



301985

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA**

**COMUNICACIÓN SEXUAL ASERTIVA Y USO CONSISTENTE DEL  
CONDÓN: PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA  
PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTORA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:**

**MTRA. SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ POZO**

**COMITÉ DE TESIS:**

**DR. ROLANDO DÍAZ LOVING**

**DR. IGNACIO MÉNDEZ RAMÍREZ**

**DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**

**DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN**

**DRA. LILIA BERTHA ALFARO MARTÍNEZ**

**DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ**

**MÉXICO, D.F.**

**2005**

**M: 350388**



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.

*A la memoria de Luis Antonio Pineda Flores*

*A mis adoradas hijas Lucía y Cecilia, el motor de mi vida*

*A mis padres y hermanos, siempre unidos ahí vamos*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: SUSANA ROBERTO  
MONTES  
FECHA: 25/10/2005  
FIRMA: [Firma]

# *Agradecimientos*

A la Universidad Nacional Autónoma de México, y en especial a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por ser los escenarios imprescindibles de mi formación académica.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM, por el financiamiento otorgado para la realización de esta investigación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por brindarme apoyo económico como becario.

A la doctora Rocío Hernández Pozo, por alentarme siempre en este camino de la investigación, por su invaluable apoyo y confianza en cada idea expuesta en este trabajo y por ofrecerme esa inigualable sonrisa.

A los miembros de mi Comité Tutorial, doctor Rolando Díaz-Loving, doctor Ignacio Méndez, doctor Juan José Sánchez Sosa, doctora Sofía Rivera, doctora Lilia Alfaro y doctora Gabina Villagrán, mi más sincero agradecimiento por sus valiosas sugerencias y por enseñarme a caminar en el apasionante mundo de la investigación.

A mis compañeros del grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la UIICSE, quienes hicieron posible el desarrollo de esta investigación. Diana, Beatriz, Martha, Rodolfo, Mayuya y Eugenio, mil gracias por su apoyo incondicional, por las discusiones enriquecedoras y por su amistad que tanto aprecio.

A mis queridos alumnos de siempre, David Enríquez, Ricardo Sánchez, Aledia Cabrera, Guadalupe Olvera, Norma Avilés, Liliana Alatorre, con quienes he compartido el largo camino de esta investigación.

A los estudiantes de la FES Iztacala que con su valiosa y entusiasta participación contribuyeron con el desarrollo de esta investigación.

A mis amigas del alma: Yolanda, Tencha, Dianita, Pilar, María Luisita, Olivia, Lupita, Paty y la Chip, por hacerme agradable la vida.

A Nacho, Sergio, Rodolfo, Memo y Salvador, gracias por esas apasionadas discusiones sobre la ciencia y por el cariño y apoyo que me ofrecen siempre.

Luiszito, gracias por aguantar mis histerias y alegrarme los días haciéndome reír.

# CONTENIDO

	PÁG.
RESUMEN .....	I
ABSTRACT .....	II
INTRODUCCIÓN .....	III

## PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. EL CONDÓN MASCULINO: SU EFICACIA Y SU USO CORRECTO .....	1
CAPÍTULO 2. VARIABLES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL USO DE CONDÓN....	12
2.1    MODELOS PSICOLÓGICOS QUE PREDICEN EL USO DE CONDÓN..	11
2.1.1    MODELO DE CREENCIAS DE SALUD.....	13
2.1.2    TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA .....	14
2.1.3    TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA .....	16
2.1.4    MODELO DE AUTOEFICACIA.....	16
2.2    INVESTIGACIÓN EMPÍRICA GENERADA POR LOS MODELOS.....	18
2.3    MODELO DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA .....	25
2.3.1    PROPUESTA PARA SU EVALUACIÓN EMPÍRICA .....	28
CAPÍTULO 3. MEDIDAS DEL USO DE CONDÓN: PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS .....	31
3.1    RELACIÓN ENTRE EL AUTOREPORTE DEL USO DE CONDÓN Y LA INCIDENCIA DE VIH/ITS.....	32
3.2    INDICADORES QUE MIDEN LA CONDUCTA DE USO DE CONDÓN ...	34
CAPÍTULO 4. COMUNICACIÓN SEXUAL ASERTIVA Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA .....	45
4.1    COMUNICACIÓN SEXUAL ASERTIVA.....	46
4.2    ESTUDIOS DE EVALUACIÓN.....	48
4.3    ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN.....	52
4.4    ENTRENAMIENTO EN LA HABILIDAD PARA NEGOCIAR EL USO DE CONDÓN: UNA PROPUESTA BASADA EN EL MODELO DE BAYÉS .....	60

## PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN EMPÍRICA DEL MODELO DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS .....	68
OBJETIVO GENERAL .....	68
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	68
MÉTODO .....	70
DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN UNIVERSO.....	70
PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	70
PARTICIPANTES .....	71
ESCENARIO .....	71
TIPO DE ESTUDIO .....	71
VARIABLES .....	72
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	74

MEDIDAS DE LAS VARIABLES.....	76
PROCEDIMIENTO .....	78
ANÁLISIS DE DATOS .....	80
RESULTADOS .....	81
ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO.....	81
FACTORES DE LA FASE DEL <i>PRESENTE</i> DEL MODELO.....	89
FACTORES DE LA FASE DEL <i>PASADO</i> DEL MODELO .....	99
PREDICTORES DEL USO DE CONDÓN .....	108
RESUMEN DE RESULTADOS .....	120
DISCUSIÓN.....	122
CONDUCTA SEXUAL PREVENTIVA .....	123
FACTORES DEL MODELO QUE SE RELACIONAN CON EL USO DE CONDÓN.....	129
VARIABLES PREDICTORAS DEL USO DE CONDÓN.....	141
CONCLUSIONES.....	151
CAPÍTULO 6. ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SEXUAL ASERTIVA Y USO CORRECTO DEL CONDÓN .....	154
OBJETIVO GENERAL .....	154
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	154
HIPÓTESIS.....	157
MÉTODO .....	158
PARTICIPANTES .....	158
ESCENARIO .....	159
MATERIALES.....	159
EQUIPO .....	160
DISEÑO EXPERIMENTAL .....	160
VARIABLES .....	160
INSTRUMENTOS Y MEDIDAS .....	163
PROCEDIMIENTO .....	165
ANÁLISIS DE DATOS .....	169
RESULTADOS .....	170
CONDUCTA SEXUAL PREVENTIVA .....	171
PRÁCTICAS SEXUALES .....	175
TIPO DE PAREJA SEXUAL.....	175
CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA.....	178
AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA PREVENIR EL SIDA.....	180
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SEXUAL ASERTIVA Y USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	184
RELACIÓN ENTRE VARIABLES.....	185
DISCUSIÓN.....	187
CONCLUSIONES .....	197
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES.....	199
REFERENCIAS.....	205
ANEXOS	

# Resumen

La investigación psicológica sobre la prevención del VIH/SIDA ha dirigido su atención hacia el uso del condón como la conducta clave que debe estudiarse, buscando determinar las variables que están asociadas con este comportamiento preventivo. El Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planeada y el Modelo de Autoeficacia, son modelos que proponen lograr cambios conductuales incidiendo en las creencias, actitudes, conocimientos, intenciones y autoeficacia, por tanto, las variables de interés que resultan ser los mejores predictores del uso del condón son de naturaleza cognoscitiva o motivacional. Bajo una perspectiva conductual, en este trabajo se evalúa, por un lado, el papel que juegan variables conductuales y cognitivas en la determinación del comportamiento sexual preventivo, y por el otro, su viabilidad como modelo de intervención para desarrollar comportamientos preventivos. Para lograr tales propósitos se diseñaron dos estudios, uno transversal y otro de intervención.

**Estudio 1.** Se trabajó con una muestra aleatoria de 1168 estudiantes universitarios, 691 con experiencia sexual. Las variables evaluadas fueron: autoeficacia percibida para prevenir el SIDA, conocimientos sobre el VIH/SIDA, actitudes hacia el uso del condón, edad del debut sexual, número de compañeros sexuales en toda la vida, tipo de pareja con la que tienen relaciones sexuales, tipo de práctica sexual que se realiza y frecuencia de los encuentros sexuales. Se tomaron distintas medidas de la conducta de uso de condón a través de un cuestionario de autoreporte. Los resultados muestran que el comportamiento sexual preventivo se correlaciona con variables cognitivas y conductuales dependiendo del tipo de medida utilizada sobre el uso del condón. Un análisis de regresión múltiple con el método de *Stepwise* mostró que los predictores de la frecuencia del uso del condón fueron tener mayor número de parejas sexuales en los últimos tres meses, mayor diversidad de prácticas sexuales realizadas y mayor autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo; para el uso consistente del condón los predictores fueron mayor autoeficacia percibida para usar y comprar condones, menor frecuencia de las relaciones sexuales y una actitud favorable hacia el condón.

**Estudio 2.** En una muestra de 70 estudiantes universitarios sexualmente activos elegidos y asignados aleatoriamente a un grupo experimental y uno control, se evaluaron los efectos de un programa de intervención conductual en habilidades de comunicación sexual asertiva y uso correcto del condón sobre el uso consistente del condón. El programa incluyó 4 elementos que se diseñaron con base en un modelo interconductual: información sobre el ITS/VIH/SIDA y embarazos no deseados, roles de género en la cultura mexicana, entrenamiento en el uso correcto del condón a través del modelamiento y práctica conductual de 15 pasos definidos y entrenamiento en habilidades para conversar sobre temas de sexualidad y para negociar el uso del condón utilizando el Aprendizaje Estructurado como estrategia de cambio conductual. Conocimientos, actitudes, autoeficacia y uso del condón fueron evaluados a través de instrumentos de autoreporte; las habilidades de comunicación sexual asertiva y de uso correcto del condón a través de la observación directa. Los resultados muestran un incremento en la consistencia del uso de condón después de la intervención y en las habilidades conductuales entrenadas, pero ninguna de las medidas de observación directa se correlacionó con las medidas indirectas del uso de condón. La habilidad para conversar sobre temas de sexualidad no se relacionó con la de negociar el uso del condón y con su uso correcto; esta última sólo se correlacionó con la habilidad para negociarlo. Se concluye que el autoreporte del uso del condón no necesariamente significa que se tenga la habilidad para usarlo correctamente y negociarlo con la pareja y que saber usar correctamente el condón promueve la habilidad para negociarlo. Se analizan las implicaciones de estos hallazgos en el contexto de los programas de prevención del VIH/SIDA y de embarazos no deseados dirigidos hacia los jóvenes.

## Abstract

HIV/AIDS psychological prevention research has directed its attention toward the condom use as a key behavior that it should be studied, looking for to determine the related variables to this preventive behavior. Some models intend to achieve behavioral changes impacting in the beliefs, attitudes, knowledge, intentions and autoeficacia, therefore, the variables of interest that turn out to be the best predictors in the condom use are of cognitive or motivational nature. Under a behavioral model, behavioral and cognitive variables are evaluated as determinants of preventive sexual behavior, and their viability like I model of intervention to develop preventive behaviors. Two studies were designed, one cross-sectional and another of intervention.

**Study 1.** A random sample of 1168 university students, 691 with sexual experience, participated. Self-efficacy, knowledge on the VIH/SIDA, attitudes toward condom use, age of the first sexual intercourse, sexual partners' number in a lifetime, sexual partner type, four sexual practices and frequency of sexual encounters were evaluated. We took different measures of condom use behavior through a self-questionnaire. The results show that the preventive sexual behavior is correlated with cognitive and behavioral variables depending on the measure type used on condom use. A multiple regression analysis with the Stepwise method showed that frequency condom use predictors were to have bigger number of even sexual in the last three months, bigger diversity of practical sexual carried out and bigger perceived self-efficacy to use a condom; consistent condom use predictors were bigger perceived self-efficacy to use and to buy condoms, smaller frequency of the sexual relationships and a favorable attitude toward the condom.

**Study 2.** This study assessed the effects of sexual communication and condom use skills training on 50 sexually active college students' consistent condom use. In vivo sexual communication and condom use skills post intervention assessments showed that intervention group participants acquired the skills trained and were significantly better than control group participant in openly talking about sex, negotiating condom use and correctly using it. The condom use indirect measures showed an increment on intervention group in condom use in the last sexual intercourse and consistent condom use, however, there was no statistical significance between groups in condom use for general sexual relationship, the last sexual intercourse they recalled, and consistent condom use. None of the three trained target behavioral skills were correlated with any of the self-report condom use measures. Based on these findings this paper questions the validity of indirect measures of condom use and highlights the need to include behavioural measures and training of correct condom use and its relation to condom negotiation skills as part of any intervention program related to HIV/AIDS prevention.



# Introducción

El trabajo de investigación que constituye esta tesis doctoral parte de la necesidad de realizar estudios de intervención orientados hacia la promoción de la salud sexual de los adolescentes y jóvenes,<sup>1</sup> considerando como eje central el entrenamiento en habilidades conductuales para lograr cambios efectivos en su comportamiento sexual de riesgo, contribuyendo, de alguna manera, con un cambio en los niveles de incidencia de los principales problemas de salud sexual que afectan a los individuos en estas etapas de su desarrollo personal.

Los problemas de salud sexual pueden entenderse como todos aquellos trastornos físicos y psicológicos que se desarrollan a partir de que dos personas realizan prácticas sexuales en las que es posible que ocurra un intercambio de fluidos o secreciones de los órganos genitales. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) –incluyendo el VIH/SIDA–, embarazos no planeados y, en muchos casos como consecuencia de estos últimos, el aborto, son ejemplos de estos problemas de salud sexual que ocurren de manera importante en los jóvenes y han sido motivo de preocupación en el campo de la salud pública, tanto en México como en otros países.

La población mundial de adolescentes y jóvenes es de 1 700 millones, de los cuales el 85% viven en países en desarrollo, en México este grupo etéreo asciende a los 30 millones (Santos, Villa, García et al., 2003). El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2004) presenta algunos datos interesantes en relación con la actividad sexual de los adolescentes que pueden resumirse de la siguiente manera: en el mundo diariamente ocurren más de 100 millones de relaciones sexuales, de éstas, un millón terminan en un embarazo no deseado y cerca de un millón con alguna ITS; diariamente ocurren en el mundo 910 mil partos, de los cuales al menos el 25% son no deseados; en todo el mundo

---

<sup>1</sup> De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la edad de los adolescentes está entre los 10 y 19 años, y la de los jóvenes entre los 20 y 24 años. En México, la SSA establece dos subgrupos de adolescentes: Grupo 1: de 10 a 14 años (adolescencia temprana) y Grupo 2: de 15 a 19 años (adolescencia tardía).

fallecen alrededor de 585 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, de ellas 200 mil mueren en abortos clandestinos; 32 de cada 100 mujeres contrae matrimonio a los 18 años y, a esa misma edad, el 20% queda embarazada por primera vez; con frecuencia el embarazo en adolescentes concluye en partos prematuros y alumbramientos de bebés de bajo peso, lo que deriva en elevados índices de mortalidad infantil. En los Estados Unidos de Norteamérica, Kaplan, Feinstein, Fisher et al. (2001) señalan que cada año 3 millones de adolescentes adquieren una ITS, representando el 25% del total de casos reportados anualmente; aproximadamente 900 mil adolescentes llegan a embarazarse cada año, dos terceras partes ocurren en mujeres de 18 y 19 años de edad y un tercio son menores de 18 años; de todos estos casos el 35% terminan en abortos. En México se estima que durante el año 2000 ocurrieron cerca de 366 mil nacimientos en madres menores de 19 años y más de 25 000 embarazos terminaron en abortos (Santos et al., 2003), en relación con las ITS, la OMS estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos: *tricomonas* (3.39 millones de infecciones), *clamidia* (1.92 millones), *gonorrea* (1.36 millones) y *sífilis* (0.24 millones) (Santos et al., 2003).

Las estadísticas relativas a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) también son preocupantes. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA, 2004) informa que en el mundo existen 42 millones de personas viviendo con el VIH/SIDA, aproximadamente se infectan 16 mil personas diariamente (la mayoría por vía heterosexual), el 40% son mujeres, el 50% de las nuevas infecciones ocurre entre los adolescentes y jóvenes y, en el año 2003, causó la muerte de más de 3 millones de personas. En México este problema de salud ha afectado de manera importante a los jóvenes, ocupando en 1998 el cuarto lugar dentro de las primeras 10 causas de muerte en varones de 25 a 34 años de edad y el séptimo lugar en mujeres de este mismo rango de edad (CENSIDA, 2003b). Para noviembre de 2004, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) reporta un total de 90 043 casos acumulados, con una proporción mayor en hombres (83.8%) que en

---

mujeres (16.2%), con el 91.4% de los casos infectados por vía sexual y el 97.5% en personas mayores de 15 años (CENSIDA, 2005).

Este panorama epidemiológico sobre los embarazos, abortos e Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA, posiblemente se relaciona con las tendencias crecientes en la actividad sexual que se han reportado en los jóvenes de México y de otros países. La edad de la primera relación sexual ha estado entre los 14.2 y los 17.6 años en adolescentes de la ciudad de Guadalajara, Jalisco (Caballero y Villaseñor, 2001), entre los 15 y 16 años en estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México (Sánchez-Sosa y Hernández, 1995) y entre los 16 y 18 años en estudiantes universitarios (Robles, 1999), la media fue de 15.7 años en una muestra representativa nacional de adolescentes y jóvenes mexicanos entre los 12 y 19 años de edad (Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis, 2003).

