthsparn y Read, (1996); White, Terry y Hogg (1994); Waldron, Caughlin y Jackson (1995); Murphy, Stein, Maibach y Schlenger, (2001); Ruiz, E; Giménez, C. y Ballester, R. (2006); Gallegos, Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas (2006); Noboa y Serrano (2006); Holland, Aarts, y Langendam (2006); Parks-Stamm, Gollwitzer y Oettingen (2007); Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis, (2008); Uribe, Vergara y Barona (2009); Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe (2009); Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serrano-García (2009); Bayer, Achtzinger, Gollwitzer y Moskowitz, (2009) y Adriaanse, Gollwitzer, De Ridder, De Wit y Kroese (2011), entre otros, quienes señalan que en los estudios sobre autoeficacia, planeación y predicción de conductas de prevención, el control experimental garantiza que las personas logren formar intenciones de conducta, incrementen su sensación de autoeficacia tanto general como específica y de manera particular la autoeficacia social para que contemplen lo que otras personas consideran importante que ellos hagan; y sobre todo les lleva a garantizar que las personas ejecuten conductas que preserven su salud con un importante nivel de éxito y con una amplísimo nivel de predicción, ya que se observan importantes procesos postdecisionales autoregulatorios en los que se han incluido elementos de información, elementos de seguridad, factores emocionales, aceptabilidad personal y social, así como los obstáculos psicológicos individuales.

Discusión y Conclusiones.

Análisis del Modelo por grupo.

Ahora se presentan los análisis de cada uno de los grupos con las variables medidas que conforman los distintos modelos. Se corrieron análisis de correlación y de regresión para los Modelos de Acción Razonada, Autoeficacia y de Planeación para los grupos: muestra total, grupo experimental, grupo control, grupo con debut sexual, grupo sin debut sexual, grupo con pareja sexual regular, grupo con pareja sexual ocasional, grupo experimental con debut sexual con pareja sexual regular, grupo experimental con debut sexual con pareja sexual ocasional, grupo control con debut sexual con pareja sexual regular y grupo control con debut sexual con pareja sexual ocasional .

Análisis del Modelo para la Muestra total.

En la muestra total se observó que, en el **Modelo de Acción Razonada**, cuando los jóvenes tienen la creencia de que el condón es preventivo (previene embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA) entonces consideran importante lo que sus padres, amigos y su pareja opinan acerca de que ellos usen el condón (Norma subjetiva), así mismo se observó que las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con las actitudes de que usar el condón es bueno e inteligente y con la creencia de que no reduce la sensibilidad durante la relación sexual, sin embargo, aún cuando reconocen sus características hedónicas no muestran una contundente intención de uso. La Motivación por complacer se relaciona con lo que sus padres, amigos y pareja piensan acerca de que usen el condón, con la creencia de que usar condón favorece la erección y con la actitud de que usar condón es muy bueno. Además, a pesar de que existe la creencia de que usar condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual consideran que su uso es inteligente y bueno, si es que las personas importantes para ellos así lo consideran. La actitud acerca de que usar un condón es inteligente se asocia de manera importante con la idea de que es bueno usarlo, y ante ello muestran una importante intención de uso. Lo anterior se encuentra apoyado en los estudios que se han realizado con el Modelo de Acción Razonada en población general (Lameiras, M; Faílde, J; Bimbela, L. y Alfaro, N., 2008; Ruiz, E; Giménez, C. y Ballester, R. 2006) que señalan que el hecho de tener más conocimientos acerca del condón y las ventajas de su uso (el condón es altamente confiable en la prevención de ETS, consideran que es fácil tener acceso a él, que es de bajo costo, que favorece lo que han llamado “higiene sexual” y que hacerlo hace a las personas inteligentes y confiables y por ello sexualmente atractivas), así como de la importancia que tiene esta conducta para las personas importantes, ya sea por

Discusión y Conclusiones.

ser de autocuidado o de cuidado para la pareja y la familia, son rasgos importantes de la población, pero no necesariamente se refleja en una decidida y contundente intención de uso, además de que en este estudio no se encontró relación con las conductas asociadas al uso correcto del condón; como señalan Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro (2006), las actitudes positivas hacia el condón puede aumentar la intención de uso, sin embargo el uso es irregular.

En el **modelo de Autoeficacia** se encontró que en la muestra total existen relaciones entre casi todos los componentes del modelo, además de que en casi todos se observa relación con la ejecución de las conductas asociadas al uso del condón, así, de acuerdo con Bandura (1992), los jóvenes muestran una importante sensación de autoeficacia asociada a las conductas necesarias para usar un condón, de tal forma que conocen los pasos necesarios y consideran que son capaces de llevarlos a cabo; muestran una sensación de control de sus conductas, ya sea que las ejecuten con éxito o no, lo que les permite evaluar la dificultad en el logro de las metas, en este sentido se sabe que las creencias de autoeficacia influyen en lo que los autores han llamado “procesos postdecisionales autorregulatorios” de tal forma que influye en la promoción de conductas relacionadas, para que las personas se comprometan en la consecución de metas mucho más complejas y ambiciosas, como se observa, los jóvenes muestran altos niveles de autoeficacia respecto de las conductas necesarias para el uso correcto del condón, y se observan fuertes relaciones entre ellas; la percepción de autoeficacia general y específica se relacionan, así como los elementos que componen al modelo: magnitud, fuerza y generalización. Es importante señalar que en este modelo las relaciones entre los factores son mucho más importantes que las encontradas en los reactivos independientes, aspecto que cambia en los otros modelos.

Es de particular atención señalar que, tanto en este modelo como en los otros, la conducta “Tener un condón” no se relaciona prácticamente con ningún otro componente del modelo de autoeficacia, aspecto que resulta relevante al considerar lo señalado por Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis (2008) al señalar que la falta de disponibilidad y/o la sensación de no tener acceso a conseguir un condón es un gran factor asociado no solo obviamente a la ejecución de la conducta, sino particularmente asociado a la intención, de tal forma que se deben buscar estrategias especialmente enfocadas a la mejoría en la sensación de autoeficacia de esta conducta en particular.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en la muestra total, en la fase Predecisional, al desear usar un condón los jóvenes pueden transformar ese deseo en una meta a través de una predisposición cognoscitiva que les llevará a crear planes de acción, en este sentido Gollwitzer (1990, 1993, 1996) señala que

Discusión y Conclusiones.

el deseo de ejecutar una conducta se relaciona con la expectativa en el cumplimiento de las metas, ya que se hace una evaluación anticipada de las consecuencias positivas o negativas de la ejecución de las conductas para alcanzar las metas, sin embargo, aún cuando los jóvenes deseen usarlo y tengan la disposición para su uso, consideran que la Deseabilidad Social es un factor que se contrapone a estos, ya que consideran que las personas importantes para ellos creen que usar el condón es indeseable, inadecuado, no ideal e inconveniente, Sheeran, Milne, Weeb y Gollwitzer (2005) señalan que la discrepancia entre las intenciones y las conductas radica en que a pesar de que las personas consideren de que deben usar el condón, que es adecuado usarlo y que se sientan capaces de hacerlo, el factor normativo es de suma importancia; en este caso, es relevante el hecho de que en la muestra total, la mitad de la población aún no ha tenido debut sexual, y los que sí lo han tenido no es del conocimiento y/o aceptación de sus padres, por la edad; de tal forma que se observa que ante esta percepción de lo que sus padres creerían, entonces resulta menos viable que ejecuten el plan. Se encontró también que, en la fase Preaccional, la Implementación de las conductas necesarias para alcanzar la meta se relacionan con la fase Accional, es decir, si los jóvenes implementan un plan de acción en el que se contemplan el número de pasos necesarios para su ejecución, las conductas serán ejecutadas en función de este plan; como se ha señalado (Gollwitzer y Brandstätter, 1997; (Gollwitzer, 1993, 1999; Bargh y Gollwitzer, 1994; Gollwitzer, Lee-Chai, Barndollar y Trötschel, 200; Holland, Aarts, y Langendam, 2006, entre otros) la implementación de intenciones es el mejor predictor de las conductas que conforman la consecución de la meta. Sin embargo, aún cuando este plan de acción sea incompleto o se halla ejecutado de manera incorrecta, los jóvenes hacen una evaluación positiva de su desempeño (Fase Postaccional), lo que puede ser un problema en el sentido en que no hay consciencia de errores cometidos, lo que se asocia con lo planteado por Gollwitzer y Kinney (1989) y Taylor y Gollwitzer (1995) cuando señalan que lo que han llamado “control ilusorio” es un factor determinante, ya que las personas aún cuando no han desempeñado adecuadamente la tarea hacen una evaluación positiva atribuible a mejorar la autoestima y que a cambio no les permite hacer una evaluación objetiva de su desempeño y por tanto corregir o mejorar sus ejecuciones.

Respecto de los análisis de regresión realizados para la muestra total se encontró que la actitud de **Usar el condón es bueno** del **Modelo de Acción Razonada** es un elemento que predice la conducta de uso de condón. En la gran cantidad de estudios realizados con el Modelo de Acción Razonada para predecir conductas, siempre se ha encontrado que las actitudes suelen ser un factor altamente influyente en las intenciones de ejecución de conductas, ya que las actitudes son

Discusión y Conclusiones.

elementos que llevan a las personas a un estado de predisposición para la ejecución de las conductas y que está mediado por la evaluación que hacen las personas acerca del objeto o meta a alcanzar, es un elemento importante debido a que contempla elementos cognoscitivos, emocionales y conductuales y que tienen un alto nivel de permanencia y consistencia en la persona (Villagrán, 1993) lo que implica que las actitudes positivas hacia el uso del condón pueden favorecer su uso.

La Magnitud (conocimiento del número de pasos necesarios para la ejecución de una conducta) del Modelo de Autoeficacia es el mejor predictor de la conducta de uso de condón en este grupo, lo anterior es relevante de acuerdo a lo preceptos de la teoría; la sensación de control es uno de los elementos más importantes del modelo en el sentido en el que las personas sientan que sus ejecuciones son autocontroladas y la mejor manera de tener este autocontrol radica en que haya un conocimiento absoluto de la estrategia asociada al logro exitoso de la meta. Abraham, Sheeran, Norman, Conner, De Vries y Otten (1999), Locke, Lee y Bobko (1984) y Murphy, Stein, Maibach y Schlenger (2001) señalan que las expectativas de autoeficacia están en función del tipo de conducta que se va a ejecutar, pero sobre todo en función del conocimiento de los pasos que conforman el plan y que hacen más o menos complejo al plan de acción.

La Implementación (la contemplación de los pasos necesarios para la ejecución del plan) y la Evaluación de la Tarea del Modelo de Planeación juntos predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. La implementación, de acuerdo con los hallazgos teóricos encontrados, es el componente del Modelo de las Fases de la Acción que mejor explica el impacto y la relevancia de los planes para la consecución de metas, debido a que las personas son capaces de observar una serie de procedimientos cognoscitivos que les permitirán, por un lado, observar un set mental, pero sobre todo anticipar las ejecuciones y poder valorar la viabilidad tanto de las conductas como de las metas, les permite comparar sus planes actuales con ejecuciones del pasado y poder evaluar anticipadamente sus ejecuciones en el ánimo de autoprotegerse mejor (Gollwitzer, Heckhausen y Ratajczak, 1990 y Gollwitzer, 1993). Respecto de la Evaluación es de relevancia en el sentido en el que las personas pueden ser capaces de comparar su ejecución con el plan implementado y en el mejor caso mejorarlo para ejecuciones posteriores, así como para la creación de sets mentales para modificar hábitos viejos que son obsoletos en función de metas novedosas y con una buena evaluación de su desempeño las personas consiguen lo que los autores de esta teoría han llamado “sensación de completud” o “autodefinición”.

Análisis por condición experimental.

Análisis del Modelo para el Grupo Experimental.