Para mostrar las tendencias reportadas en el porcentaje de hombres y mujeres mexicanos que han tenido relaciones sexuales, elaboramos un cuadro que resume la información proporcionada por Gayet et al. (2003), quienes consultaron las siguientes encuestas: Encuesta sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior (1988), Encuesta sobre Comportamiento Sexual y Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (1988), Encuesta sobre Comportamiento Sexual en la Ciudad de México (1994), Encuesta para el Programa Gente Joven de MEXFAM (1999), Encuesta Nacional de Juventud (ENSA 2000) y Encuesta de Jóvenes Universitarios de la UAEM (2001). Aun cuando los rangos de edad de los jóvenes fluctúan entre estas encuestas, los datos muestran una mayor proporción de hombres sexualmente activos que de mujeres y la diferencia entre ambos se ha reducido a través de los años (véase Cuadro No. 1). Por ejemplo, en 1988 la Encuesta sobre Comportamiento Sexual y Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México muestra una diferencia entre hombres y mujeres sexualmente activos del 13% y 12 años después la diferencia es del 1.1% en la Encuesta Nacional de Salud. Tendencias semejantes

en la actividad sexual de hombres y mujeres de áreas metropolitanas de los Estados Unidos son reportadas por Kaplan et al. (2001) y se sigue observando una mayor actividad sexual en hombres que en mujeres (véase Cuadro No. 2).

**Cuadro No. 1**  
Porcentaje de hombres y mujeres adolescentes y jóvenes con actividad sexual de acuerdo con información arrojada por distintas encuestas realizadas en población mexicana.<sup>2</sup>

<b>Año</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Rangos de edad</b>	<b>Encuesta/estudio</b>
1985	44.0	13.0	15-19	Young adult reproductive health survey in Latin America
1988	38.3	5.4	14- ?	Encuesta sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior
1988	33.3	20.3	15-19	Encuesta sobre Comportamiento Sexual y Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México
1994	40.5	?	15-19	Encuesta sobre Comportamiento Sexual en la Ciudad de México
1999	22.3	10.3	13-19	Encuesta para el Programa Gente Joven de MEXFAM
2000	60.0	51.0	15-29	Encuesta Nacional de Juventud
2001	69.9	45.8	16-26	Encuesta de Jóvenes Universitarios de la UAEM
2000	16.8 n=7 769	15.7 n=8 251	12-19	Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) N=16 285 entrevistados

**Cuadro No. 2**  
Porcentaje de hombres y mujeres norteamericanos entre los 15 y 19 años de edad con actividad sexual<sup>3</sup>

<b>Sexo</b>	<b>1988</b>	<b>1991</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>1999</b>
Hombres	76%	57%	55%	49%	
Mujeres	53%	50%	52%		48%

Ante esta problemática de salud sexual entre los adolescentes y los jóvenes reflejada en los altos índices de embarazos no deseados, de VIH/SIDA y otras ITS que son preocupantes en esta población (Santos et al., 2003), resulta importante analizar las formas particulares en que estos problemas pueden prevenirse, ya que de ello deriva el desarrollo de estrategias de intervención dirigidas

<sup>2</sup> Información retomada de Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003).

<sup>3</sup> Información retomada de Kaplan, Feinstein, Fisher et al. (2001).

específicamente a poblaciones de adolescentes y jóvenes mexicanos. Existen al menos tres formas de hacerlo: 1) la abstinencia sexual, 2) sexo seguro (relaciones sexuales que no implican un intercambio de fluidos –por ejemplo, caricias en genitales, masturbación en compañía) y 3) el uso de algún método anticonceptivo o de algún método de barrera como los condones masculino y femenino. Los métodos anticonceptivos son útiles únicamente para prevenir embarazos, mientras que los métodos de barreras previenen tanto embarazos como las ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Kaplan et al. (2001) señalan que desde el punto de vista de la salud pública, la prevención primaria de embarazos no planeados y de ITS implicaría demorar el inicio de la vida sexual en aquellas poblaciones de jóvenes que nunca han tenido una relación sexual, y la prevención secundaria implicaría promover prácticas de sexo seguro<sup>4</sup> en adolescentes que ya tienen una vida sexual y que no planean abstenerse de ella. Si consideramos que en el mundo contemporáneo las condiciones de vida han cambiado para mucha gente joven en quienes vemos una pubertad más temprana, matrimonio más tardío, menor control y más autonomía familiar y una intensa exposición al erotismo en los medios de comunicación, el tener experiencias sexuales e intimar con la pareja llegan a ser comportamientos que forman parte del desarrollo normal del adolescente (Gebhardt, Kuyer y Greunsven, 2003). En algunas revistas, programas de televisión y canciones pop se transmite el mensaje implícito (y en muchos casos explícito) de que es normal expresar amor a la pareja a través de una relación física, incluso esperan los jóvenes tener experiencias sexuales antes de casarse. Por esta razón, suponemos que los esfuerzos en la prevención de estos problemas de salud se han orientado hacia la promoción del uso correcto y consistente del condón.

A pesar de que en distintos lugares se ha reportado una tendencia creciente en el porcentaje de adolescentes que usan el condón tanto en la primera relación sexual como en la última (Gayet et al., 2003; Kaplan et al., 2001), está ampliamente documentado, en México (Caballero y Villaseñor, 2001; Díaz-Loving y Alfaro, 1995; Micher y Silva, 1997; Moreno, Robles, Frías y Rodríguez, 2003; Piña, González, Molina y Cota, 2003; Robles y Moreno, 2000, 2002; Soto, Izazola

---

<sup>4</sup> Sexo seguro y sexo protegido es manejado por estos autores en forma indistinta.

y Tolbert, 1993) y en otros países (Albarracin, Johnson, Fishbein y Muellerleile, 2001; Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez y March, 2002; Sheeran, Abraham y Orbel, 1999; Smith, 2003) que una proporción importante de esta población sexualmente activa no usa el condón o lo usa inconsistentemente. Este hecho ha sido motivo de preocupación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales en distintos países, por estar vinculado con el desarrollo de ITS, VIH/SIDA y embarazos no planeados, problemas importantes todos ellos, en el campo de la salud pública. En México la Secretaría de Salud cuenta con distintos programas relacionados con la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes,<sup>5</sup> que se centran fundamentalmente en el acceso a la información, el derecho a la libre decisión y la prestación de servicios con calidad; las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación, son los principales focos de atención.<sup>6</sup> Estos programas caen dentro de lo que Kulbok, Baldwin, Cox y Duffy (1997) han referido como *promoción de la salud*. Estos autores señalan que se ha manejado de manera indistinta la *prevención de enfermedad*, la *protección de la salud* y la *promoción de la salud*. A través de un análisis riguroso de estos términos, los autores señalan que debe hacerse una distinción entre *promoción de la salud* y *conductas que promueven la salud*. En el primer caso ellos hacen referencia a las acciones o esfuerzos organizados que mejoran, apoyan o promueven el bienestar o la salud de individuos, familias, grupos, comunidades o sociedades, mientras que en el caso de las *conductas que promueven la salud* se debe considerar a cualquier acción o conductas realizadas por individuos para mejorar o promover el bienestar o la salud. En el campo de la promoción de la salud se ubicarían los programas de intervención a nivel comunitario para lograr individuos saludables; en el caso de las conductas que promueven la salud, se

---

<sup>5</sup> En la Dirección General de Promoción de la Salud, el Programa de Salud Integral del Adolescente. En la Dirección General de Salud Reproductiva, los programas de *Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA)*, *Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes* y *Programa para la Promoción de la Salud Integral de la Adolescencia (PROSIA)*.

<sup>6</sup> Programa de Acción: Salud Reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgsr/programas\\_de\\_accion/programa\\_SR.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgsr/programas_de_accion/programa_SR.pdf).

ubicarían los estudios que evalúan la efectividad de distintos modelos, estrategias o técnicas para lograr cambios en el comportamiento de los individuos.<sup>7</sup>

Las campañas de prevención del VIH/SIDA emprendidas por CENSIDA, como programas de *promoción de la salud*, se han caracterizado por difundir, a través de diferentes medios, mensajes alusivos al SIDA que han ido cambiando a través de los años como producto de evaluaciones que se han realizado sobre su impacto en distintos sectores de la población mexicana (Rico, Bronfman y Del Río, 1995; Marchetti, 1997). Enríquez y Sánchez (2004) presentan un análisis sobre la evolución de estas campañas, el cual resumimos a continuación.

Las primeras campañas emprendidas por CENSIDA (antes CONASIDA) se caracterizaron por difundir un mensaje de terror (muerte es igual a SIDA) que no tuvo un impacto importante en la población, por lo que la estrategia cambió hacia la promoción del uso del condón, dirigiendo especial atención a la población de adolescentes. De 1996 al 2001 las campañas siguieron una estrategia de comunicación enfocada a lograr un mejor impacto en esta población de riesgo (los adolescentes), donde los mensajes destacaban el efecto multiplicador de la infección por VIH a través de la vía sexual (comercial donde se hacía una analogía con enchufes) (CENSIDA, 2002). En noviembre del 2002 CENSIDA sacó al aire una nueva campaña de prevención del VIH/SIDA, la cual promovía el uso del condón como una de las formas más eficaces para prevenir su transmisión y buscaba también promover la comunicación entre madres, padres y sus hijas e hijos en torno a la sexualidad y al VIH/SIDA. Esta primera fase se difundió en televisión, radio y anuncios en prensa y revistas durante los meses de noviembre y diciembre del 2002; al mismo tiempo en radio se refuerza el mensaje hacia los adolescentes de que un “pretexto para no usar un condón es todo lo que el SIDA necesita”. La campaña dirigida hacia los padres de los adolescentes se enfocó a promover la confianza y comunicación entre ellos, ya que se consideraba que era la única forma de poder ayudarlos a prevenir tanto el VIH/SIDA como otras ITS; la justificación a este último punto era que la transmisión del VIH estaba asociada

<sup>7</sup> El estudio de intervención que aquí presentamos se ubica en este último rubro al entrenar conductas que promueven la salud de los jóvenes.

con una falta de información y por no percibirse en riesgo. El lema que se utilizó en esta campaña fue: "Tú no puedes estar siempre con tus hijas e hijos. Un condón sí". Asimismo, se pretendió crear conciencia acerca de la percepción del riesgo cuando se actúa sin protección y se buscó motivar a esta población hacia la búsqueda de información, hacia el desarrollo de la comunicación entre padres e hijos y a fortalecer el uso del condón como una de las medidas más eficaces para la prevención del VIH/SIDA. Otra de las estrategias empleadas para evaluar el impacto de estas campañas fue la utilización de TelSIDA. De 1987 a 1995 incrementó en 181% el número de llamadas telefónicas a TelSIDA, con una proporción mayor de llamadas que demandaban consejería y preguntas específicas sobre transmisión sexual (Rico, Bronfman y Del Río, 1995). Recientemente, CENSIDA (2003) ha promovido un mayor involucramiento de la SEP en programas de educación sobre comportamientos sexuales saludables; el uso de recursos del préstamo del Banco Mundial para diseñar estrategias preventivas específicas a través de las ONG's de todo el país; una mejor distribución de condones por parte del sector público; el mercadeo social de condones femeninos y masculinos; programas comunitarios para hombres que tienen sexo con otros hombres; programas para trabajadoras y trabajadores del sexo comercial y sus clientes; y, finalmente, nuevas campañas en medios masivos de difusión.

Posiblemente las acciones emprendidas por CENSIDA sean responsables, entre otros factores, de que en distintos estudios realizados en poblaciones de adolescentes y jóvenes universitarios se reporten niveles aceptables de conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA (Alfaro, Rivera y Díaz-Loving, 1992; Marcheti, 1997; Martínez, Villagrán y Díaz-Loving, 1992; Micher y Silva, 1997; Moreno et al., 2003; Robles, 1999; Robles y Moreno, en prensa; Villagrán y Díaz-Loving, 1999b) y una mayor percepción de riesgo para contraer el VIH (Díaz-Loving y Rivera, 1992). Sin embargo, también se ha señalado que los jóvenes, a pesar de estar bien informados sobre las características del VIH/SIDA y sobre las formas específicas en que puede transmitirse y prevenirse, siguen teniendo conductas sexuales de riesgo. Este



hecho se ha referido en países como Estados Unidos (Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000), Colombia (Toledo, Navas, Navas y Pérez, 2002), España (Bimbela et al., 2002; Oliva, Serra y Vallejo, 1992; Santín, Torrico, López y Revilla, 2003) y México (Gayet et al., 2003; Moreno et al., 2003; Piña y Corral, 2001; Piña y Urquidi, 2004; Robles y Moreno, 2000; Urquidi y Piña, 2005). En otras palabras, la información es una condición necesaria para cambiar comportamientos de riesgo a preventivos, pero por sí sola, no es suficiente para conseguirlo (Bayés, 1992b).

De acuerdo con lo anterior, es clara la necesidad de dirigir los esfuerzos hacia el diseño y evaluación de programas de intervención que permitan lograr cambios efectivos de comportamientos de riesgo a comportamientos preventivos. El diseño de dichos programas debe tener sus fundamentos en los resultados de investigaciones empíricas que demuestren la viabilidad de un modelo conceptual para predecir el comportamiento preventivo. El modelo conceptual define las variables que están involucradas en la ocurrencia de conductas preventivas, por lo que los elementos que configuren una intervención corresponderán con las variables que resultaron ser los mejores predictores del comportamiento sexual preventivo. Adicionalmente, la investigación sobre este problema también ha demostrado la importancia de tomar en consideración la forma en la que se miden las variables que son objeto de interés y que conduce al análisis de la validez de las medidas utilizadas para evaluar el comportamiento sexual preventivo (Crosby, 1998; Crosby, Yarber, Sanders y Graham, 2004; Geary, Tchupo, Johnson, Cheta y Nyama, 2003; De Visser y Smith, 2000); es posible, en este sentido, que los efectos de una estrategia de intervención muestren ser significativos sobre el comportamiento sexual preventivo dependiendo de cómo éste se haya medido.

El trabajo que aquí se presenta se organiza en tres líneas temáticas que se van entrelazando a través de los capítulos que hemos desarrollado. La primera de ellas aborda el análisis de las variables definidas en los modelos conceptuales que mayor investigación han generado sobre la prevención del VIH/SIDA, derivando en la evaluación empírica de un modelo específico de prevención del VIH/SIDA (Bayés, 1992b) que tiene sus fundamentos en el análisis funcional del

comportamiento humano (Bayés, 1990). La segunda línea temática plantea un análisis crítico sobre la validez de las medidas que se utilizan para evaluar, tanto la viabilidad de un modelo conceptual como el impacto de estrategias de intervención dirigidas a disminuir el comportamiento de riesgo, que en ambos casos se ha centrado en el uso de condón. El tercer eje temático de este trabajo resalta la importancia del diseño de estrategias de intervención conductual vinculadas con el desarrollo de habilidades de comunicación sexual asertiva y el aprendizaje de habilidades específicas sobre el uso correcto del condón, dirigidas hacia el cambio efectivo de comportamientos de riesgo a comportamientos preventivos. En esta última línea de análisis, se cristalizan las propuestas conceptuales y metodológicas de las dos primeras.

En la primera parte de este trabajo, el marco teórico, se presentan 4 capítulos que constituyen el fundamento de la investigación empírica que se describe en la Parte II. El primer capítulo muestra hasta dónde los condones masculinos resultan ser efectivos y eficaces para prevenir la infección por VIH y otras ITS. En el Capítulo 2 se describen las características de distintos modelos cognitivo-conductuales que se han interesado en explicar y predecir el comportamiento sexual preventivo, un panorama general de la investigación empírica realizada bajo la perspectiva de dichos modelos y un análisis del modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992b).

En el Capítulo 3 se cuestiona la validez de las medidas de autoreporte del uso de condón, se analizan los distintos indicadores que se han utilizado para medir esta conducta y se presentan algunas alternativas orientadas hacia el uso de medidas más objetivas de este comportamiento.

El cuarto capítulo de esta primera parte está orientado hacia el análisis de la investigación sobre habilidades de comunicación sexual asertiva y su vinculación con la conducta de uso de condón, poniendo especial atención en las estrategias de intervención utilizadas y en las medidas que sobre ambos tipos de comportamiento se realizan; el capítulo termina con una propuesta metodológica, fundamentada en el modelo de Bayés (1992b), que describe los elementos que

deben considerarse en el diseño de estrategias de intervención dirigidas hacia el desarrollo de habilidades para negociar el uso del condón y para usarlo correcta y consistentemente.

La segunda parte de este trabajo está conformada por dos investigaciones empíricas realizadas con estudiantes universitarios. En la primera (Capítulo 5) se evalúa el papel que juegan en la predicción de la conducta de uso del condón las variables propuestas en el modelo de Bayés (1992b), utilizando dos indicadores de este comportamiento: la frecuencia y la consistencia del uso de condón.

La segunda investigación (Capítulo 6) corresponde a la evaluación de un programa de prevención del VIH/SIDA diseñado bajo la lógica conceptual de este modelo, que tiene como objetivo principal evaluar los efectos de un entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual asertiva y uso correcto del condón sobre su uso consistente. Finalmente, en el Capítulo 7 se discuten los hallazgos obtenidos en ambos estudios y se plantean algunos lineamientos para investigaciones futuras dirigidas hacia la prevención del VIH/SIDA.

# **PARTE I**

## **MARCO TEÓRICO**

# Capítulo 1

## El condón masculino: su eficacia y su uso correcto

**E**n este capítulo se analizan algunos trabajos que proporcionan evidencia empírica que permite ver hasta dónde los condones masculinos resultan ser efectivos y eficaces para prevenir la infección por VIH y otras ITS. Sin embargo, primeramente señalaremos algunas características importantes del Virus de Inmunodeficiencia Humana que permitirán entender las razones de las pruebas de eficiencia y eficacia del condón masculino y la necesidad de entrenar su uso correcto y consistente.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un microorganismo cuya supervivencia depende de una célula viva que le permita multiplicarse. Perteneció a la familia de los retrovirus porque contiene Ácido Ribonucleico (ARN) y una enzima llamada *transcriptasa reversa*, la cual hace que el virus replique el DNA directamente de su propio RNA (Sarngadharan, Popovic, Bruch, Schupbach y Gallo, 1984). El VIH lo que hace es debilitar el sistema inmunológico al invadir y destruir los *linfocitos T4* y los *macrófagos*, que son dos tipos de glóbulos blancos de la sangre cuya función principal es rechazar las infecciones (Ford, 1994). Las células *T4* son parte esencial del sistema inmunológico, si disminuye la cantidad de éstas en la sangre, la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones será menor y la probabilidad de que surjan enfermedades oportunistas será mayor. Cuando en el organismo empiezan a manifestarse un conjunto de enfermedades diversas como producto de la presencia en el cuerpo del VIH, es cuando se habla de la enfermedad del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El *periodo de incubación* del VIH está definido por el intervalo que hay entre la exposición al virus y el desarrollo de anticuerpos específicos, mientras que el *periodo de latencia* hace referencia al tiempo que transcurre entre la infección inicial del virus y la aparición de cualquier manifestación clínica del VIH (Glasner y Kaslow, 1990).

Este periodo de latencia es lo que caracteriza a los llamados *seropositivos*, que son personas que poseen el VIH, son totalmente asintomáticas, pero pueden transmitir el virus a otras personas que no lo tienen. Se ha reportado que el tiempo promedio de latencia del VIH varía ampliamente en distintos grupos de personas; en el caso de pacientes que adquirieron la infección a través de una transfusión sanguínea, el tiempo promedio de la latencia fluctúa entre 4.5 y 15 años (Medley, Anderson, Cox y Billard, 1987), mientras que en grupos de hombres homosexuales el tiempo promedio es de 7.8 años (Lui, Darrow y Rutherford, 1988).

La pregunta central que se ha tratado de resolver en la investigación sobre SIDA es, según Balter (1998a), por qué el VIH tarda tanto tiempo en destruir el sistema inmune de la mayoría de los pacientes infectados; las células receptoras llamadas quimiocinas (*chemokine*) están jugando un papel esencial en la investigación sobre este aspecto al mostrarse que niveles altos de estas células podrían inhibir la replicación *in vitro* del VIH (Cocchi, DeVico, Garzine-Demo, Arya, Gallo y Lusso, 1995) y esto ha generado nuevos caminos hacia el desarrollo de una vacuna (Balter, 1998b; McNicholl, Smith, Qari y Hodge, 1997). También se han desarrollado nuevos medicamentos que, si bien no eliminan el virus, obtienen como resultado un periodo más prolongado de vida del paciente que tiene SIDA (Balter, 1996; Bloom, 1996; Cohen, 1996; Cohen, 1997a, 1997b; Lange, 1997). Hasta la fecha, los esfuerzos continúan realizándose por especialistas biomédicos (AIDS Vaccine, 2003; Klausner, Fauce, Corey et al., 2003; ONUSIDA/OMS, 2003) pero aún no se descubre una vacuna contra el SIDA.

No obstante que en algunos trabajos se pone de manifiesto que la única forma efectiva de prevenir la infección por el VIH es la abstinencia sexual o las relaciones sexuales fieles (Saudeau, 1998), parece ser que, al menos hasta el momento, el condón usado correcta y consistentemente es el método más efectivo para prevenir el VIH/SIDA y otras ITS en personas que ya tienen una vida sexual (CENSIDA, 2004). Sin embargo, no sólo la forma correcta de usar el condón resulta importante sino también tiene mucho que ver el tipo de condones que se

usan en cada acto sexual, ya que estudios realizados en distintos países muestran que la tasa de rompimiento o perforación del condón fluctúa entre el 1% y el 13% (Richters, Donovan y Gerofi, 1993). Las fallas en el uso del condón pueden deberse a problemas de fabricación de los condones (fallas técnicas del condón referidas por Del Río y Uribe, 1995, como *eficacia del método*) y a factores relacionados con el comportamiento específico de quien los usa (*eficacia del uso*). En relación con el primer caso, debe vigilarse el control de calidad en el proceso de fabricación que deriva en la seguridad de los condones. De acuerdo con la Secretaría de Salud (1997), en los estudios de control de calidad de los condones se utilizan partículas de agua y de aire, las cuales son mucho más pequeñas que el VIH, lo que indica que si este método de barrera es utilizado correctamente impedirá de manera eficaz el paso de este virus.

Por tales razones, el grado de eficacia que pueden tener los condones para prevenir la transmisión del VIH, otras ITS y embarazos no planeados, depende del material con el que estén fabricados. Los condones hechos de Latex son los más comunes y más efectivos, tanto en Estados Unidos (Kaplan et al., 2001) como en México (CENSIDA, 2004; Condón.pon, 2004). Los condones naturales son los que están hechos con intestino de ovejas y son permeables a microorganismos, por lo que no se recomienda su uso (Kaplan et al., 2001). También existen en el mercado condones (masculino y femenino) fabricados con poliuretano, que pueden ser útiles para las personas que resultan alérgicas al látex. Según Condón.pon (2004) los condones de poliuretano para varón son nuevos en México y ofrecen una colección de características que los hacen muy peculiares; por ejemplo, son más resistentes que los de latex, más delgados incluso que los de tipo "sensitivo", no produce alergias por estar exentos de proteínas naturales, algunos condones de este material están pensados para quedar holgados, resolviendo así el problema y mito de que el condón puede quedar chico o demasiado ajustado; tiene también la ventaja de poder usarse cualquier tipo de lubricante, incluyendo aceites, vaselinas y petrolatos en general; sin embargo, la desventaja contra los de látex es que son más costosos.

También es importante conocer qué tipo de condón se puede utilizar en cada práctica sexual, por el ejemplo, cuando se tiene sexo anal el condón es sometido a mayores esfuerzos, por lo que es conveniente utilizar un condón más grueso (reforzado) y con suficiente lubricante; para la práctica de sexo oral hay condones que contienen saborizante artificial y son delgados para tener mayor sensibilidad, sin embargo, esta misma cualidad puede provocar un mayor riesgo de ruptura durante la penetración vaginal o anal, por lo que no se recomiendan para este tipo de prácticas (PROFECO, 2004). Los datos que reportan Del Río y Uribe (1995) muestran que en las relaciones heterosexuales –donde la práctica más común es la penetración pene-vagina–, la efectividad del uso del condón es del 99.5% y en las relaciones homosexuales –donde la práctica más común es el sexo anal–, la efectividad fluctúa entre un 96.4% y un 89.5%. La posibilidad de rompimiento de los condones es de 0.5 por ciento en uso vaginal y de 3.6 por ciento en uso anal (Secretaría de Salud, 1997).

En otras palabras, la prevención efectiva del VIH y otras ITS implica que las personas que tienen vida sexual activa usen correctamente el condón en cada una de sus relaciones sexuales, teniendo la habilidad para identificar las posibles fallas que resultan de la fabricación del condón y de la forma en la que es usado.

Los condones masculinos que se pueden encontrar en el mercado son: condones clásicos, sensitivos, extra fuertes, anatómicos, texturizados, aromatizados, mutantes, con silicón o silicona, fosforescentes, con diseño de campana y con nonoxinol-9. En algunos lugares se han recomendado los condones con espermicidas, sobre todo con nonoxinol-9, como un medio para incrementar la eficacia del uso del condón en la prevención de embarazos e ITS (Sikand y Fisher, 1992), sin embargo, se ha sugerido tomar con reserva estas recomendaciones ya que se ha demostrado que los espermicidas pueden causar irritación en la vagina, incrementando el riesgo de úlceras y el riesgo potencial de infección por el VIH (Hira, Feldblum, Kananga et al., 1997).

Para entender las fallas del uso del condón que se reportan con mayor frecuencia en la literatura que evalúa este problema, consideramos importante



describir los pasos que deben seguirse para usar correctamente el condón, y de acuerdo con ellos, identificar las fallas más comunes (*eficacia del uso*). Fishbein y Pequegnat (2000) señalan los siguientes pasos:

- Se debe revisar la fecha de caducidad antes de usar cualquier condón, ya que es más probable que los condones viejos se dañen o rompan.
- Hay que saber cuándo y cómo ponerse un condón. El “cuándo” implica saber que se tiene que poner antes de cualquier contacto pene-vagina o pene-ano, mientras el pene está erecto, y debe permanecer en el pene hasta que éste sea retirado completamente de la vagina o ano.
- El “cómo” implica abrir cuidadosamente el paquete sin que se rasgue o dañe el condón. Se debe poner el condón sobre el glande para que pueda desenrollarse hasta la base del pene, apretando la punta del condón para que quede un espacio libre para que se deposite el semen.
- Para tener un máximo de seguridad es conveniente retirar el pene aún erecto inmediatamente después del orgasmo, cuidando sostener el condón en la base del pene para evitar que se resbale y el semen no pueda derramarse.
- También es conveniente usar lubricantes a base de agua, ya que otros lubricantes pueden dañar el látex.
- Nunca se debe usar el mismo condón más de una ocasión y cuando por error se pone del lado contrario al que se desenrolla, debe desecharse y usar otro nuevo, ya que si un hombre estuviera infectado con alguna ITS como la *Neisseria gonorrhoeae*, es probable que si el condón se pone por el lado equivocado la bacteria patógena quede en esa parte del condón y al voltearlo para desenrollarlo correctamente lo que está ocasionando es que el hombre ponga directamente en contacto a la bacteria patógena con el útero de la mujer, resultando una forma muy eficiente de transmitir la gonorrea.

Aun cuando el uso del condón sea consistente, es decir, se use en todas y cada una de las prácticas sexuales que se tengan, hay probabilidad de riesgo de

alguna infección si se considera que puede haber fallas en alguno de los pasos arriba especificados. Según Coates y Makadon (1995), las fallas más comunes del uso del condón se deben a no usarlo en cada acto sexual, no ponérselo antes de que ocurra cualquier contacto genital o no desenrollarlo por completo al ponérselo. Sin embargo, otras fallas han sido reportadas en distintos estudios. Por ejemplo, Spruyt, Steiner, Joanis et al. (1998) encontraron que el abrir el paquete del condón con objetos punzocortantes y desenrollarlo antes de ponérselo se asoció con un mayor rompimiento del condón y desenrollarlo antes de ponérselo junto con la longitud o intensidad de la relación se asoció con que el condón se resbalara o saliera del pene antes de tiempo. Warner, Warner, Boles y Williamson (1998) encontraron un porcentaje mayor al 30% de estudiantes varones entre los 18 y 29 años de edad que reportaron ponerse el condón por el lado contrario al que se desenrolla y lo voltearon y se lo volvieron a poner por el lado correcto; el 17% reportó haber iniciado la relación sexual sin el condón deteniendo la relación para entonces ponérselo; el 12.8% reportó rompimiento del condón durante la relación o al finalizar y el 8.5% inició la relación con un condón pero después se lo quitó para continuar con la relación. Estas fallas, evidentemente, ponen en riesgo la salud sexual de los jóvenes, aún cuando ellos estén claros de que lo están usando en todas y cada una de sus relaciones.

Relacionado con lo anterior está la posibilidad de tener distintos grados de riesgo de transmisión del VIH y otras ITS dependiendo del tipo de práctica sexual que se realice. Cohen y Miller (1998) señalan que las prácticas en las que existe mayor riesgo del contagio del VIH, sin considerar el uso del condón, son, en primer lugar, el sexo anal, en segundo lugar el sexo vaginal (penetración pene vagina) y en tercer lugar las relaciones oro-genitales. En el caso de las relaciones oro-genitales se ha visto que el contagio puede ocurrir de pene a boca y de vagina a boca y que el contagio de boca a pene o vagina es menos probable, pero comparada con las relaciones anales y las vaginales, la práctica oro-genital es la que menor riesgo tiene (Edwards y Carne, 1998). El análisis realizado por Brody (1995) indica que la transmisión heterosexual de mujer a hombre vía vaginal es extremadamente imposible, pues se ha reportado que debido a las características

anátomo-fisiológicas de la mucosa vaginal hay más resistencia a la transmisión del virus (OPS, 1989), en cambio, la transmisión vía rectal es la que mayor riesgo tiene debido a que el epitelio rectal es cilíndrico simple, ricamente vascularizado y con abundante tejido linfoide no encapsulado, por lo que resulta más probable la ocurrencia de laceraciones durante el coito rectal. Por esta razón, es más frecuente la transmisión de hombre a mujer y de hombre a hombre que de mujer a hombre (Cohen y Miller, 1998).

Suponiendo que fuera cierto que en las relaciones coitales pene-vagina el contagio del VIH sólo puede ocurrir de hombre a mujer, querría decir, entonces, que los hombres se infectan por vía rectal, y que pueden ser infectados por un hombre al tener sexo anal receptivo, o por una mujer al tener sexo anal insertivo. Luego entonces, el riesgo dependería del sexo y de la práctica sexual particular. Los hombres están más en riesgo cuando practican relaciones anales insertivas con mujeres y cuando practican relaciones anales receptivas e insertivas con hombres. Las mujeres están más en riesgo cuando practican relaciones coitales pene-vagina y sexo anal receptivo, y en menor riesgo cuando practican relaciones orales pasivas; además, con base en los hallazgos de Raiteri, Fora y Sinicco (1994), tener cualquier práctica sexual entre mujeres no sería riesgoso, aún si una de ellas fuera seropositiva.

El análisis que presentan Kaplan et al. (2001) sobre la efectividad del uso del condón, apoya esta diferencia de género en los niveles de riesgo de transmisión del VIH y otras ITS. Según estos autores, el uso apropiado del condón en los hombres decrementa la tasa de transmisión de la mayoría, si no es que todas, las ITS; sin embargo, la evidencia empírica demuestra una mayor protección contra la *Neisseria gonorrhoeae* y *Ureaplasma urealyticum* que contra la *Chlamydia trachomatis* y *Treponema pallidum*, y no hay evidencia definitiva que demuestre la protección contra el herpes simple y el virus del papiloma humano, ambos se pueden transmitir por contacto de piel a piel y el condón ofrece menos protección. Las mujeres, en cambio, es más probable que adquieran una ITS de un compañero infectado que un hombre la adquiera de una compañera infectada,

ya que en algunos estudios se ha demostrado una tasa de protección contra la gonorrea y las tricomonas sólo de un tercio a un octavo (Kaplan et al., 2001).

Lo anterior sugiere dos cuestiones, por un lado, es importante tener información sobre las prácticas sexuales que más realizan los jóvenes y en qué medida utilizan el condón en cada una de ellas; por otro lado, aun cuando los grupos de mayor riesgo de contagio del VIH han sido los homosexuales, bisexuales, heterosexuales, drogadictos, prostitutas, adolescentes y cualquier persona que tenga relaciones sexuales (Gómez, 1997), las mujeres están resultando ser una población hacia la que deben dirigirse mayores esfuerzos instrumentando programas de prevención adecuados a sus características, más aún si se consideran los roles que culturalmente se le han asignado en distintos planos. Por ejemplo, Martínez-Donate, Hovell, Blumgerg et al. (2004) describen algunas características que distinguen a la mujer mexicana: económica, social y culturalmente se subordinan a sus compañeros sexuales, adoptan un rol pasivo en las prácticas sexuales mientras que en los hombres es activo, el sexo es responsabilidad del hombre y el uso del condón también, en cambio prevenir un embarazo y prevenir alguna ITS es responsabilidad de la mujer. En estas circunstancias, los programas de prevención del VIH y otras ITS deben contemplar el análisis y discusión del papel que histórica y culturalmente la sociedad ha asignado al hombre y la mujer, considerando sus implicaciones en la toma de decisiones en el terreno sexual; asimismo, se debe promover y entrenar el uso correcto del condón femenino como herramienta alternativa al condón masculino en circunstancias en las que resulta difícil hablar y negociar con el compañero sobre la posibilidad de protegerse sexualmente.

Para finalizar este apartado, presentamos un resumen del estudio que llevó a cabo y publicó la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO, 2004) para dar a conocer la calidad de los diferentes tipos de condones que se venden en México. El Laboratorio de PROFECO aplicó 21 mil 940 pruebas a 11 mil 100 muestras de 37 modelos de condones, apegándose a la Norma Oficial Mexicana

que corresponde a este tipo de productos. Los aspectos que se evaluaron fueron los siguientes:

- Que en el empaque se presentara la leyenda “si se usan apropiadamente, los condones de látex pueden ayudar a reducir el riesgo de contagio por VIH (SIDA) y otras enfermedades transmitidas sexualmente”. También debían de indicar el nombre o razón social y el domicilio del fabricante o importador, país de origen, dimensiones, fecha de producción y de caducidad, lote de producción y contenido neto.
- Que el empaque estuviera herméticamente sellado, además de no presentar dificultad para extraer el condón de su empaque individual.
- Verificación dimensional, que se refiere a la longitud del condón (dentro del rango de 44 a 56 mm) especificado por la Norma Oficial Mexicana y revisión del espesor del condón (distancia de 80 mm).
- Revisión de orificios no visibles y de defectos visibles, como orificios, rasgaduras, roturas, escurrimiento de material, partes débiles, bordes distorsionados, partículas de material extraño incrustadas en la película, suciedad de un aceite natural, protuberancias o excedentes de material, burbujas o ampollas, pliegues permanentes con adhesión de la película, adherencia de las paredes al ribete (que no permitieran un desenrollado uniforme y rápido), lesiones resultantes de abrasión u otra superficie dañada, ni decoloraciones. Adicionalmente, en los condones que son de color diferente al del hule látex natural se determinó la solidez del color.
- Resistencia física, donde se evaluó el volumen y la presión de estallamiento.