En el grupo Experimental se observó que, en los chicos que recibieron el taller, las actitudes hedónicas (**Modelo de Acción Razonada**) hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con la actitud de que usar el condón es bueno y creen que usarlo no reduce la sensibilidad durante la relación sexual, este aspecto es de relevancia debido a que a lo largo de las investigaciones sobre la promoción del uso del condón se ha insistido en la importancia de su erotización. En este y otros estudios (Hamers y Downs, 2004; Rivera y Díaz, 1994; Alfaro, 1995; Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis, 2008) se ha encontrado que a menor edad de la población y menor experiencia sexual es más sencillo erotizar al condón, se han observado mejores actitudes y creencias adjudicables a sus virtudes eróticas y se puede lograr un uso más consistente. Se observa también que la Motivación por Complacer se relaciona con la Norma subjetiva, de tal forma que si para sus padres, amigos y pareja es importante que ellos usen condón, entonces estarán dispuestos a complacerlos, este aspecto está fuertemente apoyado en la literatura del tema (Maticka-Tyndale, 1991; Alfaro, 1995; Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill, y Aymerich, 2007; Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008) al señalar que la influencia social es un factor asociado de manera consistente con la ejecución de conductas que, en el mejor de los casos, preservan la salud, además vale la pena considerar que este impacto de la norma subjetiva en la ejecución de conductas podría conformarse en lo que algunos autores han llamado *autoeficacia social* (Bandura 1977, 1982, 1989; Locke, Lee y Bobko, 1984; Shelton, 1990; Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas, 2006). La creencia de que usar el condón no reduce la sensibilidad durante la relación sexual se relaciona con la actitud acerca de que usar el condón es bueno y al ser bueno es inteligente, sin embargo, no consideran que usarlo favorezca la erección, además de reportar bajas intenciones de uso, a pesar de que los jóvenes consideran que el condón es preventivo (previene embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA) muestran una baja intención de uso y ésta se relaciona de manera negativa con la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. Este aspecto ha sido reportado también de manera consistente en otros estudios (Díaz-Loving y Rivera, 1994; Murphy, Stein, Maibach y Schlenger, 2001 y Uribe, Vergara y Barona, 2009, entre otros) al señalar que a pesar de que las personas contemplan al condón como hedónico y preventivo no se observa de manera contundente este impacto en la intención de uso, lo que ha dado lugar a la necesidad de hacer estudios mucho más específicos que permitan explicar esta incongruencia teórica; Fishbein y Ajzen (1989) señalaban que si bien las creencias negativas son precursoras de

Discusión y Conclusiones.

prejuicios y falsas ideas que a su vez llevan a conductas de riesgo, las creencias positivas, que promueven actitudes positivas, deberían llevar a conductas de autocuidado y protección, sin embargo se ha explicado (Cassamo, Gras y Planes, 2005 y Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe, 2009) que deben existir otros factores que imposibilitan este aspecto, se ha señalado que elementos como la vergüenza asociada a comprar condones, pedir a la pareja que lo usen, no aceptar tener relaciones sexuales si la pareja no se acepta el uso del condón etc. pueden ser elementos que explican la inconsistente intención de uso de condón y la mala ejecución de la tarea, a pesar de que los miembros de este grupo recibieron información para ejecutar la conducta de manera eficaz.

En el **modelo de Autoeficacia** se encontró que a diferencia de lo encontrado en la muestra total, la Autoeficacia General y la Autoeficacia Específica se relacionan con elementos limitados, se observa que si bien la Autoeficacia General es un rasgo de personalidad de que se puede generalizar a otras conductas y la Específica se refiere a conductas particulares (Bandura, 1977), entonces se observa que el grupo experimental se siente más eficaz para realizar conductas específicas pero que no logra llevar esta sensación a la autoeficacia general, para la mayoría de los elementos del modelo, los jóvenes que conforman este grupo reportan relaciones con la conducta de uso de condón, este aspecto resulta relevante en el sentido en el que el tratamiento experimental lleva a incrementar la sensación de autoeficacia específica con la finalidad de generar una cadena de conductas que lleven a completar la secuencia de pasos necesarios para usar el condón, aspecto que se observa en la magnitud que muestra relaciones con casi todos los elementos del modelo.

Un aspecto de suma relevancia que aparece en la muestra total y que se repite en este modelo, es el hecho de que no se observan relaciones entre los componentes del modelo con la conducta de tener un condón más que entre la sensación de eficacia de tenerlo y la de generalizar esta conducta; este aspecto es muy importante ya que la literatura ha marcado que la magnitud como componente de suma importancia en el modelo de autoeficacia se conforma por un conjunto de pasos que llevan a la creación de un plan de acción, se señala que los pasos se conforman en una jerarquía de tal manera que van asociados unos a otros (Bandura, Adams y Beyer, 1977 y Sherer y Maddux, 1982); así mismo se señala que unos pasos tendrían que ser más importantes que otros y sin duda tener un condón es un paso primordial para usarlo. Este hallazgo se repite en estudios realizados por Bandura (1994); Murphy, Stein, Maibach y Schlenger (2001); Gómez, Gras y Planes (2005) entre otros, en donde se señala que los jóvenes muestran una baja sensación de eficacia para conseguir un condón, reportan que

Discusión y Conclusiones.

es algo que les causa vergüenza, que no saben en dónde conseguirlo, que es caro, que no saben cómo usarlo, etc. y ante la falta del condón por supuesto se reporta una baja intención de uso y malas ejecuciones en la conducta.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo experimental, en la fase Predecisional, el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta y con la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón; este aspecto señala que, de acuerdo con los preceptos teóricos (Gollwitzer, 1990, 1993, 1996, Gollwitzer y Brandstätter, 1997; Holland, Aarts, y Langendam, 2006; Parks-Stamm, Gollwitzer y Oettingen, 2007) la fase predecisional lleva a las personas a hacer consciencia de lo que desean hacer y generar una predisposición conductual, se hace un balance de los deseos y se evalúa la viabilidad de éstos de tal forma que da lugar a las estrategias cognitivas que llevarán a la implementación del plan y a su ejecución con el fin de alcanzar la meta. Se encontró también que la transformación del deseo en una meta se relaciona de manera negativa con la deseabilidad social, este aspecto resulta preocupante porque a pesar de sentir que desean alcanzar la meta y evaluar que es viable consideran que las personas importantes para ellos creen que usar el condón es indeseable, inadecuado, no ideal e inconveniente, este aspecto ha sido muy estudiado (Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas, 2006, entre otros) y se reporta que la discrepancia entre las intenciones y las conductas radica en que a pesar de que las personas consideren de que deben usar el condón, que es adecuado usarlo y que se sientan capaces de hacerlo, el factor normativo es de suma importancia por lo cual se hace muy importante trabajar con el grupo social al que pertenecen los jóvenes con la intención de darle al uso del condón un carácter de legitimidad en el terreno de la promoción de la salud sexual y de su preservación.

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo Experimental se encontró que del **Modelo de Acción Razonada, la Intención de uso de condón, la Magnitud del Modelo de Autoeficacia y la Implementación del Modelo de Planeación** juntos predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. Lo encontrado en este grupo señala que, de acuerdo con los preceptos teóricos de cada uno de los modelos, cada uno de estos componentes es el más importante como predictor de conductas. Llama la atención que en este grupo en particular el hecho de que los jóvenes no tengan la intención de usar el condón prediga su ejecución, tal vez sea un resultado alentador en el sentido en el que los jóvenes a pesar de no tener la intención sepan cómo usarlo, ahora la tarea será incrementar la intención de uso. Se observa que la magnitud plantea que al tener consciencia de los pasos necesarios para realizar la conducta se puede

Discusión y Conclusiones.

hacer una mejor evaluación de la autoeficacia percibida que lleva a incrementar la probabilidad de ejecutar las conductas, y la implementación es el elemento más importante del modelo de las Fases de la Acción, para poder ejecutar un plan ya que se están contemplando todos los pasos para conseguir la meta de tal manera que se perciben como una cadena de hechos que podrían garantizar el éxito en la conducta preventiva (Villagrán, 1993; Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez, March, 2002; Santín, Torrico, López y Revilla, 2003; Ruiz, E; Giménez, C. y Ballester, R., 2006; Abraham, Sheeran, Norman, Conner, De Vries y Otten, 1999; Bayer, Achtzinger, Gollwitzer y Moskowitz, 2009 y Adriaanse, Gollwitzer, De Ridder, De Wit y Kroese, 2011).

Análisis del Modelo para el Grupo Control.

En el Grupo Control se observó que, en el Modelo de Acción Razonada, las creencias acerca de que el condón es preventivo (previene embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA) se relaciona con lo importante que es para los jóvenes lo que sus padres, amigos y su pareja consideran acerca de que ellos usen el condón (Norma subjetiva), así mismo se observó que las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con las actitudes de que usar el condón es bueno e inteligente y con la creencia de que no reduce la sensibilidad durante la relación sexual, sin embargo, no muestran una contundente intención de uso. Cuando los chicos consideran que para sus padres amigos y pareja es importante que usen condón ellos están dispuestos a complacerlos ya que usar un condón es muy inteligente y muy bueno. Así mismo, al darle importancia a lo que sus padres, amigos y pareja piensan, entonces creen que usar un condón favorece la erección, sin embargo, consideran también que reduce la sensibilidad durante la relación sexual. La creencia de que usar el condón favorece la erección se relaciona con la actitud de que usar el condón es muy bueno y este con la actitud de que usar un condón es muy inteligente, así mismo cuando se cree que usar el condón no reduce la sensibilidad durante la relación sexual entonces se tiene la actitud de que usar el condón es muy bueno. Sin embargo, a pesar de lo anterior los jóvenes no muestran intención de uso de condón, además de que su ejecución no es buena.

Comparando estos resultados con los encontrados en el grupo experimental se observa que para ambos grupos son importantes las características tanto hedónicas como preventivas asociadas al uso del condón y en ese sentido se observan tanto creencias como actitudes positivas hacia su uso, aspecto que ha sido encontrado a lo largo del tiempo en estudios similares (Díaz-Loving, Flores,

Discusión y Conclusiones.

Rivera, Andrade, Ramos, Cubas, Villagrán, Camacho, Muñiz; 1992; Villagrán, 1993; Alfaro, 1995 y Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008; entre otros). Otro aspecto relevante es que el grupo control considera que la importancia de que el uso del condón sea preventivo está fuertemente asociado a que las personas importantes para ellos aprueben que usen el condón, sin embargo el grupo experimental considera que este factor preventivo está asociado más a la intención de uso que a la norma subjetiva, aspecto importante ya que se ha tratado de que esta conducta preventiva se lleve a la internalidad como un aspecto de autoprotección y de decisión personal, así como un elemento constructor de autoestima, más a que a la necesidad de complacer a otros, porque si los otros no quieren que use condón entonces es probable que se desista en la intención de uso y en la búsqueda de la meta (Sherer y Maddux, 1982; Abraham, Sheeran, Spears y Abrams, 1992; Planes, 1992; Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill, y Aymerich, 2007) En ambos grupos se observa baja intención de uso y malas ejecuciones en las conductas asociadas a la consecución de la meta.

En el **modelo de Autoeficacia** se encontró que en el grupo control las relaciones son menos que las encontradas en el grupo experimental, lo que de alguna manera se explica por el hecho de haber recibido la plática. De las relaciones encontradas en el modelo de autoeficacia para el grupo control, llama la atención el hecho de que nuevamente la Magnitud sea el componente que se relaciona con la mayoría de los componentes, aspecto que se apoya en estudios que señalan que el conocimiento puntual y específico de las conductas que deben ejecutarse para alcanzar una meta llevan a una mejor sensación de autoeficacia, ya que permiten que las personas puedan desarrollar un plan con más especificaciones que impliquen una menor posibilidad de error (Abraham, Sheeran, Norman, Conner, Vries y Otten, 1999; Maddux, 1995; Murphy, Stein, Maibach, y Schlenger, 2001). Por otro lado, se encontró que la conducta de Tener un condón muestra pocas correlaciones con los componentes del modelo, aspecto encontrado también en el grupo experimental, y además, en este particular caso se observan correlaciones negativas, de tal forma que el hecho de no tener un condón les hace sentirse poco eficaces tanto para ponerlo como para usarlo, y para generalizar su uso. Este hecho es relevante porque se ha planteado que la autoeficacia se compone de una serie de elementos que implican el conocimiento y ejecución de una serie de conductas que podrían estar asociadas unas a otras de tal forma que se tenga como esquema mental el conjunto de pasos; el paso "Tener un condón" es el primer paso de esta cadena, por lo tanto si no se percibe autoeficacia para la ejecución de este primer paso, entonces será poco probable que se perciban eficaces para ejecutar los demás. La literatura señala que la autoeficacia general se compone de prerrequisitos básicos (cada uno de los pasos necesarios para ejecutar la conducta) que se van vinculando y posibilitando que la meta se logre

Discusión y Conclusiones.

con mayor éxito; Abraham, Sheeran, Norman, Conner, Vries y Otten (1999) señalan que el hecho de tener un condón es un elemento que favorece en gran medida la evaluación de la autoeficacia percibida y la ejecución de las conductas subsecuentes. Estudios (Kashima, Gallois, y McCamish, 1993; Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serrano García, 2009) han encontrado que cuando un condón no está disponible las personas no reportan intención de uso y tampoco estrategias para conseguir uno, sin embargo, cuando las personas muestran estrategias para conseguir un condón se observan altas intenciones de uso y mejores actitudes hacia él; así mismo, reportan incremento en el uso del condón en sus relaciones sexuales tanto con parejas ocasionales como con parejas regulares, razón por la cual se hace muy importante trabajar en estrategias que permitan que los jóvenes se sientan capaces de conseguir condones.

En el **Modelo de Planeación** se encontró, que en el grupo control, el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta y con la Fase Accional, sin embargo, al desear usarlo se cree que las personas importantes para ellos lo evalúan indeseable, inadecuado, no ideal e inconveniente, estos aspectos se presentaron también en el grupo experimental de tal forma que como señalan Pepitone (1991) y Villagrán (1993) tanto las actitudes y las creencias son relativamente estables y tienden a permanecer como elementos de la personalidad que dan como resultado juicios personales que no se modifican fácilmente, en este sentido, Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990) y Barnard, Hebert, De Man y Farrar (1989) encontraron que los condones pueden ser ofensivos y que su uso está asociado a situaciones que generan vergüenza y una evaluación negativa por parte de las personas importantes para ellos por la obvia razón de que implica el hecho de tener vida sexual activa. En ese mismo sentido se encontró que, aún cuando se desea transformar el deseo en una meta, se relaciona de manera negativa con la deseabilidad social y con la evaluación final. La Implementación de las conductas necesarias para alcanzar la meta se relaciona con la fase Accional (la ejecución del plan).

Respecto de los análisis de regresión realizados para el Grupo Control se encontró que, del **Modelo de Acción Razonada**, la actitud acerca de que **Usar el condón es bueno** es el único predictor de la conducta de uso correcto del condón, de acuerdo con los aspectos teóricos, las actitudes son elementos fundamentales en la generación de juicios personales, como señala Villagrán (1993) las actitudes son predisposiciones organizadas para pensar, sentir, percibir y comportarse de cierta manera ante un objeto cognoscitivo que es producto de la historia individual de las personas, pero que también son un reflejo del esquema social en el cuál el individuo se desenvuelve, en este sentido la idea de que usar

Discusión y Conclusiones.

un condón es muy bueno, predispone a una correcta ejecución de la conducta, así, es altamente relevante trabajar en el terreno de las actitudes positivas hacia el uso del condón debido a que es posible a través de ellas generar conductas de autoprotección.

Para el grupo Control, en el Modelo de Autoeficacia, la generalización de **Revisar la fecha de caducidad o manufactura del condón** es el mejor predictor de la conducta correcta de uso de condón, este aspecto llama mucho la atención porque no es un paso asociado al uso del condón que sea necesariamente definidor de la tarea, sin embargo Bandura (1989, 1994,1998) y Gollwitzer (1993, 1996, 1998) señalan que la sensación de autoeficacia y autodefinición para ejecutar tareas de autoprotección, está vinculada a una especie de conductas nodales, de tal forma que en el momento que se focalizan estas conductas se adquiere una especie de confianza personal, probablemente sean conductas que anteriormente eran desconocidas o desapercibidas, pero que en el momento que se integran como partes del plan de acción, entonces adquieren una gran relevancia y se anclan con una serie de conductas y la sensación de eficacia para su ejecución además de promover planes de acción.

La Evaluación del deseo y la Implementación del Modelo de Planeación juntos predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. Respecto de la Evaluación, Gollwitzer (1993, 1996) señala que la fase Postaccional del Modelo tiene por objetivo la evaluación de la ejecución de la tarea y de la meta, de tal forma que ante una evaluación positiva la persona está en condiciones de generar un set mental debido a que la meta se alcanzó por la vía evaluada como correcta, y en el caso de que la evaluación sea negativa idealmente la persona tendría que planear una nueva ejecución de tareas para la consecución de la meta y por tanto la satisfacción del deseo. En este grupo, además de la Evaluación, la Implementación predice la conducta correcta de uso de condón, por lo tanto, se observa que las personas implementaron un plan de acción, realizaron la tarea y posteriormente la evaluaron de manera positiva, en este sentido es altamente probable que en el grupo control se haya generado un set mental (Gollwitzer y Brandstätter, 1997; Gollwitzer, Gawrilow y Oettingen, 2010).

Discusión y Conclusiones.

Análisis por debut sexual.

Análisis del Modelo para el grupo con debut sexual.

En el grupo con Debut Sexual se observó que, en el Modelo de Acción Razonada, las creencias acerca de que el condón es preventivo (previene embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA) se relaciona con lo importante que es para los jóvenes lo que sus padres, amigos y su pareja consideran acerca de que ellos usen el condón (Norma subjetiva), a este respecto se ha encontrado (Lameiras, Rodríguez, Calado y González, 2003, Heeren, Jemmott, Mandeya y Tyler, 2007) que las personas que han tenido debut sexual suelen darle más importancia al placer sexual que a las conductas de autoprotección, sin embargo, la deseabilidad social, la autoeficacia social y la autopercepción de riesgo suelen ser elementos que favorecen la conducta de uso de condón aún cuando se ha experimentado el placer sexual, en este aspecto, trabajos como los de Bandura (1983, 1992, 1994) y Planes y Gras (2002) señalan que la sensación de miedo (inducido) suele ser un elemento que active conductas preventivas ya que hay un reconocimiento de que están en riesgo y por ello la expectativa de un cambio de conducta les lleva a la sensación de protección para reducir la amenaza y para sentirse en concordancia con el grupo al que pertenecen; aspecto que se fortalece con el hecho de que en este grupo las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con las actitudes de que usar el condón es bueno e inteligente y no que reduce la sensibilidad durante la relación sexual, sin embargo a pesar de lo anterior, no muestran una contundente intención de uso, aspecto que se ha encontrado a lo largo del tiempo en estudios realizados con este modelo y que se han adjudicado a situaciones asociadas a la adquisición de los condones, a la evaluación social negativa que se hace al respecto y sobre todo a la sensación de ineficacia para su uso, ya que los jóvenes que han debutado sexualmente consideran que a pesar de que el uso del condón es importante para las personas importantes para ellos, creen que usarlo reduce la sensibilidad durante la relación sexual y muestran fallas a la hora de ejecutar las conductas para el uso correcto del condón. La actitud acerca de que usar un condón es muy inteligente se relaciona con la idea de que es bueno usarlo, sin embargo, reduce la sensibilidad durante la relación sexual y se observan ejecuciones deficientes, en este sentido Lameiras, M; Faílde, J; Bimbela, L. y Alfaro, N; (2008) encontraron que a pesar de que los jóvenes tienen conocimientos acerca de la importancia del uso del condón, conocen de su eficiencia y que tienen experiencia sexual son quienes lo usan con menos frecuencia, ante esto Ruiz, Giménez, y Ballester, (2006) señalan que la conducta sexual, por su complejidad especialmente de tipo moral, debe explicarse con elementos que contemplen otras variables como la autoeficacia y la planeación de

Discusión y Conclusiones.

conductas además de estrategias individuales de prevención, conductas de autorregulación y de manera particular el tipo de pareja sexual.

En el **modelo de Autoeficacia** se encontró que en el caso de todos los componentes del modelo se observa que los jóvenes que han tenido debut sexual muestran relaciones con la conducta de uso de condón, este aspecto se apoya en lo reportado a lo largo de los estudios sobre el tema (Bandura, 1993, 1998; Locke, Lee y Bobko, 1984; Shelton, 1990; Gómez, Planes, Gras y Font- Mayolas, 2006) quienes señalan que las habilidades, la experiencia, la sensación de autoeficacia, las metas y las estrategias para realizar las tareas se asocian a las ejecuciones, independientemente de que sean exitosas o no, en ese sentido es muy importante la inclusión de elementos evaluativos estrictos que permitan la observancia de los resultados esperados.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo con debut sexual el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta, sin embargo, aún cuando jóvenes deseen usar un condón y estén dispuestos a transformar el deseo en una meta, consideran que para sus familias usarlo es indeseable, inadecuado, no ideal e inconveniente, estos hallazgos no son muy distintos de los encontrados en los otros grupos, lo que señala que la condición respecto del debut sexual no implica cambios en el estilo de planear conductas; sin embargo, se observó que cuando los jóvenes implementan el plan de acción asociado al uso del condón, son capaces de ejecutar mejor las conductas, este aspecto es congruente con una gran cantidad de estudios realizados (Rosthspan y Read, 1996; Gollwitzer, 1993; Gollwitzer, Lee-Chai, Barndollar y Trötschel, 2001; Parks-Stamm, Gollwitzer y Oettingen, 2007; Bayer, Achtzinger, Gollwitzer y Moskowitz, 2009 y Adriaanse, Gollwitzer, De Ridder, De Wit y Kroese 2011), al señalar que la adecuada ejecución de un plan para la consecución de una meta estará relacionado con la claridad y complejidad del plan que da lugar a la ejecución, se señala que cuando existe un plan de acción es altamente probable que se consiga la meta planeada y se satisfaga el deseo y específicamente en este tema se preserve la salud. Así, los chicos que han tenido debut sexual muestran una importante la relación entre la implementación y la ejecución del plan.

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo con debut sexual se **encontró que la Norma Subjetiva (Modelo de Acción Razonada), la Magnitud (Modelo de Autoeficacia) y la Implementación (Modelo de Planeación) juntos predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón.** Los hallazgos encontrados en este estudio se contrastan con lo encontrado en otros estudios que señalan que la conducta de uso de condón se ve fuertemente influenciada por lo que los autores han llamado *norma social positiva* (Lameiras,

Discusión y Conclusiones.

Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008) que se asocia con la relación que los jóvenes bajo estudio reportan tener con sus padres, amigos y pareja; en este estudio se encontró que la norma subjetiva es menos importante para la predicción del uso del condón que otros factores asociados, como la edad, la comunicación con la pareja, la experiencia sexual y el número de parejas sexuales a lo largo de su vida, de tal manera que este estudio reporta que cuando se ha tenido debut sexual es probable que se tome menos en cuenta lo que la pareja, padres y amigos opinan acerca de su vida sexual. Además se observa que las personas que han tenido relaciones sexuales están mucho más familiarizados con el uso del condón que aquellos que no han tenido debut sexual, de tal forma que son capaces de evaluar la sensación de autoeficacia con la que cuentan para realizar la conducta final a través del conocimiento del número de pasos necesarios para llegar a la meta y por supuesto su consecuente implementación ya que muestran una clara focalización de las tareas y la meta (Murphy, Stein, Maibach y Schlenger, 2001; Noboa y Serrano, 2006; Gómez, Planes, Gras, Font, Cunill y Aymerich, 2006; Bargh, Gollwitzer, Lee-Chai, Barndollar, y Trötschel, 2001).

Análisis del Modelo para el grupo sin Debut Sexual.

En el grupo sin debut sexual se observó que en el **Modelo de Acción Razonada** las creencias acerca de que el condón es preventivo (previene embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA) se relaciona con las actitudes acerca de que usar el condón es muy inteligente y muy bueno, así mismo se observó que las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con la creencia de que usar el condón no reduce la sensibilidad durante la relación sexual. Estos resultados son importantes porque de acuerdo con Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis (2008) las intenciones de uso de condón están asociadas a las creencias hedónicas, de control y de prevención en la misma proporción sobre todo cuando no se ha tenido debut sexual, ya que con experiencia sexual suele darse más importancia a las actitudes hedónicas que a las de protección. Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill, y Aymerich (2007) y Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Ronis, (2008) señalan que se ha encontrado que es mucho más certero incidir en las personas sin experiencia sexual para generar estrategias de prevención que en aquellos con debut sexual, mayor edad y mayor número de parejas y con mayor influencia de la familia; este aspecto se corrobora en este estudio ya que la Motivación por complacer se relaciona con la intención de usar el condón porque a las personas importantes para los jóvenes les parece que deben hacerlo, además de que tienen la creencia de que usar condón favorece la erección, muestran la actitud acerca de que usar un condón es muy inteligente y

Discusión y Conclusiones.

bueno y que no reduce la sensibilidad, sin embargo, los jóvenes no muestran intención de usarlo.

En el modelo de **Autoeficacia** se encontraron resultados similares a los encontrados para el grupo con debut sexual, de tal manera que los jóvenes, aún sin haber realizado la conducta anteriormente muestran alta sensación de autoeficacia para realizar las conductas necesarias para usar un condón correctamente, aspecto que puede ser alentador ya que de acuerdo con Gómez, Gras y Planes (2005), Cassamo, Gras y Planes (2005) y Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas (2006) esta sensación de autoeficacia puede ser usada como factor predisponente para entrenar a las personas y eficientar sus ejecuciones con la intención de que estas personas sean capaces no solo de usar un condón correctamente si no de proponer su uso, convencer a la pareja y negarse a tener relaciones sexuales si la pareja se resiste al uso del condón.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo sin debut sexual el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta, sin embargo, aún cuando los jóvenes deseen usar un condón y estén dispuestos a transformar el deseo en una meta, consideran que las personas importantes para ellos lo consideran indeseable, inadecuado, no ideal e inconveniente, aspectos similares a los encontrados en los otros grupos. Se encontró también que, en la fase Preaccional, la Implementación de las conductas necesarias para alcanzar la meta se relaciona con la fase Accional y esta se relaciona de manera positiva con la Evaluación del desempeño. Estos hallazgos son confirmados a partir de la teoría que subyace al modelo en el sentido en que la implementación es el componente que da estructura a los planes de acción y posteriormente a las conductas ejecutadas para la consecución de la meta, así mismo, si las conductas se corresponden con la implementación del plan, entonces por supuesto habrá una evaluación positiva. La única diferencia que se observa al contraste con el grupo con debut sexual radica en que en este grupo la evaluación se relaciona con la ejecución, aspecto que señala que cuando los chicos han debutado sexualmente tal vez tengan un punto de vista más crítico acerca de sus conductas porque tienen experiencia previa con la que pueden hacer comparaciones (Gollwitzer y Bargh, 1996; Holland, Aarts, y Langendam, 2006).