Enríquez y Sánchez (2004) sintetizan los resultados de esta evaluación de la siguiente manera: Entre los condones lisos lubricados con buena calidad se encuentran Don, Everything, Protector, Durex Sensitivo, Sico Safety, Sico Sensitive, Sico Ultra Sense, con un costo entre los \$13.00 y \$21.00 pesos. Entre los condones con mala calidad están las marcas Terzo, Tres Eros, Play Boy

Lubricated, Gol y Kama Sutra, con un precio entre los \$6.70 y \$14.00 pesos. Las marcas evaluadas de condones texturizados lubricados fueron de buena calidad y su precio fluctuó entre los \$19.00 y los \$20.50 pesos. Los condones lisos lubricados con aroma y no lubricados sin aroma también fueron de calidad y su precio varió entre los \$17.50 y los \$20.00 pesos. El precio de los condones lisos con lubricante y espermicida estuvo entre los \$15.00 y \$21.50 pesos, y las marcas que hay en el país y que resultaron ser de calidad fueron Durex, Profam, Durex Extra Seguro, Life Styles with Spermicide, Trojan Enz-Clásico, Trojan-Ultra Thin, mientras que entre los de mala calidad estuvieron las marcas Preventex y Double Protect.

El estudio referido muestra la gran variedad de precios, marcas y tipos de condones que están disponibles en el mercado mexicano, y al dar a conocer sus resultados en la Revista del Consumidor, permite que los jóvenes se informen de las distintas opciones que tienen para elegir aquella que más convenga a sus necesidades como pareja sexual.

A manera de conclusión, podemos señalar lo siguiente: en las personas que tienen una vida sexual activa, la prevención del VIH y de otras ITS sólo puede lograrse mediante el uso correcto y consistente del condón. Los jóvenes deben estar informados de las fallas más comunes que se presentan en los condones debidas al proceso de fabricación y del material con el que están hechos. Deben también conocer con detalle los pasos que deben seguirse para lograr que el condón se use con éxito y evitar las fallas más comunes que se derivan del mal uso. Es importante también que estén enterados de los riesgos que conlleva tener cada práctica sexual (sexo vaginal, anal, oral) buscando usar el condón más adecuado para cada una de ellas, disminuyendo con esto el riesgo de infección sexual. Las mujeres deben saber que ellas están más en riesgo que los hombres al practicar el sexo con penetración vaginal, por lo que a todas luces resulta sumamente importante promover el uso correcto y consistente del condón en las distintas prácticas sexuales que elijan tener, considerando como una alternativa más para su protección sexual el uso del condón femenino. Sin embargo, el hecho

de que los jóvenes estén bien informados sobre todos estos aspectos no garantiza que usen protección en cada acto sexual. Por esta razón, la investigación en la prevención del VIH/SIDA ha puesto especial atención en los factores o variables psicológicas que promueven el uso de condón, tema que se analiza en el siguiente capítulo.

## *Capítulo 2*

### **Variables psicológicas relacionadas con el uso de condón**

La investigación psicológica desarrollada en el campo de la prevención del VIH/SIDA y otras ITS, ha dirigido su atención hacia el uso del condón como la conducta clave que debe estudiarse (Crosby, 1998; Crosby, Yarber, Sanders y Graham, 2004), buscando determinar, bajo la lógica de ciertos modelos conceptuales, las variables que están asociadas con este comportamiento preventivo. En este capítulo presentamos, en un primer momento, un resumen de las características de algunos modelos teóricos que han generado una amplia investigación en este campo y que se distinguen por considerar en la predicción y explicación de comportamientos de riesgo o preventivos, variables psicológicas que hacen referencia a las cogniciones específicas que tiene un individuo (creencias, actitudes, norma subjetiva, etc.) respecto a su propio comportamiento o el de otros. En un segundo momento, se presenta un panorama general de la investigación empírica realizada bajo la perspectiva de dichos modelos, mostrando las variables que han resultado ser los mejores predictores del uso de condón. Finalmente, se sintetiza el modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992b), que bajo la lógica del análisis funcional de la conducta (Ribes y López, 1985), considera el papel que pueden desempeñar en el entendimiento del comportamiento sexual preventivo o de riesgo variables cognoscitivas y conductuales; se plantea, con base en este modelo, la necesidad de evaluar el papel que ambos tipos de variables podrían eventualmente desempeñar en la predicción de la conducta de uso consistente del condón.

#### **2.1 Modelos psicológicos que predicen comportamientos saludables**

Son diversos los modelos psicológicos que se han desarrollado para explicar el comportamiento sexual de riesgo. Como ejemplos están el Modelo de Creencias



de Salud (Rosenstock, 1974), Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975), Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985, 1991), Modelo de Autoeficacia (Bandura, 1977), Modelo de Reducción de Riesgo (Catania, Kegeles y Coates, 1990), Modelo Transteórico o de Etapas de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) y el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB por sus siglas en Inglés) de Fisher y Fisher (1992). En este apartado presentamos un resumen de 4 modelos que han generado una gran cantidad de estudios en este campo de la salud sexual, a saber: el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planeada y el Modelo de Autoeficacia.

### **2.1.1 Modelo de Creencias de Salud**

El desarrollo del Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974) surge ante la necesidad de explicar el fracaso de la gente para participar en conductas saludables preventivas que eran el principal motivo de preocupación de los servicios de salud pública; por ejemplo, cómo lograr que la gente aceptara someterse a pruebas para detectar cáncer cervical, prevenir enfermedades dentales, fiebre reumática, polio e influenza y en general los programas de inmunización de enfermedades. Este modelo en general propone que el comportamiento (de riesgo o preventivo) depende de qué tanto una persona valora una meta específica y del juicio que haga sobre una conducta particular que le permitirá alcanzar dicha meta. Si la meta fuera evitar un problema de salud – pongamos como ejemplo el VIH/SIDA–, el individuo tendría que sentirse personalmente vulnerable al VIH/SIDA (susceptibilidad percibida) porque ha juzgado que dicho problema es potencialmente serio (severidad percibida) y tendría que estimar qué acción específica sería benéfica para reducir la amenaza a su salud (beneficios percibidos) y que dicha acción superara los obstáculos (barreras percibidas). Un elemento más en este modelo lo constituyè la presencia de una señal interna o externa (señales para la acción) que puede desencadenar conductas saludables; por ejemplo, los síntomas de una enfermedad podrían considerarse como señales internas, mientras que el ver, a través de las

relaciones interpersonales, que una amistad tiene esa enfermedad, podría ser un ejemplo de señales externas.

De acuerdo con Poss (2001), a pesar de que este modelo ha sido utilizado extensamente en estudios sobre conductas saludables, tiene algunas limitaciones. Una de ellas es la falta de uniformidad en las evaluaciones del modelo, particularmente en la forma en la que las variables son operacionalizadas; relacionado con esta limitación Poss (2001) señala la falta de instrumentos estandarizados para medir los componentes de este modelo y además resalta que el modelo no aplica coeficientes numéricos a los conceptos de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras, ni delinea la naturaleza específica de la relación entre estas variables; lo que se investiga en la mayoría de los estudios es la relación directa entre las variables y la conducta saludable de interés.

### **2.1.2 Teoría de la Acción Razonada**

La información que se presenta en este apartado se retomó de la síntesis que desarrolla Poss (2001) sobre las características de la Teoría de la Acción Razonada propuesta y desarrollada por Fishbein y Ajzen (1975) y Ajzen y Fishbein, 1980). Poss (2001) señala que la Teoría de la Acción Razonada (TAR), más que un modelo podría entenderse como una teoría general de la conducta humana; intenta explicar la relación entre creencias, actitudes, intenciones y conducta, basándose en el supuesto de que el ser humano es racional y aplica la información que tiene disponible en una forma sistemática para sopesar los costos y beneficios de una acción particular. El fin último de este modelo es predecir y entender las conductas directamente observables que están bajo el control del individuo. Según este modelo, el determinante inmediato de la conducta es la intención para actuar, es decir, si hay una oportunidad para actuar y el individuo tiene la intención de actuar, entonces la conducta ocurrirá, siempre y cuando las medidas de la intención y de la conducta sean precisas. La precisión de la predicción se maximiza midiendo la intención lo más cercanamente posible en tiempo a la observación de la conducta en cuestión.

La intención es un componente de la teoría que está en función de dos factores: el primero hace referencia a la actitud de una persona hacia la ejecución de una conducta determinada y el segundo a la norma subjetiva general relativa a la realización de dicha conducta. La actitud hacia un concepto (hacia una conducta, hacia una persona, hacia un objeto, hacia un evento, hacia el uso del condón, hacia el condón, etc.) hace referencia a un sentimiento generalizado de la persona para valorar favorable o desfavorablemente el concepto del que se trate. La norma subjetiva se refiere a la percepción que tiene un individuo de las presiones sociales (las personas más significativas para el individuo) por actuar de cierta manera; lo que se mide es la percepción del individuo, no las creencias actuales de las personas significativas para el individuo. Es decir, la intención que tiene un individuo para actuar de cierta manera –por ejemplo solicitar a la pareja el uso del condón en una relación sexual– va a depender de lo que ese individuo piense que es importante para otras personas hacer –por ejemplo que piense que a su pareja le molesta que le pida usar el condón. A cada uno de estos componentes (actitud y norma subjetiva) se le asigna un peso que refleja la importancia que tienen en la determinación de la intención; el peso cambia dependiendo de la conducta y de la persona que la realiza. Es importante señalar que si no se utilizan medidas apropiadas para estos componentes, las predicciones podrían ser erróneas (Ajzen y Fishbein, 1980).

La actitud y la norma subjetiva dependen a su vez de otros elementos. Una actitud está determinada por las creencias que tiene el individuo sobre los resultados que ocurrirán si ejecuta cierta conducta (creencias conductuales), es decir, de la creencia de que comportarse de cierta manera conducirá a un resultado específico (yo creo que si uso el condón evito la infección por el VIH), y depende también de la evaluación que hace de los resultados. La norma subjetiva está determinada por las creencias normativas que tiene un individuo acerca de lo que una persona significativa quiere que él haga y de la motivación que tiene el individuo para complacer a dicha persona significativa.

Una de las críticas que se le hacen a este modelo es que se centra en

explicar las intenciones, más que la propia conducta, siendo que la meta de la mayoría de las investigaciones sobre el cuidado de la salud es justamente entender la conducta (Poss, 2001).

### **2.1.3 Teoría de la Conducta Planeada**

La Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985) propone, al igual que la TAR, que la conducta está en función de las intenciones que tiene el individuo o los planes que tiene para involucrarse o no involucrarse en dicha conducta. Igualmente, la intención depende de la actitud y de la norma subjetiva, sin embargo, se incluye un nuevo predictor de la formación de la intención y de la acción: el constructo de *control conductual percibido*, de tal manera que la intención de llevar a cabo una conducta podría ocurrir cuando una conducta o situación está bajo el control del individuo (por ejemplo, cuando una persona tiene acceso a los condones, puede decidir libremente si los compra o no). Cuando el control que tiene un individuo sobre cierta conducta es menor, los factores que influyen en el control actual que tiene la persona sobre la situación o conducta específica son los que llegarán a ser más importantes en la determinación de la conducta. Un ejemplo podría ser el caso en que el uso del condón en una persona dependa de las negociaciones que establezca con su pareja. Este constructo agregado fue el resultado de la evidencia empírica que sugería que la autoeficacia (por ejemplo para usar el condón) era un predictor confiable de la acción (Ajzen, 1998).

### **2.1.4 Modelo de Autoeficacia**

En general la autoeficacia hace referencia a las creencias que tiene una persona acerca de sus capacidades para llevar a cabo una acción específica que es necesaria para lograr un resultado deseado (Bandura, 1977, 1994). En este modelo se articulan tres variables que interactúan de acuerdo con lo que Bandura (1994) denominó triada de causación recíproca: ambiente, conducta y variables personales.

Las *variables personales* hacen referencia a los siguientes elementos: Las *percepciones de riesgo*, incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o de un suceso crítico. La *autoeficacia percibida*, que son las creencias que tiene un individuo sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar acciones que le permitan manejar situaciones futuras. *Expectativa de resultado*, hace referencia a un juicio acerca de las posibles consecuencias que la acción tendrá; dichas consecuencias pueden ser materiales, sociales o autoevaluaciones. *Intenciones meta*, son las metas que se plantea una persona y hace referencia a las creencias de medios-fines, es decir, de qué medios se dispone para llegar a las metas.

En las variables relativas a la *conducta* se consideran los *planes para la acción* (planificación para llevar a cabo alguna conducta preventiva), el *control de la acción* (proceso de autorregulación de la conducta) y la *acción a favor de la salud* (realizar la conducta de interés), y las que tienen que ver con el *ambiente* son *barreras* y *recursos externos* que constituyen las oportunidades situacionales que influyen en el comportamiento final del individuo.

Desde la perspectiva del modelo de autoeficacia, el comportamiento preventivo está en función de variables cognitivas, conductuales y situacionales; en el nivel cognitivo ocurren procesos autorreguladores que median entre las intenciones y las acciones; este proceso de autorregulación contiene planes de acción y control de la acción y está fuertemente influido por las expectativas de autoeficacia y barreras o apoyos situacionales.

En otro lugar (Robles y Moreno, 2000) hemos señalado, con base en una revisión de estudios empíricos, que algunos modelos de salud han sido objeto de críticas por su incapacidad para prevenir comportamientos de riesgo relacionados con alguna enfermedad específica; en dichos estudios se ha reportado que, en general, estar bien informados, tener una percepción de riesgo, tener creencias favorables hacia la conducta preventiva en cuestión, o percibir que tienen la capacidad para comportarse preventivamente (autoeficacia percibida), no está

asociado con la conducta preventiva, es decir, hay una incongruencia entre lo que la gente cree, conoce, piensa, siente, percibe, etc. y lo que finalmente hace. Ajzen (2001) refleja esta preocupación cuando aborda el problema del vínculo entre la intención y la acción, lo que nos lleva a plantear la necesidad de buscar ese eslabón perdido entre la intención y la acción, o bien, a reformular conceptualmente el modelo del cual partimos para tratar de explicar y predecir el comportamiento preventivo.

## **2.2 Investigación empírica generada por los modelos**

En este apartado se presentan una serie de estudios que evalúan la relación de distintas variables (cognitivas, conductuales, demográficas, etc.) con el comportamiento sexual preventivo o de riesgo. La información se organiza de acuerdo con el tipo de variables reportadas, haciendo referencia, en su caso, al modelo que se utiliza como marco de referencia.

Thato, Charron-Prochownik, Dorn et al. (2003) reportan una investigación realizada con estudiantes universitarios que tuvo como propósito identificar los predictores del uso del condón bajo la perspectiva del Modelo de Creencias de Salud Expandido (Conner y Norman, 1996, citado en Thato et al., 2003) –llamado así por incluir el constructo de autoeficacia. Estos autores evaluaron uso actual del condón, susceptibilidad percibida hacia las ITS, el VIH/SIDA y embarazos, beneficios percibidos por usar el condón, barreras percibidas hacia el uso del condón, autoeficacia percibida para usar el condón, intenciones para usar el condón y conocimientos sobre ITS, VIH/SIDA y embarazos. Los resultados muestran que cerca de la mitad de la muestra reportó ser sexualmente activo y solamente el 6.3% reportó usar el condón cada vez que tenía relaciones sexuales. El modelo predictivo del uso actual del condón mostró que los mejores predictores fueron los beneficios percibidos por usar condones, interacciones entre la intención para usar condones y sexo, los conocimientos y el uso de alcohol y edad. El uso actual del condón fue más probable en aquellos estudiantes que creían en los beneficios de usar el condón, en los hombres, en las mujeres que

reportaron las mayores intenciones para usar el condón, los que tenían niveles altos de conocimientos, los que creían que sus amigos se involucraban en conductas preventivas, en los estudiantes más jóvenes y en los que consumían menos alcohol. Las variables del MCS que no se asociaron con el uso actual del condón fueron la susceptibilidad percibida, las barreras percibidas para usar el condón y la autoeficacia percibida para usar condones.

Con el propósito de determinar las diferencias por género en el uso del condón y su relación con las actitudes y autoeficacia relativas a esta conducta, Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al. (2004) evaluaron en 370 estudiantes de 14 a 25 años de edad, la frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses en prácticas de sexo vaginal, sexo anal receptivo y sexo anal insertivo (sólo hombres), la probabilidad de sexo no protegido en el futuro (intenciones para usar el condón), autoeficacia para usar el condón, actitudes hacia el condón y estereotipos sobre el uso del condón (el uso del condón lo debe proponer el hombre, la mujer, el que tenga mayor edad o el que tenga mayor experiencia sexual). Los resultados muestran que, a pesar de que los hombres iniciaron su vida sexual a edades más tempranas que las mujeres, fueron ellas las que tuvieron una proporción más alta de prácticas sexuales no protegidas. Sin embargo, ellas obtuvieron una mayor probabilidad de usar el condón en el futuro, una actitud más favorable hacia el condón y, aunque los niveles de autoeficacia para usar el condón fueron muy bajos, estos resultaron ser mayores en las mujeres que en los hombres.

Baele, Dusseldorp y Maes (2001) evaluaron en qué medida la autoeficacia percibida para usar el condón predice el uso del condón en una muestra de 428 estudiantes de preparatoria con una edad promedio de 17 años. En relación con el comportamiento sexual evaluaron debut sexual, número de parejas sexuales estables y eventuales, uso del condón y consistencia en el uso del condón (nunca, casi nunca, casi siempre, siempre). Las variables cognitivas evaluadas fueron autoeficacia percibida para usar el condón (con 6 dimensiones) y la intención de usarlo. En los estudiantes que nunca han tenido alguna experiencia sexual, se

encontró que los mejores predictores de la intención para usar el condón fueron el género, edad, autoeficacia global (las 6 dimensiones en conjunto) y autoeficacia para adquirir condones. En el grupo de estudiantes que han tenido relaciones sexuales, los mejores predictores de la consistencia en el uso del condón fueron género, edad, autoeficacia global, control emocional, asertividad y autoeficacia para adquirir condones.