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo sin debut sexual se encontró que del **Modelo de Acción Razonada no se encontraron efectos significativos**; Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro (2008) encontraron resultados similares al no observar efectos significativos en este modelo para explicar la intención de uso de condón y tampoco la conducta de uso, señalan que aún cuando los jóvenes que no han tenido debut sexual tienen alto nivel de

Discusión y Conclusiones.

conocimientos sobre el uso de condón y sus características preventivas, no observan los aspectos hedónicos en su uso y por tanto no reportan intenciones de uso así como malas ejecuciones en situaciones simuladas, en este sentido Villagrán (1993) señaló que un factor explicativo radica que los jóvenes que no han tenido debut sexual muestran actitudes y creencias menos positivas hacia el uso del condón lo que afecta entonces las intenciones de uso y por tanto la ejecución de la conducta y Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas, (2006) y Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro (2008) agregan que la inexperiencia es un factor importante.

La Magnitud y el reactivo revisar la fecha de caducidad o manufactura del Modelo de Autoeficacia y la Implementación del Modelo de Planeación predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. Aquí se observa que la Magnitud y la Implementación de intenciones son componentes cognitivo-conductuales que contemplan la jerarquía o número de pasos necesarios que dan sentido al plan de acción y que ayudan a hacer una evaluación de la autoeficacia percibida para su ejecución como para su generalización, así, resulta lógico que ambos componentes expliquen la conducta en este grupo ya que les ofrece a estos jóvenes sin experiencia, un claro panorama de ejecución con bajas posibilidades de error y les permite ejecutar la conducta sin la tensión y excitación asociadas a un encuentro sexual real, es una forma de *ensayar* la tarea, aspecto importante porque permite intervenir en los jóvenes antes de que empiecen su vida sexual para que cuando lo hagan tengan mejores recursos preventivos. La importancia de la conducta de revisar la fecha de caducidad o manufactura se observa en lo que señala la teoría original (Bandura, 1977, Shelton, 1990) al señalar que la alta sensación de autoeficacia para ejecutar una serie de conductas en ocasiones puede estar basada en conductas individuales y en ocasiones de poco impacto, pero que tal vez por novedosas pueden convertirse en el inicio de la cadena de conductas que pueden llevar a la consecución de la tarea. Estos hallazgos son importantes en este grupo porque ante el entrenamiento en la ejecución de la tarea es probable que se de lugar a la aparición o modificación de actitudes y creencias hacia el uso de condón que pudieran incidir de manera exitosa en la ejecución.

Análisis por tipo de pareja.

Análisis del Modelo para el grupo con Pareja Regular.

En el grupo con pareja regular se observó que en el **Modelo de Acción Razonada** las creencias acerca de que el condón es preventivo (previene

Discusión y Conclusiones.

embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA) se relacionan con lo importante que es para los jóvenes lo que sus padres, amigos y su pareja consideran acerca de que ellos usen el condón (Norma subjetiva) sin embargo, se observa que aún cuando creen que el condón es preventivo la ejecución de las conductas asociadas a su uso correcto no es adecuada, en este sentido, Gallegos, Villaruel, Rivera y Andrade (2008) encontraron que las personas que tienen pareja sexual regular ofrecen mucha importancia al valor que tiene su pareja el hecho de que usen condón, sin embargo, lo consideran innecesario porque parten del supuesto de que no hay razón para usarlo puesto que son una pareja regular.

Se observó que las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con la actitud de que usar el condón es bueno y con la creencia de que no reduce la sensibilidad durante la relación sexual, sin embargo, los jóvenes no muestran una contundente intención de uso. También se observa que la Motivación por complacer muestra relación con la creencia de que usar condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual pero que su uso es inteligente y bueno. A pesar de que tienen la actitud de que usar un condón favorece la erección consideran que usarlo reduce la sensibilidad durante la relación sexual. Finalmente se encontró que la actitud acerca de que usar el condón es muy bueno se relaciona con la idea de que es inteligente, sin embargo, no se tiene la intención de usarlo. Estos hallazgos confirman lo encontrado en otros estudios que señalan que el hecho de tener una pareja sexual regular se convierte en una especie de “escudo de seguridad” ya que se parte del hecho de que la pareja es fiel y por tanto no hay riesgo de infección de ETS. Fishbein (1990) planteaba, como parte de los supuestos básicos de la teoría, que tanto las actitudes, las creencias y las normas subjetivas influyen en la formación de intenciones y que a su vez variarán en función de las personas involucradas en el proceso de toma de decisiones. Otro aspecto relevante es que a pesar de que consideran que hay elementos hedónicos y de seguridad que favorecen su uso, no se observan importantes intenciones de uso, además de un mal desempeño; este aspecto puede ser explicado porque, de acuerdo con Ruiz, Giménez y Ballester (2006), la falta de uso de condón con parejas regulares puede deberse a que la petición de uso se asocia con desconfianza, de tal forma que la pareja considera sospechoso que se pida el uso del condón, además de que las personas con pareja regular han mostrado dificultades serias para negociar el uso del condón con su pareja regular y más aún para negarse a tener relaciones sexuales con esta pareja si esta se resiste al uso del condón (Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas, 2006).

Discusión y Conclusiones.

En el **modelo de Autoeficacia** se encontraron menos relaciones entre los componentes del modelo de Autoeficacia que en los otros grupos, esto tal vez se deba al tamaño de la muestra que es mucho más pequeña comparada con los grupos anteriores. Sin embargo, llama la atención el hecho de que por ejemplo la Autoeficacia específica no muestre relación con ninguno de los componentes, este aspecto se explica, además del factor asociado al tamaño de la muestra, por lo señalado por Uribe, Vergara y Barona (2009) al señalar que las personas que tiene pareja sexual regular no consideran el uso del condón como una opción preventiva ya que en realidad basan sus necesidades de prevención en la evitación de embarazos y ante ello consideran usar otros medios anticonceptivos que afecten menos al placer sexual, pero sobre todo pesa la confianza depositada en la pareja, y por ello se han observado reportes de baja sensación de autoeficacia para negociar el uso como procedimiento anterior al uso, por lo tanto las tareas relacionadas con el uso ni siquiera son tomadas en cuenta; en este sentido Noboa y Serrano (2006) reportan que antes de que las personas evalúen qué tan eficaces se sienten para usar un condón deben contemplar elementos previos como: reconocer el deseo de la pareja para usarlo, rechazar conductas de riesgo, expresar la necesidad de protección, sugerir alternativas de protección, así como el reconocimiento de las emociones involucradas. Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serranos García (2009) señalan que las personas que desean usar el condón deben ver otros factores más allá de la sensación de autoeficacia que definen su uso, por ejemplo, la capacidad para perseverar en la negociación a pesar de que la pareja regular no acceda a su uso.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo con pareja regular, el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta, sin embargo, a pesar de desear usar un condón y estar dispuestos a hacer de este deseo una meta, consideran que las personas importantes para ellos creen que el que ellos usen el condón es indeseable, inadecuado, no ideal e inconveniente; además de que evalúan de manera inadecuada su desempeño en la ejecución de las conductas necesarias para el uso correcto del condón. Estos hallazgos son similares a los encontrados en los otros grupos solo que aquí se debe subrayar el hecho de que la pareja regular puede estar en contra de que usen condón sobre todo por elementos asociados a la confianza, en este sentido Wieber, Odenthal y Gollwitzer (2005) reportaron que al ser la autoeficacia un moderador potencial de la implementación de intenciones cuando se observa una baja sensación de autoeficacia, entonces la persona ya no planea acciones debido a que parte del hecho de que no podrá ejecutar las tareas además de que los deseos de la pareja son un factor fundamental para la toma de decisiones.

Discusión y Conclusiones.

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo con pareja regular se encontró que del **Modelo de Acción Razonada** el factor **El condón es preventivo, de la escala de Creencias**, predice las conductas. Se observa que menores creencias sobre las características preventivas del condón son un factor que define el uso. Este aspecto puede explicarse con lo reportado por Villaruel, Rivera y Andrade (2008) al señalar que lo primordial para las parejas regulares es la prevención de embarazos y no tanto la transmisión de ETS ya para ello existen otras medidas de prevención más eficaces que el uso del condón.

Las conductas **Anudar y tirar y Sacar y observar la dirección en que se desenrolla del Modelo de Autoeficacia** predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. Respecto del modelo de autoeficacia, se ha reportado (Abraham, Sheeran, Norman, Conner, Vries y Otten, 1999) que las personas focalizan conductas específicas en la cadena de conductas que dirigen a la consecución de las metas, ya sea porque son novedosas o porque representan un eslabón con gran fuerza cognoscitiva que permita que se llegue a la meta, en este sentido se observó en este estudio que estas conductas eran desconocidas inicialmente por los jóvenes por lo que atribuyeron a ellas el éxito en la ejecución.

No se observaron efectos significativos en el **Modelo de Planeación**. Como se señaló anteriormente el hecho de que con la pareja regular se reporten bajas intenciones de uso de condón, bajos niveles de negociación para el uso y bajos niveles de autoeficacia, por supuesto no se planea su uso, es importante trabajar en el grupo con pareja regular ya que se hace importante aquel concepto de la *monogamia serial* que representa un riesgo para la salud de las personas.

Análisis del Modelo para el grupo con Pareja Ocasional.

En el grupo con Pareja Ocasional, en el Modelo de Acción Razonada, llama la atención el hecho de que no se observaron relaciones entre las creencias acerca de que el condón es preventivo (previene embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA), y el factor Motivación por Complacer con ninguno de los otros componentes del Modelo. Se observó que las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con las actitudes de que usar el condón es bueno e inteligente y con la creencia de que no reduce la sensibilidad durante la relación sexual. Se encontró que los jóvenes muestran la actitud de que su uso es inteligente y bueno si es que las personas importantes para ellos así lo consideran, sin embargo se observó que a pesar de que es importante que otros consideren que deben usarlo, no lo usan adecuadamente. La actitud acerca de que usar un condón es muy

Discusión y Conclusiones.

inteligente se asocia de manera importante con la idea de que además es muy bueno usarlo. Se observó también que tener la actitud de que usar el condón es bueno e inteligente se asocia de manera negativa con su uso. Estos aspectos se apoyan en estudios realizados previamente (Planes, 1992; Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill y Aymerich; 2007) que señalan que las personas que tienen una pareja sexual ocasional dan más importancia a las características hedónicas del condón que las asociadas a elementos de prevención y que por ello son más inteligentes, además de que son capaces de una mejor negociación con la pareja ocasional que con la pareja regular.

En el **modelo de Autoeficacia** se observan más relaciones entre los componentes que los encontrados en el grupo con pareja regular, este aspecto es importante ya que como reportan otros trabajos (Bimbela, Jimenez, Alfaro, Gutiérrez, March; 2002 y Santín, Torrico, López y Revilla; 2003) con la pareja ocasional se toman más medidas tanto de prevención como de erotismo por lo cual son mucho más capaces de pensar en el uso del condón como parte importante de sus encuentros sexuales y ante ello son capaces de evaluar qué tan eficaces son para ejecutar las tareas necesarias para la consecución de la meta.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo con pareja ocasional, el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta. También se observa que aún cuando las personas importantes para ellos creen que usar el condón es indeseable, inadecuado, no ideal e inconveniente, ellos ejecutan adecuadamente las conductas asociadas al uso correcto del condón. Se encontró también que, en la fase Preaccional, la Implementación de las conductas necesarias para alcanzar la meta se relaciona con la fase Accional. En este grupo se observa que las personas con pareja ocasional consideran que deben esforzarse en la tarea de usar un condón con la finalidad de preservar tanto su salud como para evitar embarazos; Sheeran, Milne, Webb y Gollwitzer (2005) reportaron que para que las personas se involucren en la tarea de uso de condón se debe tomar en cuenta no solo la intención de uso y su viabilidad sino que también sus capacidades de negociación, el control en la relación y el tipo de pareja entre otros factores. El tipo de pareja resulta relevante porque el hecho de que la conducta de uso de condón compite con otros deseos, por ejemplo con el deseo de tener una relación sexual independientemente de que se use condón o no, ante ello se observa que con las personas que reportan tener una pareja ocasional podría ser probable hacer una asociación entre el deseo de tener una relación sexual y el deseo de usar un condón en esta, independientemente también de que la pareja esté o no de acuerdo, ya que se

Discusión y Conclusiones.

observa que con la pareja ocasional se observa una mayor facilidad para negarse a tener relaciones sexuales sin condón.

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo con Pareja Ocasional se encontró que del **Modelo de Acción Razonada** el factor **Norma Subjetiva, la Magnitud del Modelo de Autoeficacia, la Deseabilidad Social y la Implementación del Modelo de Planeación** juntos predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. Estos hallazgos se contradicen con lo encontrado en la literatura (Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008) que señala que la norma social positiva suele ser un factor de altísimo nivel predictivo para la ejecución de conductas que preservan la salud y en ese sentido se señala (Bandura, 1994) que la norma subjetiva y por supuesto la deseabilidad social ofrecen elementos para la conformación de lo que ha denominado *autoeficacia social* y que ayuda en la disposición para realizar conductas preventivas y de acuerdo con esto se sabe que ante esta disposición las personas estarán en la mejor condición de implementar planes de acción con altas probabilidades de éxito, la explicación a lo encontrado en este estudio puede soportarse con otros estudios que señalan que para las personas con pareja ocasional es más importante lo asociado al hedonismo que al cumplimiento de reglas sociales.