Meekers y Klein (2002) evaluaron 6 indicadores de la autoeficacia para usar el condón en una muestra aleatoria de 2000 jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad. El interés de este estudio no radicó en evaluar la relación entre autoeficacia para usar condón y el propio uso del condón, más bien el análisis se centró sólo en determinar la relación entre distintos indicadores de la autoeficacia, por tanto, el análisis de predicción no consideró el uso del condón. Los resultados indican que tanto hombres como mujeres obtuvieron niveles elevados de autoeficacia percibida para discutir y para negociar el uso del condón con su compañero (estable o casual). La habilidad percibida para usar correctamente el condón se asoció con tener experiencia previa en comprar y usar condones, con el apoyo de los padres y la promoción del condón. Los autores sugieren la necesidad de promover programas de intervención que aumenten los niveles de autoeficacia aquí evaluados.

Un estudio más que demuestra la relación entre autoeficacia percibida para usar el condón y el uso consistente del condón es el que reportan Peterson y Gabany (2001). Estos autores aplicaron la *Nacional Institute of Mental Health's Multi-Site Condom Use Self-Efficacy Scale* en una muestra de 109 estudiantes universitarios y compararon los niveles obtenidos entre los que reportaron usar consistentemente el condón en los últimos 30 días y los que fueron inconsistentes. Un análisis de comparación de medias (prueba t) mostró un nivel significativamente mayor de autoeficacia en los que usaron consistentemente el condón.

Bajo la perspectiva del modelo de la Acción Razonada, Perelló y Villagrán (2000) realizaron un estudio con varones universitarios para determinar las



variables predictoras del uso del condón. Estas autoras evaluaron actitudes hacia la petición de uso del condón, creencias sobre el uso del condón, norma subjetiva, motivación para complacer, intención de petición de uso del condón y frecuencia de uso de condón con la pareja sexual regular; los resultados muestran que el mejor predictor del uso del condón con pareja regular fueron las actitudes (factor hedonista) y en segundo lugar la intención de uso, mientras que en un estudio similar realizado con mujeres universitarias (Perelló, Villagrán y Barocio, 1998) el mejor predictor de uso del condón con pareja regular fue la intención de uso.

En el marco de la Teoría de la Conducta Planeada, De Visser y Smith (2001) realizaron un estudio con 349 estudiantes entre los 18 y 29 años de edad para determinar en qué medida, variables relativas a este modelo (actitudes hacia el uso del condón, normas subjetivas, autoeficacia para usar el condón y las intenciones previas para usar el condón), comparadas con variables relativas a las características de los encuentros sexuales (si previamente se ponen de acuerdo para usar el condón, si discuten el uso del condón y si en el momento de la relación tienen la intención de usar el condón), predicen el uso del condón. Los mejores predictores del uso del condón fueron las características de los encuentros sexuales, particularmente la negociación del uso del condón.

Considerando la investigación generada bajo las teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planeada, el meta-análisis que presentan Albarracín, Jonson, Fishbein y Muellerleile (2001) muestra que las asociaciones entre las variables de la TAR son consistentes con las predicciones que dicha teoría establece: el uso del condón estuvo relacionado con las intenciones ( $r=.45$ ), las intenciones con las actitudes ( $r=.58$ ) y con las normas subjetivas ( $r=.39$ ) y, finalmente, las actitudes se asociaron con las creencias conductuales ( $r=.56$ ) y las normas con las creencias normativas ( $r=.46$ ). Asimismo, en el caso de la Teoría de la Conducta Planeada, el control conductual percibido se relacionó con las intenciones de uso del condón ( $r=.45$ ), sin embargo, no estuvo asociado en forma significativa con el uso del condón ( $r=.25$ ). Para el caso del Modelo de Reducción de Riesgo, el meta-análisis realizado por Sheeran, Abraham y Orbel (1999)

muestra que los mejores predictores del uso del condón son las actitudes hacia el condón, las intenciones conductuales y la comunicación sobre el condón. El valor predictivo del uso del condón bajo la perspectiva del modelo de la Acción Razonada también fue reportado por Díaz-Loving y Rivera (1999), encontrando diferencias debidas no solamente al sexo sino al tipo de pareja sexual que se está considerando (regular u ocasional). De acuerdo con estos modelos y con el análisis presentado por Sheeran y Orbel (1998) y Sheeran y Taylor (1999), el mejor predictor del uso del condón son las intenciones. Sin embargo, aún queda por explorar y entender el vínculo entre las intenciones y la acción (Ajzen, 2001).

Ajzen y Madden (1986) han señalado que para que exista una fuerte relación entre la intención y la conducta, deben cumplirse tres requisitos: 1) que la medida de la intención corresponda al nivel de generalidad de la conducta, 2) que la conducta de interés esté bajo el control voluntario de quien la presenta y 3) la intención no debe cambiar en el tiempo que transcurre entre el momento en que esta se evalúa y el momento en que se observa la conducta. Sin embargo, De Visser y Smith (2004) demuestran la influencia de factores de naturaleza interactiva sobre el grado de asociación entre la intención y la conducta. Estos autores evaluaron, en una muestra de 349 estudiantes entre los 18 y 29 años de edad, la intención que tienen para usar el condón ambos miembros de la pareja (intención por parte del respondiente previa al encuentro sexual y la intención previa del compañero del respondiente) y la intención que tienen en el momento en que la relación sexual ocurre (intención en la acción). Los resultados muestran que de un total de 919 encuentros sexuales reportados por los estudiantes en el 50% usaron el condón; en general se encontró que la intención en la acción fue mejor predictor del uso del condón que la intención previa a la acción y, además, la intención del compañero en la acción fue más importante que la intención del respondiente en la acción, lo cual demuestra, según los autores, la importancia de la naturaleza interactiva de la conducta sexual indicando que el uso del condón está fuertemente influenciado por las intenciones de ambos miembros de la pareja.

Un trabajo que propone una alternativa para entender los procesos implicados en el paso de la intención a la acción, es el reportado por Torres y Díaz-Loving (1999), quienes proponen un modelo múltiple integrado por las variables definidas en la TAR, las dimensiones sobre la autoeficacia definidas por Bandura (1987, citado en Torres y Díaz-Loving, 1999) y los pasos de planeación que se definen en el modelo de Fases de la Acción o modelo de Planeación (Gollwitzer, 1990; citado en Torres y Díaz-Loving, 1999). En este estudio los autores encontraron que los mejores predictores, no solamente del uso del condón sino del uso correcto del condón, fueron de tipo conductual: la magnitud (dimensión de la Autoeficacia) y la Implementación (modelo de Planeación). La preocupación de estos autores por evaluar el uso correcto del condón permite ir avanzando en este camino difuso que se da entre la intención de usar el condón y el uso mismo del condón, sobre todo aporta información importante que puede contribuir en el esclarecimiento de los factores que impiden que una persona use el condón, que sería justamente porque no saben usarlo.

Los trabajos hasta aquí expuestos muestran la utilidad de los modelos de Creencias de Salud, de Acción Razonada, Conducta Planeada y Autoeficacia, entre otros, para predecir el comportamiento sexual preventivo, siendo las intenciones y la autoeficacia para usar el condón los mejores predictores del uso del condón. Algunos trabajos, particularmente los de De Visser y Smith (2001, 2004), muestran la necesidad de investigar más a fondo las circunstancias específicas involucradas en una relación de pareja que llevan a un individuo a comportarse preventivamente o en forma riesgosa.

Si lo que se pretende es entender por qué los jóvenes no usan condón en sus relaciones sexuales, no solamente se debe investigar el papel que juegan las variables cognitivas como predictores de la conducta preventiva, también debe ponerse atención en las características particulares del tipo de relación que se establece en una pareja, ya que finalmente es ésta la que hace uso del condón. Por ejemplo, se ha reportado que cuando los jóvenes tienen una nueva pareja es más probable que usen el condón en sus relaciones sexuales, pero conforme van

percibiendo a su pareja como estable, baja la frecuencia del uso del condón (Fortenberry, Tu, Harezlak y Orr, 2002), es decir, los jóvenes usan más frecuentemente el condón con compañeros casuales que con su pareja regular (Laurie y Green, 2000), lo cual concuerda con lo reportado por Iwuagwu, Ajuwon y Olaseha (2000) quienes encontraron que el uso del condón es más probable en estudiantes que tienen 3 o más parejas sexuales en un periodo de 6 meses.

La intimidad y la fidelidad, como elementos involucrados en una relación de pareja, también han mostrado su importancia en el uso frecuente del condón. Por ejemplo, Fortenberry et al. (2002) encontraron que estos 2 elementos contribuyen con tasas bajas en el uso del condón en parejas establecidas, más que en las parejas nuevas. Gebhardt, Kuyper y Greunsvan (2003) evaluaron la intimidad como un constructo relacionado con la importancia que se le da al sexo en parejas que tienen una vida sexual y su relación con el uso del condón con la pareja estable y con la casual, encontrando que el condón se usa con mayor consistencia con la pareja casual que con la estable, y la intimidad y cercanía emocional fueron más fuertes con la pareja estable, disminuyendo la necesidad de protegerse sexualmente. En el caso de matrimonios, el condón generalmente se usa en relaciones extramaritales debido a que los hombres entienden la fidelidad como una forma de respeto a sus esposas y por esa razón usan el condón en sus relaciones extramaritales (Silva, 2002), o bien, piensan que el condón es antinatural o innecesario porque la esposa ya está tomando pastillas anticonceptivas (Michinobu, 2003).

En los trabajos antes expuestos se puede apreciar que los modelos que guían las investigaciones, si bien están interesados en predecir el comportamiento preventivo, las variables involucradas en la determinación de dicho comportamiento representan las cogniciones de un individuo y dejan de lado el papel que juegan las experiencias conductuales como tales, es decir, lo que éste hace, cómo lo hace y bajo qué circunstancias lo hace. Llama la atención que en estos mismos trabajos se reporte que hay variables conductuales que están asociadas al uso consistente del condón –como por ejemplo que las personas que

tienen más parejas sexuales usan más el condón, que el condón se usa más con parejas ocasionales, o bien que los que inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas tienen más comportamientos de riesgo. Sin embargo, se limitan a un análisis comparativo y no se incorporan estas variables al modelo de predicción del comportamiento preventivo. De hecho, los trabajos de Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001), Sheeran y Orbel (1998) y Sheeran y Taylor (1999), muestran que, bajo la perspectiva de los modelos de la Acción Razonada y de la Conducta Planeada, el mejor predictor del uso del condón son las intenciones que un individuo tiene para usarlo, y los valores en la predicción pueden cambiar dependiendo del sexo, del tipo de pareja (Díaz-Loving y Rivera, 1999) o de si se evalúa la *intención previa* o *intención en la acción* (De Visser y Smith, 2004). Desde nuestro punto de vista, estas circunstancias deben tomarse en consideración en el modelo de predicción del comportamiento preventivo y no dejarlas como variables aisladas de clasificación o comparación. El modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992b) ilustra la forma en que podrían incorporarse estas variables. Evaluar la viabilidad de esta propuesta constituye uno de los objetivos centrales del primer estudio que se presenta en este trabajo.

### 2.3 Modelo de prevención del VIH/SIDA

En este apartado se describen los lineamientos generales del modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992b), quien retoma las variables importantes definidas en otros modelos pero incorpora la naturaleza funcional de los procesos psicológicos que llevan a un individuo a enfermarse o a estar saludable. Este modelo tiene sus fundamentos teóricos en trabajos previos (Ribes y López, 1985) que se derivan de una aproximación interconductual (Kantor, 1967), en donde lo psicológico está definido por interacciones ontogenéticamente construidas por el individuo, con objetos, eventos y otros individuos. El modelo psicológico de la salud biológica de Ribes (1990) es considerado por Bayés (1992b) como una alternativa paralela a la propuesta que él plantea.

Son tres las fases implicadas en el modelo que propone Bayés (1992b) y poseen un carácter dinámico, ya que las interacciones de un individuo que ocurren en un momento específico pasan a formar parte de su historia influyendo en el desarrollo de nuevas interacciones.

**Pasado.** En esta fase están involucrados los factores históricos que pueden influir en cada nueva situación interactiva concreta, factores que reflejan el grado de información específica relacionada con el problema de salud del que se trate y reflejan también, el grado de información que el individuo posee respecto de los factores normativo-culturales involucrados en la situación específica. De acuerdo con Bayés (1992b), la información normativo-cultural podría ubicarse en la literatura relacionada con representaciones sociales, creencias y actitudes, que son variables centrales en los modelos de salud descritos anteriormente.

**Presente.** En esta fase se consideran los factores que forman parte, momentáneamente, de una interacción. Se analizan los aspectos situacionales que facilitan o inhiben el comportamiento de riesgo, los cuales pueden ser de tres tipos: 1) los personales, que incluyen variables relacionadas con lo que en los modelos antes descritos se ha considerado como intenciones, expectativas de resultados y expectativas de auto-eficacia; 2) los ecológico-coyunturales, como podría ser la propuesta de una persona atractiva para tener relaciones sexuales, o la oferta de droga gratuita, o por el contrario, la poca atracción de la potencial pareja sexual o el ofrecimiento de droga a precios muy elevados; y, finalmente, 3) los aspectos convencionales, que serían las normas que guían la conducta de las personas específicas involucradas en una interacción, es decir, lo que ellas creen que está bien o mal hacer en la situación específica en la que se encuentran. También se considera importante analizar en esta fase, la vulnerabilidad del individuo. En relación a este último aspecto, el modelo persigue dos propósitos fundamentales: a) eliminar o disminuir el carácter patógeno del medio y/o evitar el contacto de las partes sensibles del organismo con dicho medio, y b) mantener en un mínimo de vulnerabilidad a cualquier organismo sometido a condiciones de riesgo. Bayés y Arranz (1988) describen con detalle los factores psicológicos que

están asociados a la vulnerabilidad de un organismo, y señalan que el grado de dicha vulnerabilidad depende de tres aspectos: a) de la información contenida en el código genético del organismo; b) de la historia interactiva de la persona, y c) de las características de las circunstancias interactivas presentes, considerando, sobre todo, cómo éstas son percibidas por la persona. Entre los factores capaces de facilitar la penetración del VIH y alterar el grado de vulnerabilidad biológica de un organismo se encuentra el tipo de práctica sexual que se realice.

**Futuro.** Esta última fase está limitada a las consecuencias a mediano y largo plazo que se derivan de la práctica de comportamientos de riesgo o preventivos. Bayés (1992b) le da especial atención a esta parte del modelo porque considera que juega un papel central para explicar la enorme dificultad que existe para conseguir cambios en los comportamientos de riesgo sexuales. Es probable que las personas prefieran las consecuencias inmediatas placenteras que ocasiona su comportamiento de riesgo, sin importarle las consecuencias a largo plazo que pueda tener sobre su estado de salud.

Bayés (1992b) señala seis características de las consecuencias inmediatas propias de la interacción, que se derivan de un análisis funcional del comportamiento: 1) los comportamientos de riesgo casi siempre van seguidos, en lo inmediato, de consecuencias placenteras; 2) las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica de comportamientos de riesgo son sólo probables y siempre a largo plazo; 3) no existe una cadena de hechos sensibles que vincule la ocurrencia del comportamiento de riesgo con la aparición de una enfermedad, casi siempre los síntomas de ésta aparecen mucho tiempo después de haber practicado el comportamiento de riesgo; 4) los comportamientos preventivos casi siempre van seguidos por una evitación, aplazamiento o atenuación de consecuencias placenteras; 5) las consecuencias derivadas de la práctica de comportamientos preventivos, son sólo probables y siempre a largo plazo, y 6) no hay ninguna garantía de que un estado actual saludable sea resultado de la práctica de un comportamiento preventivo concreto.

### 2.3.1 Propuesta para su evaluación empírica

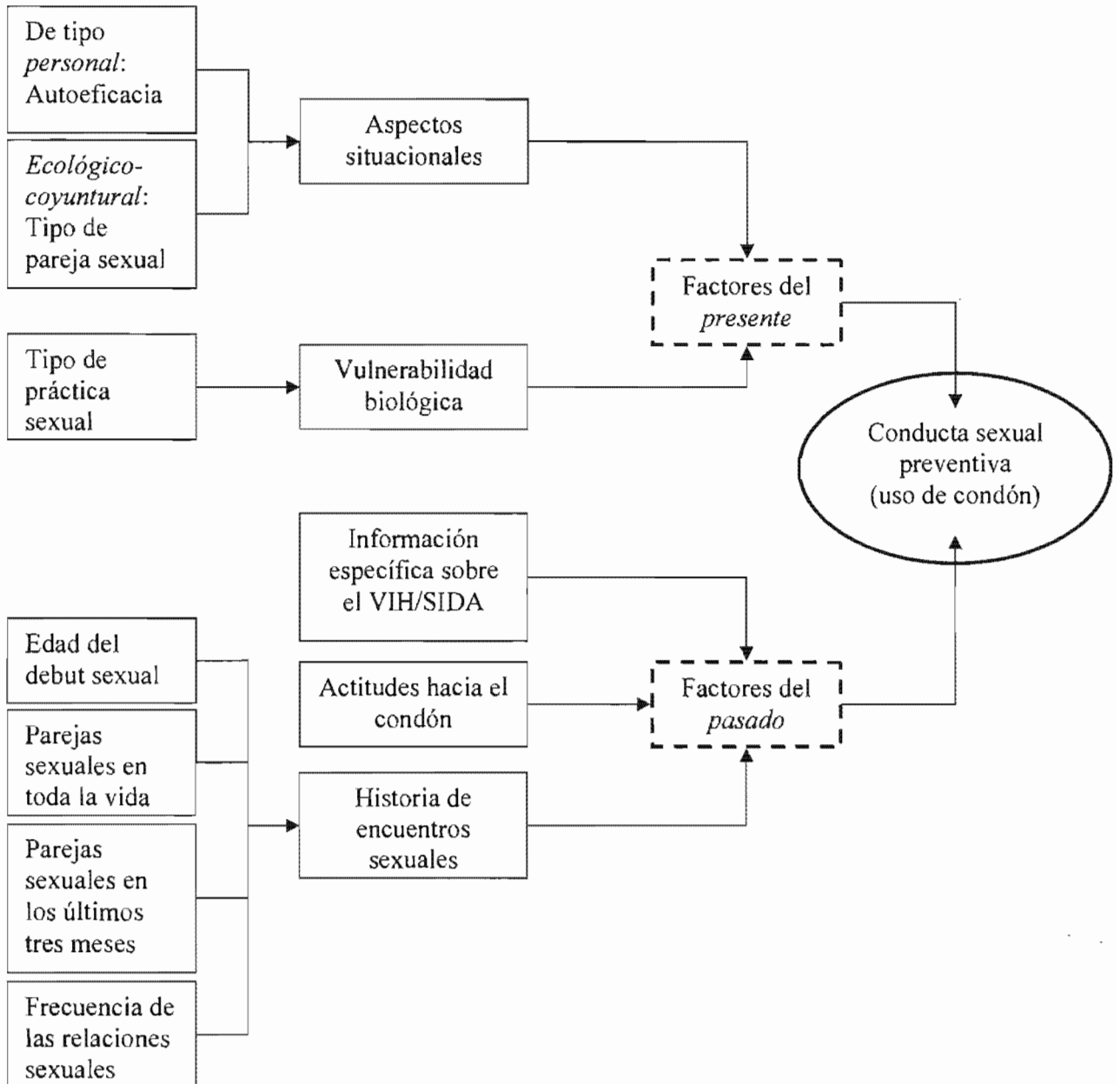
Con base en el modelo de prevención del VIH/SIDA de Bayés (1992b), en este trabajo se parte del supuesto de que la ocurrencia de un comportamiento sexual preventivo –por ejemplo, usar condón–, está vinculado, por un lado, con *factores históricos* que son susceptibles de facilitar una conducta en una situación interactiva determinada, y por otro, con *factores del presente* que definen las circunstancias en las que se da un encuentro sexual o una práctica sexual particular. Los *factores históricos* representan el grado de información que el individuo posee sobre el problema de salud sexual que se pretende prevenir y sobre las conductas a seguir para prevenirlo (conocimientos), y el grado de información que posee sobre las normas vigentes en el contexto en que ocurre el encuentro sexual, las cuales le indican, de una u otra forma, qué prácticas son aceptables y deseables y cuáles no (actitudes y creencias); involucran también características específicas referidas a la historia de los encuentros sexuales, como podrían ser la edad en que éstos se inician, el número de parejas sexuales que se han tenido y la frecuencia de los encuentros sexuales, entre otros.

Por su parte, los *factores del presente* involucran, por un lado, aspectos situacionales que pueden facilitar o inhibir el comportamiento preventivo, estos pueden ser de tipo *personal* e incluyen las intenciones que se tienen para usar el condón y las percepciones sobre su capacidad para usar en ese momento el condón (autoeficacia percibida), o de tipo *ecológico-coyunturales*, que involucran estados biológicos momentáneos que facilitan o inhiben una conducta preventiva, como podría ser el beber alcohol, ingerir alguna droga, estar excitado o tener la oportunidad de relacionarse con alguna persona que resulta ser muy atractiva. En el análisis de los *factores del presente* se considera también la *vulnerabilidad biológica* de un organismo, la cual puede verse alterada por el tipo de práctica sexual que se realice, ya que hay mayor riesgo de contagio del virus por vía sexual cuando se practica sexo anal y menor riesgo en sexo oral (Brody, 1995; Cohen y Miller, 1998).



En el planteamiento anterior pueden identificarse variables cognoscitivas que aparecen en la literatura como conocimientos, creencias, actitudes, intenciones y autoeficacia, pero además se identifican variables conductuales que indican lo que un individuo hace (por ejemplo, tipo de prácticas sexuales y número de veces en que se relaciona sexualmente), con quién se relaciona (tipo y número de parejas sexuales) y en qué momentos ocurre la interacción sexual (ej. edad en que inicia la vida sexual). En este trabajo planteamos la necesidad de evaluar el papel que juegan, en conjunto, las variables cognoscitivas y las conductuales en la determinación de conductas preventivas, particularmente del uso consistente del condón, retomando algunos de los elementos contemplados en las dos primeras fases del modelo. De la que corresponde al *pasado* se propone evaluar la información específica que se posee respecto a las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA, las actitudes específicas que tienen que ver con el condón así como conductas sexuales en el pasado, es decir, la historia de encuentros sexuales que hace referencia a la edad en que una persona inicia su vida sexual, las diferentes parejas sexuales que ha tenido y la frecuencia con la que establece los encuentros sexuales. De la segunda fase, la que corresponde al *presente*, se propone evaluar a la autoeficacia vinculada con la prevención del VIH/SIDA, el tipo de pareja sexual que se tiene y el tipo de práctica sexual que se realiza. En la Figura No. 2.1 se ilustra esta propuesta que se evalúa empíricamente en el primer estudio que se presenta en este trabajo.

**Figura No. 2.1**  
**Propuesta de un modelo de predicción del uso de condón basada en el modelo de Bayés (1992b).**



## *Capítulo 3*

### **Medidas del uso de condón: problemas y alternativas**

La vía más importante de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es la sexual (ONUSIDA, 2005). Si el condón se usa correcta y consistentemente, la transmisión sexual puede reducirse entre un 80% (Wellers, 2003, citado en Slaymaker, 2004) y un 99.5% (Del Río y Uribe, 1995). Uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la investigación sobre la prevención del VIH/SIDA y otras ITS, es superar los problemas derivados de la medición de las conductas de riesgo, particularmente de la conducta de uso del condón. Resulta difícil (e indeseable) observar directamente las conductas de protección relacionadas al sexo por ser comportamientos privados, por tanto, la investigación sobre la prevención del VIH descansa en medidas indirectas (Slaymaker, 2004). De acuerdo con Auerbach y Coates (2000), en la comunidad científica existe una falta de consenso sobre la validez relativa de estas medidas, tanto en las que evalúan la veracidad de los autoreportes del uso del condón a través de medidas biológicas de las ITS (Fishbein, 1996; Fishbein y Pequegnat, 2000) como en las que se utilizan para clasificar o identificar a los consistentes vs. no consistentes en el uso del condón (Crosby, Yarber, Saders y Graham, 2004).

En este contexto, en el presente capítulo se presenta una revisión de distintos trabajos que han abordado este tema sobre la validez de las medidas de autoreporte del uso del condón. La información se organiza atendiendo, en primera instancia, a la relación entre el autoreporte del uso del condón y la incidencia de VIH/ITS; en un segundo momento se analiza la investigación que ha utilizado distintos indicadores para medir la conducta de uso del condón y que ha llevado a clasificar a los sujetos en consistentes e inconsistentes; derivado de lo anterior, se presentan, finalmente, algunas alternativas orientadas hacia el uso de medidas más objetivas de este comportamiento sexual preventivo.

### 3.1 Relación entre el autoreporte del uso de condón y la incidencia de VIH/ITS

Como no se puede saber si determinado programa tuvo un impacto en la reducción de nuevas infecciones por VIH, lo que se hace es estimar la prevalencia de ITS, asumiendo que los comportamientos que previenen el VIH pueden también prevenir las ITS. Sin embargo, de acuerdo con Fishbein y Pequegnat (2000), resulta difícil utilizar estos índices como medida de éxito de las intervenciones, pues si la tasa de prevalencia disminuye se tendría que tener la seguridad de que es producto de los propios programas y no de la influencia de otros factores y, además, para el caso del VIH se tendrían que realizar estudios con poblaciones muy amplias para poder obtener resultados significativos en la disminución de nuevas infecciones. Estos mismos autores señalan que en el campo de la salud pública se ha aceptado la prevalencia e incidencia de ITS como indicadores de la efectividad de los programas de intervención para reducir la incidencia del VIH; sin embargo, tomar medidas biológicas de la presencia de ITS en las poblaciones que participan en los estudios de intervención resulta poco práctico, costoso y con problemas de ética (Auerbach y Coates, 2000), por tal motivo, es preferible utilizar medidas de autoreporte del uso del condón.

Para aceptar la veracidad de los autoreportes del uso del condón, se han llevado a cabo estudios de validez concurrente comparando el reporte del uso del condón con el nivel de incidencia de algunas infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, Zenilman, Weisman, Rompalo et al. (1995, citados en Fishbein, 1996) evaluaron en pacientes clínicos con ITS, la relación entre los autoreportes del uso del condón y la incidencia de estas infecciones; a los pacientes se les preguntó por el número de veces que habían tenido relaciones sexuales en el último mes y el número de veces que habían usado condón durante el coito; los resultados se compararon con la incidencia de ITS entre los que habían reportado haber usado el condón el 100% de las veces y los que habían reportado su uso sólo algunas veces o nunca; la investigación demostró una falta de correlación entre el autoreporte del uso del condón y la incidencia de ITS. Sin embargo,

Fishbein (1996) señala que no tendría por qué haber alguna relación entre ambas medidas, ya que, por un lado, las propias pruebas diagnósticas de ITS pueden tener problemas de validez y, por el otro, no se están considerando otros factores que afectan la tasa reproductiva de ITS, tales como la eficiencia de transmisión (que se reduce aumentando el uso del condón, aplazando el inicio de la vida sexual o usando vacunas), el número de parejas sexuales y la duración o grado de la infección. Aunado a esto, los condones no son igualmente efectivos para prevenir distintas ITS, aunque es mejor usar el condón que no usarlo, su efectividad depende de la infección particular (Kaplan et al., 2001). Debe considerarse también que la transmisión de ITS de hombre a mujer no es igual que de mujer a hombre. Fishbein (1996) señala que existe entre el 50% y el 90% de probabilidad de que un hombre con gonorrea transmita a una mujer en un solo coito la infección, mientras que sólo existe un 20% de probabilidad de que una mujer la transmita a un hombre. Particularmente en el caso del VIH, el contagio de hombre a mujer se estima entre el 1% y el 20%, mientras que el contagio de mujer a hombre se estima entre el .01% y el 10% (Fishbein, 1996).

De acuerdo con lo anterior, resulta difícil creer que un incremento en el uso del condón llevará a un decremento en ITS, o un decremento en ITS tendrá un impacto en la transmisión del VIH/SIDA. Por tanto, evaluar la validez de las medidas de autoreporte del uso del condón a través de estos indicadores biológicos resultaría poco recomendable mientras no se tuvieran medidas diagnósticas más precisas de las ITS, cuando estas son las utilizadas, los resultados indican lo contrario.

Crosby, DiClemente, Wingood et al. (2003) llevaron a cabo un estudio con 390 mujeres afroamericanas entre los 14 y 18 años de edad, a quienes se les evaluó en un periodo de línea base la presencia de distintas ITS a través de análisis de secuencias de ADN, las que tuvieron un resultado positivo recibieron tratamiento; seis meses después, se les preguntó por el número de veces que habían tenido relaciones sexuales con penetración vaginal y el número de veces que habían usado condón en dichas relaciones, ambas preguntas permitieron

calcular la proporción de encuentros sexuales protegidos para así distinguir a las que usaron consistentemente el condón (el 100% de sus encuentros sexuales) de las que lo usaron inconsistentemente; posteriormente se tomaron por segunda ocasión, medidas diagnósticas de ITS. Encontraron que el 51% de las adolescentes usaron consistentemente el condón, de éstas sólo el 17.8% tuvieron un resultado positivo en la prueba de ITS, que fue significativamente diferente del 30% con resultado positivo de aquellas que fueron inconsistentes en el uso del condón. Los autores atribuyen la incidencia de ITS en este 17.8% a tres posibles razones: fallas en el uso del condón; problemas de deseabilidad social y problemas de memoria sobre la frecuencia de las relaciones sexuales y del uso del condón. Sin embargo, afirman que sus resultados permiten promover el uso consistente del condón como una forma de disminuir la incidencia de ITS.

Es posible que con evidencia empírica como las expuestas, pueda confiarse en los autoreportes del uso del condón, sin embargo, estas medidas deben someterse a análisis más rigurosos de validez debido a la forma tan variada en que han sido utilizadas para identificar a quienes usan el condón en forma consistente.

### **3.2 Indicadores que miden la conducta de uso de condón**

El meta-análisis realizado por Sheeran, Abraham y Orbell (1999) muestra las medidas del uso del condón utilizadas en los 121 estudios que revisaron; el 43% midió la frecuencia del uso del condón, un 16% la consistencia, el 15% midió uso general del condón, un 13% utilizó medidas compuestas y un 12% midió el uso del condón en la última relación sexual. En la revisión que presentan Robin, Dittus, Whitaker et al. (2004) de 24 estudios de intervención conductual diseñados para reducir la incidencia del VIH, de ITS y de embarazos en adolescentes, se observa una gran variedad de medidas del comportamiento sexual, las cuales incluyen: tener relaciones sexuales, edad del debut sexual, demora del debut sexual, frecuencia de las relaciones sexuales, uso del condón, frecuencia del uso del condón en distintos periodos de tiempo, uso del condón en la primera y en la

última relación sexual, tener múltiples compañeros sexuales, número de compañeros sexuales en toda la vida y en los últimos 3 meses, tener sexo vaginal, sexo anal, sexo oral, uso del condón en sexo vaginal, sexo anal y sexo oral, frecuencia de sexo vaginal, anal y oral no protegido, porcentaje de coitos no protegidos por condones, uso del condón con espermicidas, uso de métodos anticonceptivos (en la primera y en la última relación sexual), consistencia en el uso de anticonceptivos, índice de eficiencia de anticonceptivos, embarazos y causa de embarazos, diagnóstico de alguna ITS, tasa de ITS y embarazos. En todos los casos, las medidas utilizadas fueron vía el autoreporte.

En distintos lugares se ha cuestionado la validez de las medidas de autoreporte del uso del condón, ya que pueden existir por parte de quien responde, problemas de memoria, comprensión y deseabilidad social (Geary, Tchupo, Johnson, Cheta y Nyama, 2003), o bien, puede haber falta de claridad en el tipo de preguntas que se hacen (Fishbein y Pequegnat, 2000). Por ejemplo, al preguntar cuántas veces se ha tenido relaciones sexuales y luego en cuántas de estas veces se ha utilizado el condón, la respuesta de los participantes puede variar dependiendo del tiempo utilizado como marco de referencia (en toda la vida, el año pasado, en los últimos tres meses, la semana pasada o la última vez) y de si se está evaluando el tipo de práctica sexual en la que el condón se usa (sexo anal, vaginal u oral) o el tipo de pareja con la que se usa (regular o casual).

Si la forma más efectiva de prevenir la transmisión del VIH/SIDA es a través del uso correcto y consistente del condón, entonces las medidas de la conducta de uso del condón debieran contemplar justamente la consistencia. De acuerdo con Sheeran, Abraham y Orbell (1999), la medida que más se ha utilizado en las investigaciones sobre la prevención del VIH/SIDA ha sido la frecuencia del uso del condón y pocos han utilizado la consistencia. Esta última permite evaluar el grado en que un individuo utiliza el condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales. La investigación empírica que se ha interesado en la consistencia en el uso del condón ha utilizado por lo menos dos formas de evaluarla. Una considera la frecuencia del uso del condón en un periodo determinado, evaluada a través de

una escala tipo Likert con opciones de respuesta que varían desde *nunca*, *casi nunca*, *ocasionalmente* (o algunas veces), *casi siempre* y *siempre* (o cada vez que tengo relaciones sexuales); esta última opción de respuesta es la que permite identificar a aquellos que son consistentes para usar el condón (Abdullah, Fielding, Hedley et al., 2002; Alfaro, Harada y Díaz-Loving, 2000; Ao, Sam, Manongi et al., 2003; Baele, Dusseldorf y Maes, 2001; Caballero y Villaseñor, 2001; Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000; Chan, Cheung, Gray et al., 2004; Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002; Gebhardt, Kuyper y Greusven, 2003; Lam, Mak, Lindsay y Russell, 2004; Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al., 2004; Piña, 2004; Thato, Charron-Prochownik, Dorn et al., 2003; Villagrán, Alfaro y Torres, 2004). Cuando la frecuencia del uso del condón se evalúa utilizando este tipo de escalas ordinales el investigador no tiene la seguridad de que los sujetos estén considerando la cantidad de veces que han tenido relaciones sexuales y la cantidad de veces que han usado el condón, la valoración que hagan de su propia conducta podría responder a principios generales y no a instancias específicas de su comportamiento. Por tanto, una manera de disminuir este problema de validez implicado en las medidas de autoreporte de la conducta de uso del condón, es evitando el uso de escalas nominales (sí o no) y ordinales (siempre, ocasionalmente, nunca) y obtener información sobre el número de veces que se utilizó el condón en un tiempo relativamente corto (Jaccard y Wan, 1995).