Análisis por condición experimental, debut sexual y tipo de pareja.

Análisis del Modelo para el grupo Experimental con debut sexual con pareja regular.

En este grupo se observó que, en el **Modelo de Acción Razonada**, las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con las actitudes de que usar el condón es bueno, sin embargo, no muestran una contundente intención de uso. Se observa que la aún cuando consideran que usar un condón es bueno e inteligente y están dispuestos a complacer a las personas importantes para ellos, tienen la actitud acerca de que usar condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual. Los resultados encontrados en este grupo no difieren mucho de los encontrados en los otros grupos, se observa que las actitudes hedónicas e inteligentes predicen su uso, sin embargo se reportan bajas intenciones de uso seguramente por lo ya planteado a propósito de la seguridad que ofrece el hecho de tener una pareja sexual regular.

En el **modelo de Autoeficacia** el aspecto más relevante es que ninguno de los componentes, a diferencia de los grupos anteriores, se relaciona con las conductas necesarias para el uso correcto del condón, la explicación a esto tal vez

Discusión y Conclusiones.

radique en que el número de personas que conforman este grupo es muy pequeño, por lo cual se sugiere que para posteriores estudios se consideren grupos más grandes, sin embargo, es probable también que el hecho de que se trate de una pareja regular implique que no se tenga la intención de uso y por lo tanto no sea necesaria la evaluación de la autoeficacia.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo experimental con debut sexual con pareja regular el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta.

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo experimental con debut sexual con pareja regular se encontró que solamente el factor **El condón es preventivo de la escala de Creencias del Modelo de Acción Razonada**, predice la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón, lo que de acuerdo con Villagrán (1993) implica que las creencias hacia algún objeto pueden generar conductas de cuidado y autoprotección; ahora que, como se señaló anteriormente, el grupo con pareja regular es el que menos impacto tuvo en este estudio y se ha explicado, de acuerdo con los hallazgos teóricos, que el tipo de pareja suele ser un factor con alto nivel de definición porque ofrece una especie de seguridad por lo que no consideran necesario el uso de condón, ante esto es necesario regresar a las viejas campañas para resaltar el término de *monogamia serial* que llevaría a que las personas consideren que las relaciones con parejas regulares (temporales) también observan un importante nivel de riesgo de infección por ETS.

Análisis del Modelo para el grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional.

En este grupo se observó que, en el **Modelo de Acción Razonada**, las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con la creencia de que usar el condón no reduce la sensibilidad durante la relación sexual; además, la actitud acerca de que usar un condón es muy inteligente se asocia con la actitud de que usar un condón es muy bueno, sin embargo se considera que usar el condón no favorece la erección. Estos hallazgos señalan que cuando las personas tienen una pareja sexual ocasional es mucho más probable que muestren una mayor disposición para usar un condón, como se ha señalado en la literatura, el hecho de tener este tipo de pareja les pone más en alerta y le dan importancia tanto a los factores preventivos, de seguridad como hedónicos, son mucho más capaces de negociar el uso de condón y de negarse a tener relaciones sexuales si la pareja se

Discusión y Conclusiones.

niega a usar condón con parejas ocasionales que con parejas regulares (Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas, 2006). Por otro lado se muestra que el tratamiento experimental es mucho más eficiente para las personas con parejas ocasionales que con las parejas regulares.

En el **modelo de Autoeficacia** se observa que este grupo muestra más relaciones entre los componentes del modelo de autoeficacia que los observados en el grupo con pareja regular, este aspecto se soporta en el estudio reportado por Carrasco, Muñoz y Sánchez (2003) quienes señalan que un factor muy importante para evaluar el impacto de la autoeficacia en la ejecución de conductas radica en que la persona perciba un alto nivel de controlabilidad, tanto de la conducta como de sus antecedentes cognoscitivos, en este sentido se reporta que con las parejas sexuales ocasionales se percibe un mayor autocontrol que con la pareja regular debido a los aspectos emocionales y morales involucrados.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta. La Deseabilidad social de la escala Predecisional se relacionó de manera positiva con la Evaluación del desempeño de la fase Postaccional. Se encontró también que, en la fase Preaccional, la Implementación de las conductas necesarias para alcanzar la meta se relaciona con la fase Accional. Lo encontrado en este grupo, pareciera ser que se explica también por el tipo de pareja ya que se evalúa como importante lo que los grupos de referencia consideran como lo que se debe hacer para preservar la salud y eso les lleva a una mejor implementación, ejecución y evaluación de un plan de acción (Gollwitzer, y Schaal, 1998; Bayer, Achtziger, Gollwitzer, y Moskowitz, 2009; Achtziger y Gollwitzer, 2010; Bayer, Gollwitzer, y Achtziger, 2010 y Gollwitzer, Gawrilow, y Oettingen, 2010)

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo experimental con debut sexual con pareja ocasional se encontró que del **Modelo de Acción Razonada** el factor **El condón es preventivo** y el reactivo **Usar condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual, ambos de la escala de Creencias**, predicen la conducta de uso de condón, este aspecto reitera entonces la importancia de las creencias de prevención que operan con la pareja sexual ocasional, además de que creen que usar un condón no reduce la sensibilidad tratándose de una pareja ocasional (Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe, 2009).

La Magnitud del Modelo de Autoeficacia, la Implementación del Modelo de Planeación predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. Después de lo observado en el comportamiento del grupo con pareja ocasional, los hallazgos anteriores resultan obvios, ante una buena disposición

Discusión y Conclusiones.

para ejecutar una conducta y sensación de autocontrol y autodefinición, entonces se pueden contemplar la autoeficacia para ejecutar las conductas de prevención, la jerarquía de pasos necesarios para ejecutar el plan, su implementación y por supuesto el éxito en la tarea (Wieber, Odenthal y Gollwitzer, 2010).

Análisis del Modelo para el grupo control con debut sexual con pareja regular.

En este grupo se observó que, en el **Modelo de Acción Razonada**, las creencias acerca de que el condón es preventivo (previene embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA) se relaciona con lo importante que es para los jóvenes lo que sus padres, amigos y su pareja consideran acerca de que ellos usen el condón (Norma subjetiva), así mismo se observó que las actitudes hedónicas hacia el uso del condón (usar condón es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) están relacionadas con las actitudes de que usar el condón es bueno e inteligente y estas actitudes se relacionan con la Motivación por complacer, sin embargo se observa que a pesar de lo anterior los jóvenes no muestran Intención de uso de condón. El que los jóvenes usen el condón, es importante para sus padres, amigos y pareja, sin embargo, tienen la creencia de que usarlo reduce la sensibilidad durante la relación sexual. La actitud acerca de que usar un condón es muy inteligente se asocia de manera negativa con la intención de uso. Estos hallazgos han sido encontrados a lo largo de la historia del uso del modelo de acción razonada en la predicción del uso del condón (Villagrán, 1993, Díaz-Loving y Rivera, 1994, Alfaro, 1995) acerca de la importancia de las características hedónicas y preventivas del uso del condón así como de la importancia de la norma subjetiva, sin embargo, se reportan bajas intenciones de uso de condón.

En el **modelo de Autoeficacia** llama la atención que a pesar de que se observan muchas correlaciones entre los componentes del modelo, ninguno de ellos correlaciona con la conducta de uso de condón, este aspecto ha sido señalado por Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe (2009) al observar que las intenciones de conducta y la autoeficacia no son suficientemente buenas predictoras de esta conducta de autoprotección sino que deben incluirse otros elementos como la motivación, el tipo de pareja, la conducta anterior, la planeación de las conductas y por supuesto el entrenamiento.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo control con debut sexual con pareja regular, al transformar el deseo en una meta y al realizar las conductas que implementaron, los jóvenes evaluaron de manera inadecuada su desempeño, este aspecto llama la atención tratándose nuevamente del grupo con

Discusión y Conclusiones.

pareja regular, en el que además de no haber recibido el tratamiento experimental, tal parece que los jóvenes creen que no necesitan usar un condón con la pareja sexual regular.

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo control con debut sexual con pareja regular se encontró que solamente la **Evaluación de la Tarea del Modelo de Planeación** predice la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón. Se observa que de acuerdo con Sheeran, Milne, Webb y Gollwitzer (2005), para poder explicar el efecto de un plan de acción deben tomarse en cuenta tres puntos específicos: la viabilidad de la intención de conducta, la complejidad de la intención-tarea y la activación de la intención-conducta, aspectos reflejados en la evaluación de la ejecución, en este sentido puede resultar alentador pensar que si evalúan mal su desempeño y ejecutan bien la tarea podría pensarse que, en el afán de mejorar el desempeño, hagan un hábito de esta conducta. Nuevamente, el grupo que incluye a la pareja regular resulta con pocos elementos que predicen la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón.

Análisis del Modelo para el grupo control con debut sexual con pareja ocasional.

En este grupo se observó que, en el **Modelo de Acción Razonada**, las creencias acerca de que el condón es preventivo (previene embarazos, ETS, e infección por VIH/SIDA) se relaciona con lo importante que es para los jóvenes lo que sus padres, amigos y su pareja consideran acerca de que ellos usen el condón (Norma subjetiva). Este aspecto es esperado en función de que la literatura señala que las personas que tienen pareja ocasional observan de manera importante los elementos asociados a la prevención en el uso del condón debido a que establecen relaciones sexuales sin compromiso emocional que se da con una pareja regular, además de que saben que sus grupos de pertenencia esperan que tomen medidas de prevención (Ruíz, Giménez, Ballester, 2006). La actitud acerca de que usar un condón es muy inteligente se asocia de manera importante con la actitud de que es muy bueno usarlo. Se observan pocas correlaciones en este grupo probablemente debido que la población contemplada es muy pequeña.

En el **modelo de Autoeficacia**, como se ha venido observando, el grupo con pareja ocasional muestra más correlaciones que el grupo con pareja regular independientemente del tratamiento experimental, se observa que a pesar de que no todos los elementos correlacionan entre si, algunos de ellos correlacionan con la conducta de uso de condón.

Discusión y Conclusiones.

En el **Modelo de Planeación** se encontró que en el grupo control con debut sexual con pareja ocasional, el deseo de usar un condón se relaciona con la probabilidad de transformar el deseo en una meta y con la ejecución de las conductas. En ese mismo sentido se encontró que cuando se desea transformar el deseo en una meta, se observa una mejor ejecución de las conductas, sin embargo, se observa que los jóvenes consideran que las personas importantes para ellos creen que usar el condón es indeseable, inadecuado, no ideal e inconveniente. La Deseabilidad social se relacionó de manera negativa con la fase Accional. Se observa que las personas que tienen pareja sexual ocasional muestran el mismo patrón en los distintos modelos de planeación independientemente de la condición experimental en la que se encuentren, lo que señala que el modelo propuesto funciona mejor cuando se trata de personas con este tipo de pareja.

Respecto de los análisis de regresión realizados para el grupo control con debut sexual con pareja ocasional se encontró que, del **Modelo de Acción Razonada** el factor **Hedonismo de la escala de Actitudes** predice a conducta de uso de condón, aspecto reportado en la literatura sobre el tema de tal forma que los jóvenes dan mucha importancia al hedonismo asociado al uso del condón sobre todo cuando se han tenido pocas parejas sexuales y cuando esta es ocasional debido a que les permite también mantener la sensación de seguridad (Villagrán, 1993, Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill y Aymerich, 2007). Los reactivos **Oprimir para revisar la bolsa de aire y Quitar el condón con cuidado de la escala de Generalización del Modelo de Autoeficacia**, este aspecto ha sido ya observado en otros de los grupos de tal forma que los chicos con pareja sexual ocasional consideran las conductas señaladas como predictoras de la conducta final tal vez porque creen que de los pasos necesarios para la ejecución, estos son en los que se sienten más eficaces, probablemente porque desconocían que estos pasos eran necesarios, ante esto, Abraham, Sheeran, Norman, Conner, Vries y Otten (1999) han señalado que las personas establecen una especie de pre-requisitos básicos generadores de autoeficacia específica que les permita posteriormente convertirla en autoeficacia general a través de una especie de puntos nodales que dan sentido a los planes de acción y así tener una mejor convicción para realizar la tarea. **La Transformación del deseo en una meta del Modelo de Planeación** predice la ejecución de las conductas asociadas al uso correcto del condón en este grupo, este aspecto señala que, de acuerdo con Gollwitzer (1993, 1996), en esta transformación del deseo por una meta se considera la viabilidad del deseo y la factibilidad de un posible plan de acción.

Referencias

Referencias.

- Abraham, C., Sheeran, P., Spears, R. y Abrams, D. (1992). Health beliefs and the adoption of HIV-preventive intentions among teenagers: A Scottish perspective. *Health Psychology*, 11, 363-370.
- Abraham, C., Sheeran, P., Norman, P., Conner, M., De Vries, N. y Otten, V. (1999). When Good Intentions Are Not Enough: Modeling Postdecisional Cognitive Correlates of Condom Use. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (12), 2591-2612.
- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation and volition in the course of action. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.), *Motivation and action* (2nd Edition, pp. 275-299). New York: Cambridge University Press.
- Adriaanse, M. A., Oettingen, G., Gollwitzer, P. M., Hennes, E. P., de Ridder, D. T. D. y De Witt, J. B. F. (2010). When planning is not enough: Fighting unhealthy snacking habits by mental contrasting with implementation intentions (MCII). *European Journal of Social Psychology*, 40, 1277–1293.
- Adriaanse, M. A., Gollwitzer, P. M., de Ridder, D. T. D., de Wit, J. B. F. y Kroese, F. M. (2011). Breaking habits with implementation intentions: A test of underlying processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(4), 502-513.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I. y Madden, J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Alfaro, M.L. (1995). *El Modelo de Acción Razonada como Predictor del uso del Condón en Adolescentes y Factores Psicosociales asociados al Contagio de VIH*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alfaro, M.L. (2001). *Estrategias de enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al estatus de seropositividad en hombres homosexuales*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A., Adams, N. E. y Beyer, J. (1977). Cognitive processes Mediating Behavioral Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (3), 125-139.

Referencias

- Bandura, A. y Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- Bandura, A., Adams, N. y Hardy A. B. (1980). Test of the Generality of Self-Efficacy Theory. *Cognitive Therapy and Reserach*, 4 (1), 39-66.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147
- Bandura, A. (1983). Self-Efficacy Determinants of Anticipated Fears and Calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (2), 464-469.
- Bandura, A. (1984). Recycling Misconceptions of Perceived Self-Efficacy. *Cognitive Therapy and Reserach*, 8(3), 231-255.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bandura, A. y Wood, R. (1989). Effect of Perceived Controllability and Performance Standards on Self-Regulation of Complex Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54 (2), 225-231.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Medienpsychologie*, 1, 23-43.
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. En R.J. DiClemente (Ed.) *Adolescents and AIDS: A generation in jeopady* (pp. 89-116). London, UK: Sage.
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and Excercise of Control over HIV Infection. En R. J. DiClemente and J. L. Peterson. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. Plenum Press: New York.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Bargh, J.A. (1992). Being unaware of the stimulus versus unaware of its interpretation: Does subliminality per se matter to social psychology? En R. Bornstein y T. Pittman (Eds.) *Perception without awareness* (pp 236-255). New York: Guilford Press.
- Bargh, J.A. (1994). The four horsemen of automaticity: Awarareness, intention, efficiency and control in social cognition. En R. S. Wyer, y T.K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bargh, J. A., Gollwitzer, P. M., Lee-Chai, A., Barndollar, K. y Trötschel, R. (2001). The Automated Will: Nonconscious Activation and Pursuit of Behavioral Goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (6), 1014-1027.

Referencias

- Barnard, J., Hébert, Y., De Man, A. y Farrar, D. (1989). Attitudes of french-canadian university students toward use of condoms, a structural analysis. *Psychological Reports*, 6 (5), 851-854.
- Bayer, U.C., Achtziger, A., Gollwitzer, P.M., & Moskowitz, G. (2009). Responding to subliminal cues: Do if-then plans facilitate action preparation and initiation without conscious intent? *Social Cognition*, 27(2), 183-201.
- Bayer, U. C., Gollwitzer, P. M., & Achtziger, A. (2010). Staying on track: Planned goal striving is protected from disruptive internal states. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 505-514.
- Beach, L. R., Barnes, V.E., y Christensen-Szalanski. (1986). Beyond heuristics and biases: A contingency model of judgmental forecasting. *Journal of Forecasting*, 5, 143-157.
- Bermúdez, M. P., Herencia-Leva, A. y Uribe, R. A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, (3), 587-598.
- Bimbela, J.L., Jiménez, J.M., Alfaro, N., Gutiérrez, P. y March, J.C. (2002). Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gaceta Sanitaria*, 16 (4), 298-307.
- Boldero, J., Moore, S. y Rosenthal, D. (1992). Intention, context and safe sex: Australian adolescents' responses to AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1374-1398.
- Brandstaetter, V., Lengfelder, A., & Gollwitzer, P. M. (2001). Implementation intentions and efficient action initiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 946-960.
- Brunstein, J.C. y Gollwitzer, P.M. (1996). Effects of Failure on Subsequent Performance: The Importance of Self-Defining Goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (2), 395-407.
- Brown, I. y Inouye, D. (1978). Learned helplessness through modeling. The role of perceived similarity in competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 900-908.
- Bryan, D., Aiken, S. y West, G. (1996). Increasing condom use: Evaluation of a theory-based intervention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychology*, 15, 371-382.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1993). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carrasco, G. A. M., Muñoz, S. A. y Sánchez, G. M. (2003). Conductas de prevención respecto a la transmisión sexual del SIDA en jóvenes y expectativas de autoeficacia: un estudio en función del género. *Journal of Health Psychology*, 15 (1-2), 95-107.

Referencias

- Cassamo, H., Gras, M.E. y Planes, M. (2005). Expectativas, actitudes y normas percibidas respecto al uso del preservativo por los jóvenes de Mozambique. *Sexología Integral*, 2 (4), 173-179.
- Catania, J. A., Kegeles, S. M. y Coates, T.J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: And AIDS risk reduction model. *Health education Quarterly*, 17, 53-72.
- Catania, J.A., Coates, T.J., Kegeles, S., Thompson-Fullilove, M., Peterson, J. Marin, B., Siegel, D. y Hulley, S. (1992). Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: The population-based AMEN (AIDS in multi-ethnic neighborhoods) study. *American Journal of Public Health*, 82, 284-287.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- Chambliss, C. A. y Murray, E.J. (1979). Efficacy attribution, locus of control and weight loss. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 91-95.
- Charles, K.A. (1985). *Factors in the Primary Prevention of AIDS in gay and bisexual men*. Tesis de Doctorado. Berkeley: The California School of Professional Psychology.
- Cummings, M., Jette, M., Brock, M. y Haefner, P. (1979). Psycho-social determinants of immunization behavior in a swine influenza campaign. *Medical Care*, 17, 639-649.
- Díaz-Loving, R. y Rivera, S. (1992). Percepción y Autopercepción de Riesgo ante el contagio de VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*, 1(2), 27-8.
- Díaz-Loving, R., Flores, M., Rivera, S., Andrade, P., Ramos, L., Cubas, E., Villagrán, G., Camacho, M. y Muñiz, A. (1992). Conocimientos, Actitudes, creencias y Prácticas Sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 9 (1), 83-93.
- Díaz-Loving, R. y Rivera, S. (1994). Actitudes, Norma Subjetiva y Creencias en relación al Uso del Condón. *La Psicología Social en México*, 5, 628-635.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S. y Andrade, P. (1994). La Teoría de la Acción Razonada en la predicción de uso y petición de uso de condón. *La Psicología Social en México*, 5, 608-615.
- DiClemente, C. y Prochaska, J. (1985). Processes and stages of self-change: Coping and Competence in smoking behavior change. En S. Shiffman (Ed.) *Coping and Substance Use*. (pp. 319-343). New York: Academic Press.
- DiClemente, J. y Wingood, M. (1995). A randomized controlled trial of a HIV sexual risk reduction intervention for young African-American women. *Journal of the American Association*, 274, 1271-1276.

Referencias

- Duckworth, A. L., Grant, H., Loew, B., Oettingen, G. y Gollwitzer, P. M. (2011). Self-regulation strategies improve self-discipline in adolescents: Benefits of mental contrasting and implementation intentions. *Educational Psychology*, 31(1), 17-26.
- Eastman C. y Marzillier J. (1984). Theoretical and Methodological Difficulties in Bandura's Self-Efficacy Theory. *Cognitive Therapy and Research*, 8(3), 213-229.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1973). The Prediction of Behavior from Attitudinal and Normative Variables. *Advances in Communication Research Harpes and Row Publishers*. Cap. 4 (pp. 71-87).
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. (1980). A Theory of Reasoned Action: some applications and implications. *Symposium in Motivation*. (pp. 65-116). Nebraska: Lincon University of Nebraska Press.
- Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes de decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6 (1-2), 1-16.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. y Hitchcock, P. (1994). Using Information to change sexually transmitted disease-related behaviors. An analysis on the Theory of Reasoned Action. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. En R. J. DiClemente and J. L. Peterson (Eds.) Cap. 4 (pp. 61-77). New York: Plenum Press.
- Fisher, J. D. y Fisher, W. A; (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, A., Fisher, D. y Rye, J. (1995). Understanding and promoting AIDS-preventive behavior: Insights from de theory of reasoned action. *Health Psychology*, 14, 255-264.
- Fisher, D., Fisher, A., Misovich, S., Kimble, L. y Malloy, E. (1996). Changing AIDS risk behavior: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk-reduction information, motivation and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology* 15, 114-123.
- Font, A. (1990). Las expectativas como predictoras de cambios emocionales. // *Congreso Internacional Oficial de Psicólogos*, (pp.238-246). Valencia, Colegio Oficial de Psicólogos.
- Forsyth, A.D., Carey, M.P. y Fuqua R.W. (1997). Evaluation of the validity of the condom use self-efficacy scale (CUSES) in young men using two behavioral simulations. *Health Psychology*, 6 (2) 175-178.
- Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C., Ronis, D.L. y Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de

Referencias

- adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud pública México*, 50 (1).
- Gallois C., Kashima, Y., Terry, D. J., McCamish, M., Timmins, P. y Chauvin, A. (1992). Safe an unsafe intentions and behavior: The effects of norms and attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1521-1545.
- Gawrilow, C. y Gollwitzer, P. M. (2008). Implementation intentions facilitate response inhibition in children with ADHD. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 261-280.
- Gawrilow, C., Gollwitzer, P. M., y Oettingen, G. (2011). If-then plans benefit executive functions in children with ADHD. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 616-646.
- Gollwitzer P.M. y Wicklund, R. A. (1985). Self-Symbolizing and Neglect of Others' Perspectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (3) 702-715.
- Gollwitzer, P. M. y Kinney, R. F. (1989). Effects of Deliberative and Implemental Mind-Sets on Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (4), 531-542.
- Gollwitzer, P. (1990). Action Phases and Mind Sets. En E.T. Higgins y R.M. Sorrentino (Eds.) *Handbook of Motivation and Cognition: Foundations on Social Behavior* (pp. 53-92). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P.M., Heckhausen, H. y Ratajczak, (1990). From weighing to willing: Approaching a change decision through pre- or postdecisional mentation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 45, 41-65.
- Gollwitzer, P.M., Heckhausen, H. y Steller B. (1990). Deliberative and Implemental Mind-Sets: Cognitive Tuning Toward Congruous Thoughts and Information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (6), 1119-1127.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. En W. Stroebe and M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology*, (4, 141-185) Chichester, England: Wiley.
- Gollwitzer, P. (1996). The Volitional Benefits of Planning. En P. Gollwitzer y L.A. Bargh (Eds.) *The Psychology of Action. Linking Cognition and Motivation to Behavior* (pp. 287-312). New York: The Guilford Press.
- Gollwitzer, P.M. y Bargh, J.A. (Eds.) (1996). *The Psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P.M. y Brandstätter, V. (1997). Implementation Intetions and Effective Goal Pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (1), 186-199.
- Gollwitzer, P.M., & Schaal, B. (1998). Metacognition in action: The importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2(2), 124-136.
- Gollwitzer, P.M. y Oettingen, G. (1998). The emergence and implementation of health goals. *Psychology and Health*, 13, 687-715.

Referencias

- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation Intentions. Strong Effects of Simple Plans. *Journal of the American Psychological Association*, 54 (7), 493-503.
- Gollwitzer, P. M. y Sheeran, P. (2009). Self-regulation of consumer decision making and behavior: The role of implementation intentions. *Journal of Consumer Psychology*, 19, 593-607.
- Gollwitzer, P. M., Gawrilow, C. y Oettingen, G. (2010). The power of planning: Self-control by effective goal-striving. In R. R. Hassin, K. N. Ochsner y Y. Trope (Eds.), *Self control in society, mind, and brain* (pp. 279-296). New York: Oxford University Press.
- Gómez, A.B., Planes, M., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2006). Expectativas de autoeficacia en la negociación del uso del preservativo para prevenir la transmisión heterosexual del VIH en una muestra de estudiantes universitarios: diferencias en razón del género y del grado de resistencia de la pareja. Comunicación presentada al IX Congreso Español de Sexología.
- Gómez, A.B., Planes, M., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Cunill, M. y Aymerich M. (2006). Habilidades en la negociación uso del preservativo en una muestra de estudiantes universitarias. IX Congreso Nacional sobre el SIDA.
- Hamers, F.F. y Downs, A. (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: What are the implications for public health policies? *The Lancet*, 364, 83-94.
- Heckhausen, H. y Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 101-120.
- Heeren, G. A., Jemmott, J.B., Mandeya, A. y Tyler, J.C. (2007). Theory-based predictors of condom use among university students in the United States and South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 19 (1), 1-12.
- Hogarth, R. (1981). Beyond discrete biases: Functional and dysfunctional aspects of judgmental heuristics. *Psychological Bulletin*, 90, 197-217.
- Holland, R. W., Aarts, H., & Langendam, D. (2006). Breaking and creating habits on the working floor: A field-experiment on the power of implementation intentions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 776-783.
- Horn, A. y Brigham, A. (1996). A self-management approach to reducing AIDS risk in sexually active heterosexual college students. *Behavior and Social Issues*, 6 (1), 3-21.
- Jodelet. (1991). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici. *Psicología Social II, Pensamiento y vida social*. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós.
- Judge, T. A., Jackson, C. L., Shaw, J. C., Scott, B. A., & Rich, B. L. (2007). Self-efficacy and work-related performance: The integral role of individual differences. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 107-127.