La otra forma de obtener información sobre el uso consistente del condón ha sido a través de la evaluación de la proporción de encuentros sexuales protegidos, que implica considerar la frecuencia de encuentros sexuales en un periodo determinado y el número de veces en que se utilizó el condón en el mismo periodo, al dividir este último entre el primero se obtiene la proporción de encuentros sexuales en los que se utilizó el condón, quienes obtienen el 100% de relaciones sexuales protegidas son los que se identifican como consistentes (Crosby, DiClemente, Wingood et al., 2003; Crosby, Yarber, Sanders y Graham, 2004; DiClemente y Wingood, 1995; El-Bassel, Writte, Gilbert et al., 2003; Noar, Morokoff y Redding, 2002; Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smyth, 2004; Warner, Warner, Boles y Williamson, 1998).



En ambos casos, los tiempos de referencia utilizados para evaluar la frecuencia del uso del condón pueden tener implicaciones importantes. Geary et al. (2003) llevaron a cabo un estudio de corte cualitativo para investigar las respuestas de los participantes ante un conjunto de preguntas que evaluaban la frecuencia del uso del condón. Los participantes fueron mujeres seleccionadas de otro estudio que habían reportado tener relaciones sexuales al menos una vez por semana y que, de acuerdo con su sintomatología, estaban en riesgo de tener infecciones de gonorrea y clamidia, por tanto, se les pidió que usaran el condón cada vez que tuvieran relaciones sexuales para minimizar el riesgo de estas ITS y se les entregó una dotación de condones. Durante seis meses se les preguntó mensualmente por el número de veces que habían usado el condón e identificaron a las consistentes e inconsistentes. Al final de los seis meses se les pidió que respondieran cuántas veces había tenido relaciones sexuales en los últimos 7 días y cuántas veces habían usado el condón en el mismo periodo y se hicieron las mismas preguntas para los últimos 30 días; posteriormente se les pidió que respondieran las mismas 4 preguntas utilizando como opciones de respuesta *siempre/algunas veces/nunca*. Para cada pregunta se les pidió que expresaran cómo le hacían para recordar cuántas veces habían usado condón o habían tenido relaciones sexuales.

Los resultados muestran respuestas variadas entre las que usaron consistentemente el condón y las que no lo hicieron así. Por ejemplo, una de las consistentes respondió que anotaba en un calendario cuándo tenía relaciones sexuales, otra dijo que contaba el número de condones que ya no había en las cajas que les habían dado, mientras que al tener varias parejas sexuales otra participante de las consistentes respondió que le resultaba difícil recordar. En el caso de las mujeres inconsistentes, una participante respondió que era fácil recordar cuántas veces había usado el condón en los últimos 30 días porque ella siempre lo usaba, y como generalmente tenía relaciones sexuales una vez por semana, resultaba fácil decir que lo había usado 4 veces. Para la mayoría de las participantes les resultó más cómodo responder a las opciones de *siempre/algunas veces/nunca* porque tenían la opción de responder cuando no

recordaban con precisión las veces que habían usado condón, respondiendo así a la opción de *algunas veces*.

La pregunta que habría que responder es cuál de los dos indicadores proporciona información más confiable del uso consistente del condón, ¿aquel que utiliza el criterio de *siempre* o el que permite identificar a quienes lo utilizan en el 100% de sus encuentros sexuales? De acuerdo con los planteamientos de Jaccar y Wan (1995), este último indicador sería más recomendable porque hace referencia a eventos puntuales de la conducta sexual del individuo y se pueden disminuir los problemas de precisión en el recuerdo de dicha conducta si se utilizan periodos de tiempo relativamente cortos (iguales o menores a 3 meses).

El uso de ambas medidas, sin embargo, presentan otros problemas que son identificados por Crosby (1998) como errores Tipo I y Tipo II. Ejemplos del primero son los siguientes: si una persona responde que siempre usa el condón o lo usa en el 100% de sus encuentros sexuales, no se sabe si el condón fue usado por iniciativa propia o porque su pareja le exigió utilizarlo, en este último caso no se podría considerar que la persona esté utilizando el condón como una medida preventiva. Otro ejemplo del error Tipo I tiene que ver con los motivos o razones que llevan a una persona a usar el condón; cuando éste se utiliza para evitar un embarazo, tampoco se puede decir que su uso sea para protegerse del VIH. Un ejemplo más se relaciona con la forma de usar el condón; si la persona reporta usarlo siempre pero comete errores al usarlo, tampoco se estaría incidiendo en la prevención del VIH/SIDA. Finalmente, si el uso del condón se mide sin especificar el tipo de práctica sexual en que este se usa, sería menos probable que se incidiera en la prevención del VIH/SIDA, sobre todo si se sabe que hay mayor riesgo de transmisión por vía anal que por la oral o vaginal (Edwards y Carne, 1998).

Las fuentes de error Tipo II que señala Crosby (1998) tienen que ver con los problemas implicados en la adopción gradual de nuevas conductas y llevan a subestimar la efectividad de los programas de prevención. Ejemplos de este tipo de error son los siguientes: Si la persona que está participando en un programa de

prevención del VIH/SIDA presenta problemas de adicción, depresión o es altamente impulsiva, difícilmente podrán observarse a corto plazo los cambios en su comportamiento; los programas de prevención del VIH no están diseñados para hacer frente a la falta de habilidades de una persona para controlar sus impulsos, por tanto, es posible que se obtengan cambios graduales en la conducta de uso del condón conforme los participantes van aprendiendo habilidades de regulación más efectivas, empero, las medidas que se utilizan sobre el uso del condón (siempre, algunas veces, nunca) no permiten ver estas mejorías graduales en los participantes. Otro ejemplo del error Tipo II está relacionado con el balance de poder que se presenta en una relación de pareja; es posible que un programa de intervención para prevenir el VIH/SIDA resulte efectivo para una persona, pero si ésta (particularmente la mujer) no tiene las habilidades para evitar situaciones sexuales de riesgo donde la pareja rechaza el uso del condón, entonces aunque haya aprendido a usar el condón correctamente y otros aspectos relacionados con la prevención del VIH, difícilmente podrá comportarse preventivamente.

El análisis de los problemas que expone Crosby (1998) permiten ver la importancia de considerar en las intervenciones la evaluación de los siguientes aspectos: quién toma la iniciativa para usar el condón, los motivos para usar el condón, el uso correcto del condón, su uso en cada práctica sexual, las características de personalidad de los participantes y las habilidades necesarias para enfrentar con éxito propuestas sexuales bajo situaciones de riesgo. El análisis derivado de la forma en que se evalúa el uso consistente del condón, sugiere como mejor indicador la proporción de encuentros sexuales protegidos en periodos de tiempo relativamente cortos. De estos nos interesa destacar los problemas que pueden presentarse cuando las medidas del uso del condón no consideran al menos tres de estos elementos: el uso del condón en cada práctica sexual, la habilidad conductual para usarlo correctamente y la habilidad para negociarlo con éxito con la pareja sexual.

El uso del condón en cada práctica sexual toma su relevancia en la prevención del VIH/SIDA por las distintas posibilidades de transmisión que éste

tiene en cada una de ellas. La práctica de sexo anal es la de mayor riesgo, seguida del sexo vaginal y en tercer lugar el sexo oral (Cohen y Miller, 1998; Edwards y Carne, 1998); aun cuando se ha señalado que el condón de látex protege del VIH en menor medida cuando se usa durante el sexo anal que durante el sexo vaginal (Del Río y Uribe, 1995), resulta indispensable usarlo en cada práctica sexual, ya que en todas existe la posibilidad de contagio. Los estudios que carecen de una evaluación en este sentido y consideran únicamente el uso del condón en relaciones sexuales en general o en relaciones con penetración vaginal, pueden estar sobreestimando el comportamiento preventivo de los sujetos de estudio. Por ejemplo, Gurman y Borzekowski (2004) encontraron, en estudiantes latinos entre los 18 y 24 años de edad, que el uso del condón ocurre más en el sexo vaginal y con menor proporción en el sexo anal y oral. Wagner, Carlin, Cauce y Tenner (2001) encontraron que el uso del condón es más frecuente en sexo con penetración anal cuando éste ocurre con la pareja estable, y más frecuente su uso en sexo vaginal y anal con pareja casual, en ambos casos es menos frecuente durante el sexo oral. Estos datos apoyan la importancia de realizar evaluaciones del uso del condón en las distintas prácticas sexuales e incorporar este elemento en los programas de intervención interesados en prevenir la transmisión de VIH/SIDA y otras ITS.

También hay evidencia empírica que demuestra que el reporte del uso del condón no necesariamente significa que se use correctamente, es decir, los jóvenes pueden cometer errores al colocar y retirar del pene un condón o pueden tener fallas de su uso durante el coito, a pesar de que tengan claro que lo están usando en todos sus encuentros sexuales. Algunos estudios han evaluado las fallas del uso considerando si lo colocaron por el lado incorrecto y después lo voltearon para ponérselo, si lo colocaron después de haber iniciado la penetración, si se rompió durante el coito o si se resbaló o salió del pene en el acto sexual (Coates y Makadon, 1995; De Visser y Smith, 2000; Grady y Tanfer, 1994; Spruyt, Steiner, Joanis et al., 1998; Warner, Warner Boles y Williamson, 1998), en todos los casos los participantes habían reportado usar consistentemente el condón.

“Cuando *siempre*<sup>1</sup> no es suficiente” es parte del título del trabajo reportado por De Visser y Smith (2000) e ilustra que el ser consistente para usar el condón no necesariamente significa que se esté previniendo la transmisión del VIH/SIDA o alguna otra ITS. Estos autores evaluaron la confiabilidad y validez de los autoreportes del uso del condón en una muestra de 300 estudiantes entre los 18 y 29 años de edad; utilizaron un *diario de uso del condón* donde los jóvenes registraron diariamente durante 6 meses si habían usado o no un condón durante una penetración vaginal y si se lo habían colocado antes o después de la penetración inicial; los que siempre usaron el condón en cada encuentro con penetración vaginal se identificaron como consistentes. Los resultados muestran que los que siempre usaron el condón tuvieron más encuentros sexuales en donde el condón se colocó después de una penetración inicial. Estos datos sugieren que la evaluación del riesgo que se basa en el autoreporte del uso del condón puede subestimar el riesgo involucrado en la conducta de uso del condón y puede también subestimar la eficacia del condón.

Otros estudios han evaluado, a través de la observación directa, la habilidad conductual para colocar y retirar un condón utilizando un pene de enseñanza, mostrando que quienes reportan usarlo consistentemente cometen errores que pueden poner en riesgo su salud sexual. En el Cuadro No. 3.1 se presentan los pasos a seguir en el uso correcto del condón definidos en distintos estudios. Lidemann y Brigham (2003) definieron 7 pasos, Crosby, DiClemente, Wingood et al. (2001) consideraron 6 conductas específicas y Fishbein y Pequegnat (2000) únicamente 5, mientras que en el estudio realizado en México por Torres y Díaz-Loving (1999) se definieron 12 pasos para evaluar el uso correcto del condón, y aunque esta investigación no tenía el propósito de relacionar esta conducta con el autoreporte del uso consistente del condón, demuestra la importancia de evaluar finamente esta habilidad.

---

<sup>1</sup> Cursivas de la autora.

Cuadro No. 3.1

Pasos a seguir para usar correctamente el condón evaluados a través de la observación directa de la colocación de un condón en un modelo de pene

	Lidemann y Brigham (2003)	Crosby, DiClemente, Wingood et al. (2001)	Fishbein y Pequegnat (2000)	Torres y Díaz-Loving (1999)
1	abrir el condón	abrir correctamente el paquete	abrir cuidadosamente el paquete	tener un condón
2	oprimir el receptáculo del semen	sacar el aire de la punta del condón	colocarlo cuidadosamente	revisar fecha de caducidad o manufactura
3	colocarlo en el glande	colocar el condón por el lado correcto	dejar un espacio en la punta del condón	oprimir la envoltura para revisar la bolsa de aire
4	desenrollar el condón	mantener apretada la punta del condón mientras se desenrolla	quitarle el aire	abrir sin dañar con uñas, dientes u objetos punzocortantes
5	sostener el condón al retirarlo de la vagina	desenrollarlo hasta la base del pene	desenrollarlo completamente	sacar y observar la dirección en que se desenrolla
6	oprimir la punta del condón	que el condón permanezca intacto y no presente daños visibles		colocarse en el pene erecto
7	sostener el condón de la base y la punta deslizándolo cuidadosamente fuera del pene			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

Cometer un error en alguno de estos pasos puede poner en riesgo la salud sexual de los jóvenes. De acuerdo Fishbein y Pequegnat (2000), no dejar espacio en la punta del condón o no quitarle el aire, son errores que hacen más probable que el condón se rompa durante el coito. Los errores que más comenten los jóvenes son abrir el paquete con objetos punzocortantes (Spruyt et al., 1998), poner el condón por el lado contrario al que se desenrolla (Warner et al., 1998) y no desenrollarlo por completo al ponérselo (Coates y Makadon, 1995).

Un aspecto más que remarca la importancia de utilizar medidas de observación directa sobre el uso del condón es la incongruencia encontrada entre la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón y la habilidad conductual demostrada. Crosby, DiClemente, Wingood et al. (2001) evaluaron en 522 mujeres afroamericanas entre los 14 y 18 años de edad, la relación entre la habilidad percibida para usar correctamente el condón (autoeficacia percibida) y la habilidad demostrada y la relación entre la habilidad demostrada y el autoreporte del uso de condón. Encontraron que la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón no se relacionó con la habilidad demostrada, y esta última tampoco se relacionó con el autoreporte del uso de condón. Estos hallazgos –que ponen en duda el poder predictivo de la autoeficacia para usar el condón– indican que, quienes reportan usar el condón podrían tener una relación sexual no protegida al no tener la habilidad para usarlo correctamente. Esto es, las personas que dicen usar el condón, al ser evaluados, no lo usaron correctamente, lo que documenta una discrepancia entre el “decir” y el “hacer” en el terreno del uso de condón. Es posible, entonces, que los estudios que utilizan como medida de éxito de las intervenciones el autoreporte del uso del condón sin evaluar la habilidad conductual para usarlo correctamente, estén por un lado sobrestimando el uso del condón y, por otro lado, no estén incidiendo en forma efectiva en la prevención del VIH/SIDA.

Seguramente, la reducción de conductas de riesgo requiere algo más que la propia habilidad conductual para usar correctamente el condón. Debido a que el uso del condón ocurre en una relación sexual que implica justamente una relación entre dos personas, de nada sirve ser un experto en la colocación correcta del condón si no se tiene la habilidad para solicitarlo a la pareja sexual o la habilidad para negociarlo cuando ésta se resiste a utilizarlo. En este sentido, es recomendable también incluir en las medidas del comportamiento sexual preventivo, habilidades relacionadas con la negociación del uso del condón, tema que abordaremos en el siguiente capítulo.

El análisis hasta aquí realizado conduce a la necesidad de abordar empíricamente los problemas derivados de las medidas de uso de condón y las alternativas que podrían visualizarse para dar frente a dichos problemas. Es propósito de este trabajo, contribuir con el uso de medidas más objetivas sobre la conducta de uso de condón. Por tal motivo, se propone evaluar empíricamente las siguientes consideraciones:

Si la forma más efectiva de prevenir la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS la constituye el uso correcto del condón en cada uno de los encuentros sexuales que se tengan con penetración, es necesario que la investigación en este campo considere medidas de su uso consistente y de su uso correcto. Para el primer caso, con base en los planteamientos de Jaccard y Wan (1995), se propone utilizar como medida de la consistencia del uso de condón, el número específico de veces en que éste se usa dentro de un periodo de tiempo relativamente corto (por ejemplo los últimos 3 meses), en lugar de utilizar escalas tipo Likert (siempre /casi siempre/ ocasionalmente/casi nunca/nunca). Para el segundo caso —el uso correcto del condón—, basados en evidencia empírica sobre el tema (Crosby, DiClemente, Wingood et al., 2001; Fishbein y Pequegnat, 2000; Lidemann y Brigham, 2003; Torres y Díaz-Loving, 1999), se propone obtener medidas de observación directa de la habilidad para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza y determinar su relación con el indicador de consistencia del uso de condón así como con la habilidad para negociarlo con la pareja. Estos aspectos fueron evaluados en la presente investigación y los resultados son reportados, respectivamente, en los capítulos 5 y 6.



## *Capítulo 4*

### Comunicación sexual asertiva y prevención del VIH/SIDA

**E**n los capítulos anteriores se señaló la importancia de contar con medidas objetivas de la conducta de uso del condón, ya que la literatura demuestra distintas formas de diferenciar a quienes usan consistentemente el condón de quienes no lo usan, llevando implícito un problema de validez en las medidas de autoreporte de esta conducta. En este mismo sentido, se señaló que el autoreporte del uso del condón no proporciona información sobre su uso correcto, por tanto, como medida de éxito de los programas de intervención es limitada. Además, se sugirió que aun cuando se contara con ambas medidas –el autoreporte del uso del condón y la observación directa de la habilidad para usarlo correctamente–, esto tampoco aseguraba el uso consistente del condón, ya que existe la posibilidad de que no se use si no se tiene la habilidad para solicitarlo a la pareja sexual o la habilidad para negociarlo cuando ésta se resiste a utilizarlo. En otras palabras, para prevenir la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS, e incluso un embarazo no deseado, es recomendable usar el condón, saberlo usar correctamente y usarlo en todos y cada uno de los encuentros sexuales, pero además, es conveniente tener habilidades para poder solicitarlo a la pareja o negociarlo cuando se presente algún conflicto sobre su uso.