Referencias

- Kalichman, C., Carey, P. y Johnson, T. (1996). Prevention of Sexually transmitted HIV infection: A meta-analytic review of the behavioral outcome literature. *American Behavioral Medicine*, 18, 6-15.
- Kashima, Y., Gallois, C. y McCamish, M. (1993). The theory of reasoned action and co-operative behavior: It takes two to use condom. *British Journal of Social Psychology*, 32, 227-239.
- Kazdin, A. E. (1979). Conceptual and assessment issues raised by self-efficacy theory. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1, 177-185.
- Kerlinger, (1987). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México: Interamericana.
- Keyser V. y Barling J. (1981). Determinants of children's self-efficacy beliefs in an academic environment. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 29-39.
- King, B. (1982). The impact of patient's perceptions of high blood pressure on attendance at screening. *Social Science and Medicine*, 26, 1079-1091.
- Kirscht, J. (1983). Preventive Health Behavior: review of research and issues. *Health Psychology*, 2, 227-301.
- Kuhl, J. (1984). Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action control. En B.A. Maher y W. B. Maher (Eds.), *Progress in experimental personality research* (pp. 99-171) New York: Academic Press.
- Kok, G. y Green, W. (1990). Research to support health promotion in practice: A plea for increased co-operation. *Health Promotion International*, 5, 303-307.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. y González, M. (2003). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 27-34.
- Lameiras, M; Faílde, J; Bimbela, L. y Alfaro, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre 14 y 24 años. *Diversitas*. Bogotá Colombia Universidad de Santo Tomás. 4.
- Lengfelder, A., & Gollwitzer, P. M. (2001). Reflective and reflexive action control in patients with frontal lobe lesions. *Neuropsychology*, 15, 80-100.
- Lewin, K., Dembo, T., Festinger, L. A. y Sears, P.S. (1944). Level of aspiration. En J. M. Hunt (Ed.), *Personality and behavior disorders* (pp. 333-378). New York: Roland Press.
- Locke, E. F., Lee, C. y Bobko P. (1984). Effect of Self-Efficacy, Goals and Task Strategies on Task Performance. *Journal of Applied Psychology*. 241-251.
- Maddux, J.E. (1995). Self-Efficacy Theory. An Introduction. En J. E. Maddux (Ed.) *Self-Efficacy, Adaptation and Adjustment. Theory, research and application* (pp. 3-33). New York and London: Plenum Press.

Referencias

- Magaña, R., Ferreira-Pinto, J., Blair, M. y Mata, A. (1992). Una pedagogía de concientización para la prevención del VIH/SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 97-108.
- Maiman, L. A. y Becker, M.H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.
- Manning, M. M. y Wright, T. L. (1983). Self-Efficacy Expectancies, Outcome Expectancies and the Persistence of Pain Control in Childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 226-236.
- Mckusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff (1990). Longitudinal predictors of reductions in unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco: The AIDS behavioral research project. *American Journal of Public Health*, 80, 978-982.
- Mendoza, S. A., Gollwitzer, P. M., & Amodio, D. M. (2010). Reducing the expression of implicit stereotypes: Reflexive control through implementation intentions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 512-523.
- Milne, S., Sheeran, P. y Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health related behavior: A meta-analytic review of Protection-Motivation-Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 106-143.
- Moreno, D., Rivera, B., Robles S., Barroso, R., Frías, B. y Rodríguez M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 18, (2), 207-225.
- Morrison, M., Rogers, M. y Baker, A. (1995). Determinants of condom use among high-risk adults: A test of the theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 651-676.
- Moskowitz, G.B., Gollwitzer, P.M., Wasel, W. y Schaal, B. (1999). Preconscious Control of Stereotype Activation Through Chronic Egalitarian Goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (1), 167-184.
- Murphy, D.A., Stein, J.A., Maibach, E. y Schlenger, W. (2001). Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: Assessment of situational context and level of behavioural challenge to maintain safer sex. *Health Psychology*, 20 (4), 281-290.
- Noboa, O. P. y Serrano, I. (2009). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2), 56-70.
- Norris, A.E. y Ford, K. (1995). Condom use by low income African American and Hispanic youth with a well-know partner: Integrating the health belief model, the theory of reasoned action, and the construct accessibility model. *Journal of Applied and Social Psychology*, 25, 1801-1830.

Referencias

- Oakley, A., Fullerton, D., Holland, J., Arnold, S., France-Dawson, M., Kelley, P., y McGrellis, S. (1995). Sexual Health educations interventions for young people: A methodological review. *British Medical Journal*, 310, 158-162.
- Orbell, S., Hodgkins, S. y Sheeran, P. (1997). Implementation intentions and the theory of planned behavior. *Personality and social psychology, Bulletin*, 23, 945-954.
- Parks-Stamm, E.J., Gollwitzer, P.M. y Oettingen, G. (2007). Action control by implementation intentions: Effective cue detection and efficient response initiation. *Social Cognition*, 25, 248-266.
- Pepitone (1991). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7 (1), 61-79.
- Pérez-Jiménez, D., Santiago-Rivas, M. y Serrano-García, I. (2006). Comportamiento sexual y autoeficacia para la negociación de sexo más seguro en personas heterosexuales. *Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2).
- Perkins, O., Leserman, J., Murphy, C. y Evans, D. (1993). Psychological predictors of high-risk sexual behavior among HIV-negative homosexual men. *AIDS- education and Prevention*, 5 (2) 141-152.
- Peter, E. (1994). The Development of the Health Student Self-Efficacy Scale. The 8th Annual Conference of the EHPS.
- Planes, M. (1995). Expectativas de Autoeficacia y su Relación con los Comportamientos Sexuales Preventivos frente al SIDA. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 27-37.
- Planes, M. y Gras, M.E. (2002). Creencias y comportamientos sexuales preventivos frente al SIDA en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 28 (121), 695-723.
- Planes, M., Gómez, A.B., Gras, M^a.E., Font-Mayolas S., Cunill M. y Aymerich M. (2007). Influencia social y uso del preservativo en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace C Med. Psicosom*, 83 (45), 39-47.
- Prislin R. y Kovrlija N. (1992). Predicting Behavior of high and low self-monitors: an application of the theory of Planned Behavior. *Psychologycal Reports*, 70, 1131-1138.
- Prohaska, T. R., Albrechth, G., Levy J. A., Sugrue, N. y Kim J. (1990). Determinants of Self-Perceived Risk for AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 384-394.
- Randall, M. y Wolff, A. (1994). The time interval in the intention-behavior relationship: Meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 33, 405-418.

Referencias

- Robles, M. S., Piña L. J. A. y Moreno, R. D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de psicología*, 22 (2), 200-204.
- Rosthspan, S. y Read, J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15 (2) 131-134.
- Ruiz, E., Giménez, C. y Ballester, R. (2006). Percepción de ventajas e inconvenientes sobre el uso del preservativo en estudiantes universitarios: diferencias en función del sexo. *Universitat Jaume I-Fundació Bancaixa*, 19, 11.
- Sacco, W.P., Levine, B., Reed, D.L. y Thompson, K. (1991). Attitudes about condom use as an AIDS-related behavior: Their factor structure and relation to condom use. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 265-272.
- Sánchez, C.S. (1983). *Diccionario de las Ciencias de la Educación*. México: Santillana.
- Satín, V.C., Torrico, L.E., López, L.M.J. y Revilla, D.C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19 (1), 81-90.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1996). Self-Efficacy at different stages of the health behavior change process. The 8th. Annual Conference of the EHPS, 64-76.
- Schweiger Gallo, I., & Gollwitzer, P. M. (2007). Implementation intentions: Control of fear despite cognitive load. *Psicothema*, 19, 280-285.
- Schweiger Gallo, I., Keil, A., McCulloch, K. C., Rockstroh, B., & Gollwitzer, P. M. (2009). Strategic automation of emotionregulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 11-31.
- Sepúlveda (1989). *SIDA, ciencia y sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Shelton, S.H. (1990). Developing the Construct of General Self-Efficacy. *Psychological reports*, 66, 987-994.
- Sheran, P., Abraham, S., Abrams, D., Spears, R. y Marks, D. (1990). The PostAIDS structure of student's attitudes to condoms: age, sex and experience of use. *Psychological Reports*, 66, 614-630.
- Sheeran, P. y Orbell, S. (1998) Do intentions predict condom use? A meta-analysis and examination of six moderator variables. *British journal of social psychology*, 37, 231-250.
- Sheeran, P., Abraham, C. y Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of condom use: A meta Analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 90-132.

Referencias

- Sheeran, P. y Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behaviors: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behavior. *European Journal of social psychology*, 29, 349-370.
- Sheeran, P. y Orbell, S. (2000). Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychology*, 19, 283-289.
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T. L., & Gollwitzer, P. M. (2005). Implementation intentions and health behaviour. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* (2nd Ed., pp. 276-323). Berkshire, UK: Open University Press.
- Sheeran, P., Webb, T. L. y Gollwitzer, P. M. (2006). Implementation intentions: Strategic automatization of goal striving. In D. T. M. de Ridder y J. B. F. de Wit (Eds.), *Self-regulation in health behavior* (pp. 121-145). London: John Wiley & Sons Ltd.
- Shelton S. (1990). Developing the construct of general Self-Efficacy. *Psychological Reports*, 66, 987-994.
- Sheppard, H., Hartwick, J. y Warshaw, R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Sherer, M. y Maddux, J. (1982). The Self-Efficacy Scale Construction and Validation. *Psychological Reports*, 52, 663-671.
- Stewart, B. D., & Payne, B. K. (2008). Bringing automatic stereotyping under control: Implementation intentions as efficient means of thought control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 1332-1345.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing. *Journal of Applied Social Psychology*. 28, 1317-1338.
- Taylor, S.E. y Gollwitzer P.M. (1995). Effects of Mindset on Positive Illusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (2), 213-226.
- Unger, J.B., Molina, G.B. (1999). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: Validity in a Sample of Low-Acculturated Hispanic Women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21 (2), 199-211. Sage publications.
- Uribe, R.A.F., Tatiana Vergara V. T. y Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 7 (2), 1513-1533.
- Verplanken, B. y Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits, and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, 29, 591-604.

Referencias

- Villagrán, G. y Díaz, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista mexicana de psicología*, 9 (1) 35-40.
- Villagrán, G. (1993). *Hacia un Modelo Predictivo de la Percepción de Riesgo y Uso del Condón*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villamarín, F. (1990). Las expectativas como variables predictoras en los procesos de adaptación. *II Congreso Internacional Oficial de Psicólogos*. Valencia, Colegio Oficial de Psicólogos, pp 71-75.
- Von Suchodoletz, A., Trommsdorff, G., Heikamp, T., Wieber, F., & Gollwitzer, P. M. (2009). Transition to school: The role of kindergarten children's behavior regulation. *Learning and Individual Differences*, 19, 561-566.
- Waldron, R., Caughlin, J. y Jackson, D. (1995). Talking specifics: Facilitating effects of planning on AIDS talk in peer dyads. *Health Communication*, 7 (3), 249-266.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2008). Mechanisms of implementation intention effects: The role of goal intentions, self-efficacy, and accessibility of plan components. *British Journal of Social Psychology*, 47, 373-395.
- White, M., Terry, J. y Hogg, A. (1994). Safer sex behavior: The role of attitudes, norms, and control factors. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 2164-2192.
- Wieber, F., Odenhal, G. y Gollwitzer, P. M. (2010). Self-efficacy feelings moderate implementation intention effects. *Self and Identity*, 9, 177-194.
- Wieber, F., von Suchodoletz, A., Heikamp, T., Trommsdorff, G., & Gollwitzer, P. M. (2011). If-then planning helps school-aged children to ignore attractive distractions. *Social Psychology*, 42, 39-47
- Winter, L. y Goldy, S. (1993). Effects of prebehavioral cognitive work on adolescents' acceptance of condoms. *Health Psychology*, 12 (4), 308-312.

ANEXOS

Anexos

Sexo: _____
Edad: _____
Estado Civil: _____

No. Folio _____.

- 1.- ¿Has tenido relaciones sexuales? 1(Si) 2(No)
(Si tu respuesta es NO, imagina una situación hipotética en la cual tienes una pareja, tu decides si es regular u ocasional y responde las preguntas correspondientes)
- 2.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? Años _____.
- 3.- ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida? _____.
- 4.- ¿Has tenido parejas sexuales ocasionales? 1(Si) 2(No)
(Si tu respuesta es SI, no respondas a las preguntas que son específicas para pareja sexual **regular**, no olvides responder las preguntas que son comunes a ambos rubros).
- 5.- ¿Has tenido pareja sexual regular? 1(Si) 2(No)
(Si tu respuesta es SI, no respondas a las preguntas que son específicas para pareja sexual **ocasional**, no olvides responder las preguntas que son comunes a ambos rubros)
- 7.- ¿Has oído hablar del condón o preservativo? 1(Si) 2(No).
- 8.- ¿Qué es?

- 9.- ¿En tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **ocasional** has usado el condón?
(5) Siempre.
(4) La mayoría de las veces.
(3) Algunas veces.
(2) Casi nunca.
(1) Nunca.
- 10.- ¿Usarías el condón con tu pareja **ocasional** para proteger a aquellos que quieres?
(5) Siempre.
(4) La mayoría de las veces.
(3) Algunas veces.
(2) Casi nunca.
(1) Nunca.
- 11.- ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja sexual **ocasional** usen en el futuro siempre el condón?
(5) Totalmente probable.
(4) Muy probable.
(3) Algo probable.
(2) Poco probable.
(1) Nada probable.

Anexos

12.- ¿En tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **regular** has usado el condón?

- (5) Siempre.
- (4) La mayoría de las veces.
- (3) Algunas veces.
- (2) Casi nunca.
- (1) Nunca.

13.- ¿Usarías el condón para proteger de enfermedades a tu pareja sexual **regular**?

- (5) Siempre.
- (4) La mayoría de las veces.
- (3) Algunas veces.
- (2) Casi nunca.
- (1) Nunca.

14.- ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja sexual **regular** usen en el futuro siempre el condón?

- (5) Totalmente probable.
- (4) Muy probable.
- (3) Algo probable.
- (2) Poco probable.
- (1) Nada probable.

15.- ¿Para proteger a tu pareja sexual **regular** de enfermedades sexuales sólo tendrías relaciones sexuales con ella (él)?

- (5) Siempre.
- (4) La mayoría de las veces.
- (3) Algunas veces.
- (2) Casi nunca.
- (1) Nunca.

A continuación se te presenta una serie de adjetivos separados por pequeñas líneas, marca con una X en la línea que mejor represente tú opinión para cada par de adjetivos:

16.- Usar el condón en las relaciones sexuales con tu pareja sexual **ocasional** es (o sería):

	Muy	Algo	////	Algo	Muy	
Muy agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Muy desagradable.
Muy caro	_____	_____	_____	_____	_____	Muy barato.
Muy inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Muy tonto.
Muy bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Muy malo.
Muy dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Muy benéfico.
Muy placentero	_____	_____	_____	_____	_____	Muy displacentero.
Muy cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Muy incómodo.
Muy difícil	_____	_____	_____	_____	_____	Muy fácil.
Muy natural	_____	_____	_____	_____	_____	Muy artificial.
Muy excitante	_____	_____	_____	_____	_____	Nada excitante.

Anexos

17.- Usar el condón en las relaciones sexuales con tu pareja sexual **regular** es (o sería):

	Muy	Algo	////	Algo	Muy	
Muy agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Muy desagradable.
Muy caro	_____	_____	_____	_____	_____	Muy barato.
Muy inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Muy tonto.
Muy bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Muy malo.
Muy dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Muy benéfico.
Muy placentero	_____	_____	_____	_____	_____	Muy displacentero.
Muy cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Muy incómodo.
Muy difícil	_____	_____	_____	_____	_____	Muy fácil.
Muy natural	_____	_____	_____	_____	_____	Muy artificial.
Muy Excitante	_____	_____	_____	_____	_____	Nada excitante.

A continuación hay una lista de afirmaciones. Por favor indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas, marcando con una cruz el número que mejor exprese tu opinión. Responde a todas las afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo (5)	En desacuerdo (4)	Indiferente (3)	En acuerdo (2)	Totalmente de acuerdo (1)
18.-Usar el condón favorece la erección.	5	4	3	2	1
19.-Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual.	5	4	3	2	1
20.-Usar el condón es efectivo en la prevención del embarazo.	5	4	3	2	1
21.-Usar el condón reduce la posibilidad de contagiarse de enfermedades sexualmente transmisibles.	5	4	3	2	1
22.-Usar el condón protege del VIH/SIDA.	5	4	3	2	1
23.-Usar el condón es pecado.	5	4	3	2	1
24.- Mis padres piensan que debería usar el condón con mi pareja regular .	5	4	3	2	1
25.- Mis padres piensan que debería usar el condón con mis parejas ocasionales .	5	4	3	2	1
26.- Mis amigos piensan que yo y mi pareja regular deberíamos usar el condón.	5	4	3	2	1
27.- Mis amigos piensan que debería usar el condón con mis parejas ocasionales .	5	4	3	2	1
28.- Mi pareja regular piensa que deberíamos usar el condón.	5	4	3	2	1
29.-Mis parejas ocasionales piensan que deberíamos usar el condón.	5	4	3	2	1
30.-En general hago lo que mis padres piensan que debo hacer	5	4	3	2	1
31.-En general hago lo que mis amigos piensan que debo hacer	5	4	3	2	1
32.-En general hago lo que mi pareja regular piensa que debo hacer.	5	4	3	2	1
33.-En general hago lo que mis parejas ocasionales piensan que debo hacer.	5	4	3	2	1
34.- Yo usaría el condón si mi pareja regular me lo pidiera.	5	4	3	2	1
35.- Yo usaría el condón si mis parejas ocasionales me lo pidieran.	5	4	3	2	1

Anexos

Responde las siguientes preguntas de acuerdo a como se te indica:

36.-¿Hasta qué punto te sientes capaz usar el condón en forma correcta en todas tus relaciones sexuales?

5) Totalmente capaz. 4) Muy capaz. 3) Algo capaz. 2) Poco capaz. 1) Nada capaz.

37.-¿Hasta qué punto te sientes capaz usar el condón en forma correcta en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **ocasional**?

5) Totalmente capaz. 4) Muy capaz. 3) Algo capaz. 2) Poco capaz. 1) Nada capaz.

38.-¿Hasta que punto te sientes capaz usar el condón en forma correcta en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **regular**?

5) Totalmente capaz. 4) Muy capaz. 3) Algo capaz. 2) Poco capaz. 1) Nada capaz.

39.-Especifica qué pasos son necesarios para usar un condón en una relación sexual con tu pareja sexual **ocasional**.

40.-Especifica qué pasos son necesarios para usar un condón en una relación sexual con tu pareja sexual **regular**.

Responde a las siguientes preguntas de acuerdo con la siguiente escala:

- (5) Totalmente capaz.
(4) Muy capaz.
(3) Algo capaz.
(2) Poco capaz.
(1) Nada capaz.

41.-¿Qué tan capaz te sientes de llevar a cabo cada uno de los pasos que mencionaste anteriormente, al tener relaciones sexuales con tu pareja sexual **ocasional**?

Paso 1	()	Paso 7	()
Paso 2	()	Paso 8	()
Paso 3	()	Paso 9	()
Paso 4	()	Paso 10	()
Paso 5	()	Paso 11	()
Paso 6	()	Paso 12	()

Anexos

42.-¿Qué tan capaz te sientes de llevar a cabo cada uno de los pasos que mencionaste anteriormente, al tener relaciones sexuales con tu pareja sexual **regular**?

Paso 1	()	Paso 7	()
Paso 2	()	Paso 8	()
Paso 3	()	Paso 9	()
Paso 4	()	Paso 10	()
Paso 5	()	Paso 11	()
Paso 6	()	Paso 12	()

43.-¿Qué tan capaz te sientes de realizar cada una de los pasos que mencionaste anteriormente en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **ocasional**?

Paso 1	()	Paso 7	()
Paso 2	()	Paso 8	()
Paso 3	()	Paso 9	()
Paso 4	()	Paso 10	()
Paso 5	()	Paso 11	()
Paso 6	()	Paso 12	()

44.-¿Qué tan capaz te sientes de realizar cada una de los pasos que mencionaste anteriormente en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **regular**?

Paso 1	()	Paso 7	()
Paso 2	()	Paso 8	()
Paso 3	()	Paso 9	()
Paso 4	()	Paso 10	()
Paso 5	()	Paso 11	()
Paso 6	()	Paso 12	()

45.-¿Has usado el condón en tus relaciones sexuales?

1 (Si) 2 (No).

46.-¿Qué pasos has llevado a cabo cuando has usado condón en tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **ocasional**?

47.-¿Qué pasos has llevado a cabo cuando has usado condón en tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **regular**?

Anexos

Responde a las siguientes preguntas de acuerdo con la siguiente escala:

5)Totalmente capaz.

4)Muy capaz.

3)Algo capaz.

2)Poco capaz.

1)Nada capaz.

48.-¿Qué tan capaz te has sentido al realizar los pasos que mencionaste durante tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **ocasional**?

Paso 1	()	Paso 7	()
Paso 2	()	Paso 8	()
Paso 3	()	Paso 9	()
Paso 4	()	Paso 10	()
Paso 5	()	Paso 11	()
Paso 6	()	Paso 12	()

49.-¿Qué tan capaz te has sentido al realizar los pasos que mencionaste durante tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **regular**?

Paso 1	()	Paso 7	()
Paso 2	()	Paso 8	()
Paso 3	()	Paso 9	()
Paso 4	()	Paso 10	()
Paso 5	()	Paso 11	()
Paso 6	()	Paso 12	()

50.-¿Qué tan capaz te sentiste al realizar los pasos anteriores en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **ocasional**?

Paso 1	()	Paso 7	()
Paso 2	()	Paso 8	()
Paso 3	()	Paso 9	()
Paso 4	()	Paso 10	()
Paso 5	()	Paso 11	()
Paso 6	()	Paso 12	()

51.-¿Qué tan capaz te sentiste al realizar los pasos anteriores en todas tus relaciones sexuales con tu pareja sexual **regular**?

Paso 1	()	Paso 7	()
Paso 2	()	Paso 8	()
Paso 3	()	Paso 9	()
Paso 4	()	Paso 10	()
Paso 5	()	Paso 11	()
Paso 6	()	Paso 12	()

Anexos

PLANEACIÓN

No. de Folio _____ . Aplicador _____ .

-Fase predecisional.

1.- Cuando mantienes una relación sexual con tu pareja sexual regular, ¿deseas usar el condón? (deseo).

1 (No) 2(Si)

2.- ¿Qué tan probable es que uses el condón con tu pareja sexual regular si lo deseas? (deseo-meta).

(5) Totalmente probable.

(4) Muy probable.

(3) Algo probable.

(2) Poco probable.

(1) Nada probable.

3.- ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de usar un condón en las relaciones sexuales con tu pareja sexual regular? (costo-beneficio).

Ventajas.

Desventajas.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4.-¿Qué harías para usar un condón con tu pareja sexual regular? (implementación).

a) _____ .

g) _____ .

b) _____ .

h) _____ .

c) _____ .

i) _____ .

d) _____ .

j) _____ .

e) _____ .

k) _____ .

f) _____ .

l) _____ .

5.-Las personas que consideras importantes piensan que usar un condón en tus relaciones sexuales con tu pareja sexual regular es: (deseabilidad social)

Deseable _____

Indeseable.

Adecuado _____

Inadecuado.

Ideal _____

No ideal.

Conveniente _____

Inconveniente.

-Fase preaccional.

En situación de experimento: “Te voy a pedir que pongas un condón en este modelo, ¿traes un condón?, (si no trae se le da uno) antes de que lo hagas, quiero que me digas:

6.-¿Qué es lo que has hecho en el pasado para usarlo con tu pareja sexual regular?(uso de experiencia conductual anterior).

Anexos

7.- ¿Qué has pensado mientras lo has hecho? (uso de experiencia mental anterior).

8.-¿Cuánto tiempo te ha llevado planear tus conductas? (tiempo para planear la conducta).

-Fase de acción.

En situación de experimento: Me gustaría que colocaras un condón en este modelo de pene y que fueras diciéndome ¿qué es lo que estás haciendo?, ¿porqué?, ¿esto que estás haciendo se parece a lo que haces normalmente con tu pareja sexual regular?

- 1) Tener el condón. ()
- 2) Revisar fecha de caducidad o manufactura. ()
- 3) Oprimir la envoltura, revisar bolsa de aire. ()
- 4) Abrirse sin dañar con uñas o dientes. ()
- 5) Sacar, observar dirección en que se desenrolla ()
- 6) Colocarse en el pene erecto. ()
- 7) Apretar la punta para sacar el aire. ()
- 8) Desenrollarse hasta la base del pene. ()
- 9) Durante la penetración, revisar que el condón ()
siga en el borde del pene.

9.-Ahora me gustaría que me dijeras ¿Qué harías para quitarlo?

- 10) Después de la eyacuación detener el condón ()
- 11) Quitar el condón con cuidado. ()
- 12) Anudarse y tirar. ()

-Fase postaccional.

10.- ¿Cómo te sentiste al realizar la conducta?

11.- ¿Cómo evaluarías tu desempeño al realizar esta conducta si la comparas con tu conducta anterior?

- a) Mejor. b) Igual. c) Peor.

12.- ¿En qué se parecen el plan que llevaste a cabo para realizar la conducta y la conducta que realizaste?

13.- ¿En qué difieren?