Con base en tal razonamiento, el presente capítulo está enfocado hacia el análisis de la investigación sobre habilidades de comunicación sexual asertiva y su vinculación con la conducta de uso del condón. En un primer apartado se presentan algunos elementos que permiten entender el significado de la comunicación sexual asertiva. Posteriormente se revisan algunas investigaciones empíricas que demuestran los factores que están relacionados con este comportamiento, poniendo especial atención en las medidas que utilizan para evaluarlo. En un tercer apartado se revisan estudios de intervención que exponen

los efectos de distintas estrategias de entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva y se analiza si en dichas intervenciones se considera la evaluación y/o entrenamiento de la habilidad conductual para usar correctamente el condón. Finalmente, con base en el modelo de prevención del VIH/SIDA de Bayés (1992b), se presenta una propuesta que describe los elementos que podrían considerarse en el diseño de estrategias de intervención dirigidas hacia el desarrollo de habilidades para negociar el uso del condón y para usarlo correcta y consistentemente.

#### **4.1 Comunicación sexual asertiva**

El desarrollo de habilidades asertivas juega un papel muy importante en las interacciones sociales que se establecen cotidianamente con diferentes personas en distintos contextos y situaciones, de ahí la necesidad de entender su significado. Flores y Díaz-Loving (2002) sintetizan la forma en que la asertividad es definida por Jakubowski y Lange (1978):

*“Para ellos, la asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada, respetando los derechos de la otra persona. La asertividad involucra la declaración de los derechos personales, expresando pensamientos, sentimientos y creencias, que a su vez no viola los derechos de la otra persona”* (pp. 25).

De acuerdo Flores y Díaz-Loving (2002), distintas definiciones de asertividad tienen como bases principales tres elementos: el individuo tiene derecho a expresarse, es necesario el respeto hacia la otra persona y es deseable que las consecuencias de su comportamiento sean satisfactorias para los dos miembros que participan en la interacción. Estos mismos principios son considerados por Goldstein (1981) al proponer un conjunto de habilidades que pueden desarrollarse en los individuos para que tengan éxito en sus relaciones sociales.

Ser una persona asertiva, entonces, tiene que ver con la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones, sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La asertividad implica un respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias. Las personas tienen que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en situaciones específicas y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos.

Lo anterior resulta particularmente importante en el terreno de las relaciones sexuales, en donde la negociación en la pareja ocupa un lugar fundamental. La negociación implica tener la capacidad para poder identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas para solucionarlo y llegar a un acuerdo entre ambas partes (Roth, 1986). Además, la negociación requiere que ambos miembros se perciban a sí mismos en igualdad de derechos (Tena y Hickman, 2003), cuestión que se torna difícil por las relaciones de poder que ocurren en el contexto de una cultura sexual caracterizada por una doble moral que establece diferentes derechos y libertades para hombres y mujeres (Herrera y Campero, 2002). Las diferencias entre el hombre y la mujer en cuanto al papel que juegan y al trato que reciben de la sociedad afectan directamente la toma de decisiones en el terreno sexual (Rico, 1995). Muchas mujeres no pueden pedir a sus maridos que usen protección al tener relaciones sexuales y a veces ni siquiera tienen la posibilidad de decidir si quieren o no tener relaciones (Pulerwitz, Amaro, Jong et al., 2002); ellas no pueden cuestionar a los varones su conducta sexual, en muchos casos, al desconocer la conducta sexual de sus compañeros, ignoran si están o no en riesgo, y quienes saben que lo están, tienen pocos recursos para modificar su situación dada la falta de poder social, dependencia y sometimiento a sus parejas (Nyanzi, Pool y Kinsman, 2000; Herrera y Campero, 2002).

Por otra parte, Del Río y Uribe (1995) han reportado una serie de razones o motivos que conducen a los jóvenes a realizar conductas sexuales no protegidas, particularmente, no usar el condón en cada uno de sus encuentros sexuales:

- Piensan que la pareja puede no estar infectada

- Piensan que el condón realmente no funciona
- No lo saben utilizar
- Olvidan llevarlos
- No disponen de un condón cuando tienen la relación
- Están muy avergonzados para hablar del asunto
- Miedo a que la pareja se ofenda
- Se encuentran afectados por el alcohol y drogas para recordar, querer o poder ponerse un condón
- Le resta placer a la relación
- Sienten que interfiere en las relaciones sexuales disminuyendo sensación y espontaneidad
- Anhelo de amor y de cercanía

Dichas razones podrían estar vinculadas con un problema de comunicación en la pareja y podrían subsanarse si se actúa incidiendo no solamente en el nivel de información que los jóvenes deben tener sobre el VIH/SIDA y el condón y sobre sus actitudes hacia ambos aspectos, sino también tendrían que dirigirse los esfuerzos hacia el entrenamiento de repertorios conductuales que les permitan negociarlo exitosamente con su pareja, considerando el análisis y discusión del papel que juegan el hombre y la mujer en la toma de decisiones en el terreno sexual. Para diseñar intervenciones orientadas hacia el entrenamiento de habilidades de negociación en el terreno sexual, es importante en primera instancia investigar los factores que podrían estar relacionados de manera importante con este comportamiento, y con base en ellos, desarrollar las estrategias específicas de intervención para el cambio conductual. En el siguiente apartado se presentan algunos estudios que se vinculan con este propósito.

## **4.2 Estudios de evaluación**

Con el propósito de investigar la relación entre la comunicación sexual asertiva y el comportamiento sexual preventivo, se han llevado a cabo distintos estudios (Harrison, Moore y Deren, 1995; Lahai-Momoh y Ross, 1997; Lawrence, Eldridge,

Reitman, et al., 1998; Molitor, Facer y Ruiz, 1999; Moore, VanDevanter, Padian, et al., 1995; Sturdevant, Elmore, Fish, et al., 1997) que se han distinguido por investigar los factores que están relacionados con variables vinculadas con la comunicación sexual asertiva, tales como la frecuencia con que se comunican con sus parejas, percepción de libertad para comunicarse con la pareja, autoeficacia percibida para minimizar el riesgo de contagio del VIH a través de la comunicación con la pareja e historia de comunicación asertiva con parejas previas a la actual. Los factores más importantes que se relacionan con estas variables son los siguientes: altos niveles de percepción de riesgo están asociados con mayor comunicación en la pareja; quienes se comunican menos con sus parejas reportan menor uso del condón; un nivel bajo de comunicación sobre sexo seguro (eficacia percibida para minimizar el riesgo de contagio del VIH a través de la comunicación con la pareja) predice el sexo anal no protegido; en parejas discordantes el uso consistente del condón está relacionado con la percepción de libertad que tienen las mujeres para comunicarse con su compañero; tasas bajas en conducta asertiva entre adolescentes que han tenido experiencias previas negativas muestran la necesidad de dar un entrenamiento asertivo en sus relaciones actuales.

En estudios más recientes se han encontrado resultados similares que demuestran la importancia que tienen la asertividad sexual, las relaciones de poder en la pareja, las estrategias utilizadas para negociar el condón y el tipo de pareja sexual, sobre el comportamiento sexual preventivo. Por ejemplo, Noar, Morokoff y Redding (2002) investigaron, en una muestra de 424 hombres heterosexuales, en qué medida los niveles de asertividad sexual se asociaban con el uso consistente del condón. La asertividad sexual fue entendida como la habilidad percibida para expresar el deseo de uno para usar un condón y fue evaluada a través de una escala tipo Likert con preguntas como “yo insisto en usar un condón si yo quiero, aún si a mi pareja no le agrada”. Los resultados muestran que quienes obtuvieron niveles más altos de asertividad sexual fueron los que usaron con mayor consistencia el condón.

Pulerwitz, Amaro, Jong et al. (2002) investigaron en una muestra de 388 mujeres entre los 18 y 45 años de edad, en qué medida el poder de las relaciones sexuales influye en la negociación del sexo seguro. Utilizaron una escala de poder en las relaciones sexuales que contiene dos subescalas (control de la relación y dominancia en la toma de decisiones); el uso consistente del condón se definió como usar siempre condones durante el sexo vaginal con la pareja regular en los últimos tres meses. Los resultados muestran que las mujeres con un nivel alto de poder en las relaciones sexuales reportaron seis veces más haber usado el condón consistentemente que las mujeres con un bajo nivel de poder. Se encontró además que las mujeres con más alto nivel educativo y con mayores ingresos económicos tuvieron puntuaciones más altas en la escala de poder, pero la edad y el estatus de la relación (solteros, unión libre y casados) no se relacionaron con el nivel de poder en la relación. Los autores concluyen que el uso inconsistente del condón reportado por las mujeres puede atribuirse a una falta de poder en sus relaciones sexuales.

Lam, Mak, Lindsay y Russell (2004) investigaron, en una muestra de 234 estudiantes entre los 18 y 22 años de edad, la efectividad de distintas estrategias verbales y no verbales utilizadas para negociar el uso del condón. Estas estrategias las dividieron en directas e indirectas; ejemplos de las verbales directas fueron hacer un trato (si no hay condón no hay sexo) o expresar razones para proteger su salud (puede haber embarazos o alguna ITS); de las verbales indirectas fueron halagos (necesitaremos usar condones extralargos!) o insinuaciones (he escuchado que muchas quedan embarazadas). Una estrategia no verbal directa fue abrir un condón frente a la pareja, y no verbal indirecta fue poner un condón sobre algún mueble (la cama o buró) o poner a la vista de la pareja algún panfleto sobre sexo. La frecuencia del uso del condón se evaluó con una escala tipo Likert con opciones de respuesta de *siempre/moderadamente/nunca*. Los resultados muestran que aunque todas las estrategias fueron utilizadas para negociar el uso del condón, la mayoría de los participantes (hombres y mujeres) usaron estrategias directas, tanto verbales como no verbales, sin embargo, las mujeres utilizaron más estrategias no verbales

indirectas. Los autores sugieren incorporar en las intervenciones sobre habilidades para negociar el condón, un entrenamiento en estrategias no verbales indirectas en las mujeres, ya que estas aseguran el uso consistente del condón.

Utilizando métodos cualitativos y cuantitativos, Iwuagwu, Ajuwon y Olaseha (2000) encontraron, en una muestra de 354 estudiantes entre los 15 y 39 años de edad, que los factores que dificultaban la negociación del uso del condón en las mujeres fueron una falta de cooperación por parte del compañero, ya que a pesar de haber acordado usar el condón algunos ellos se lo quitaban en el momento en que la mujer tenía los ojos cerrados; otro factor relacionado fue el temor a la violencia, algunas mujeres reportaron que al pedirle el condón a su compañero él las golpeaba reclamándoles con quién habían aprendido a usar el condón. Encontraron también que quienes usaban consistentemente el condón eran los que más lo negociaban, pero la negociación fue más probable con la pareja casual que con la regular. Los factores que no se asociaron con la negociación del uso del condón fueron edad, religión y número de parejas sexuales en toda la vida. Los autores sugieren que las intervenciones para prevenir el VIH/SIDA y otras ITS requieren del entrenamiento en habilidades asertivas para negociar el uso del condón.

En suma, tales estudios muestran que la comunicación sexual asertiva promueve el uso consistente del condón. Los aspectos evaluados como parte de la comunicación sexual asertiva fueron la habilidad percibida para expresar el deseo de querer usar el condón y el uso de estrategias directas e indirectas para negociarlo. Las variables asociadas con un mayor nivel de comunicación asertiva fueron mayor empoderamiento en la relación de pareja y tipo de pareja sexual, los factores que dificultan la comunicación sexual asertiva son falta de cooperación por parte de la pareja sexual y temor a que ésta responda violentamente. En todos los casos, las variables relacionadas con la comunicación sexual asertiva y con la conducta de uso del condón fueron evaluadas a través de instrumentos de autoreporte diseñados en escala tipo Likert.

### **4.3 Estudios de intervención**

A principios de la década de los noventa Catania, Coates, Kegeles et al. (1992) ya habían identificado a la comunicación sobre sexo seguro como predictor del uso del condón en relaciones heterosexuales y en esa misma década se habían desarrollado estudios de intervención que incorporaban habilidades de comunicación como uno de los puntos centrales de las estrategias de intervención para prevenir la transmisión del VIH/SIDA en poblaciones de estudiantes universitarios (Franzini, Sideman, Dexter y Elder, 1990), mujeres afroamericanas entre 18 y 29 años (DiClemente y Wingood, 1995), mujeres estudiantes (Sikkema, Winett y Lombard, 1995), con problemas mentales severos (Weinhardt, Carey, Carey y Verdecias, 1998) y con múltiples compañeros (Washington, Nelly, Murphy et al., 1993), hombres con múltiples compañeros (Kelly, Lawrence, Brasfield et al., 1989), hombres gay (Kelly, Lawrence, Betts, Brasfield y Hood, 1990) adolescentes y adultos jóvenes entre 12 y 21 años (DiClemente, Lodico, Grinstead et al., 1996), mujeres entre 18 y 40 años (Kelly, Murphy, Washington et al., 1994) y adolescentes afroamericanos y latinos entre 12 y 16 años (Kipke, Boyer y Hein, 1993). Con estas poblaciones, los resultados más importantes que se han reportado han sido los siguientes: los participantes en los grupos de entrenamiento son más asertivos; reportan un decremento en conductas sexuales de riesgo después de haber llevado a cabo el entrenamiento; un incremento en la frecuencia de uso del condón; demandan a su pareja el uso del condón con mayor frecuencia; los hombres actúan mejor que las mujeres, al solicitar, en Juego de Roles, el uso del condón; las mujeres son más asertivas para solicitar información sobre la historia sexual de su pareja.

En los estudios citados, los entrenamientos no abarcan únicamente habilidades de comunicación asertiva, en general se combinan con otras estrategias de información y se evalúan distintas variables para analizar en qué medida éstas están asociadas con un comportamiento asertivo. Algunos estudios que incorporan en su estrategia de intervención el entrenamiento en habilidades de comunicación, no toman ninguna medida de dichas habilidades, sólo se



observa el efecto de dicho entrenamiento sobre la conducta de uso del condón. Otros estudios sí toman medidas de esta variable pero generalmente se hace a través de instrumentos de autoreporte.

Weinhardt, Carey, Carey y Verdecias (1998) llevaron a cabo un estudio con mujeres que tienen problemas severos de asertividad en situaciones sexuales y encontraron un incremento en la frecuencia del uso del condón después de haber participado en 10 sesiones de entrenamiento asertivo; comparado con la preevaluación, el incremento en la frecuencia del uso del condón se observó en la postevaluación y en los periodos de seguimiento (2 y 4 meses). No se tomaron medidas de las habilidades asertivas.

El-Bassel, Witte, Gilbert et al. (2003) evaluaron en una muestra de 217 parejas heterosexuales, la eficacia de una intervención de 6 sesiones para incrementar el uso del condón, disminuir la transmisión de ITS y reducir el número de parejas sexuales; adicionalmente, evaluaron si la intervención podría ser más efectiva cuando ésta iba dirigida solamente a la mujer o a ambos miembros de la pareja. La estrategia de intervención enfatizó la importancia de una relación de pareja, considerando aspectos de intimidad y cercanía, de la monogamia y la confianza y cómo estos factores actúan como barreras para protegerse del VIH/ITS. También enfatizó el papel de la comunicación y negociación en la pareja y de las habilidades de solución de problemas, destacando cómo la dinámica de las relaciones puede verse afectada por los roles de género. El diseño experimental contempló un grupo control al que sólo se le dio una sesión educativa sobre VIH/ITS. Las variables evaluadas antes y 3 meses después de la intervención fueron: número y proporción de encuentros sexuales vaginales protegidos, número de síntomas relacionados con ITS y número de parejas sexuales, todos estos aspectos relativos a los últimos 3 meses y a través de cuestionarios de autoreporte. Los efectos más importantes de la intervención se encontraron en los indicadores que miden el uso del condón. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo constituido sólo por mujeres y el grupo formado por las parejas, es decir, el entrenamiento tiene los mismos efectos sobre

el uso consistente del condón independientemente de si éste es dirigido sólo a un miembro de la pareja o a ambos. En este estudio no se tomaron medidas de las habilidades relacionadas con la comunicación en la pareja y la negociación del uso del condón y tampoco se evaluó el uso correcto del condón.

Robin, Dittus, Whitaker et al. (2004) presentan una revisión de 24 estudios que utilizan intervenciones conductuales para reducir la incidencia del VIH/ITS y embarazos en adolescentes, de éstos 17 estudios consideran en su intervención el entrenamiento en habilidades de comunicación –negociación para demorar el encuentro sexual, negociación para usar el condón, asertividad sexual, toma de decisiones, habilidades para rehusar, habilidades para resistir la presión social y de los compañeros para tener sexo–, pero ninguno utiliza alguna medida de dichas habilidades.

Sikkema, Winett y Lombard (1995) trabajaron con estudiantes universitarios para evaluar la efectividad de una estrategia de entrenamiento en habilidades de asertividad sexual y reducción de conductas de riesgo, comparándola con una estrategia de educación para la salud; las variables que midieron fueron conocimientos y creencias sobre el VIH e ITS, conductas relacionadas con el alcohol y drogas, y asertividad sexual a través de un juego de roles. Comparados con el grupo de educación para la salud, los participantes en el grupo de entrenamiento en habilidades de asertividad sexual reportaron una reducción en sus comportamientos de riesgo y un incremento en habilidades asertivas con su pareja, estas últimas medidas a través de un cuestionario de autoreporte.

DiClemente y Wingood (1995) trabajaron con 128 mujeres heterosexuales de una comunidad afroamericana de San Francisco, con un rango de edad de 18 a 29 años. La estrategia de intervención consistió en 5 sesiones que involucraban información sobre la reducción del riesgo del VIH, habilidades de autocontrol sexual, de comunicación asertiva, de uso apropiado del condón y el desarrollo de normas subjetivas del compañero sexual que apoyan el uso consistente del condón. Los resultados muestran en el grupo de intervención un incremento en la consistencia del uso del condón y en todas las variables entrenadas. Estos

autores midieron la consistencia del uso del condón preguntándole a las participantes cuántas veces habían tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses y cuántas veces habían usado condón en ese mismo periodo, de tal manera que al dividir la frecuencia de las relaciones sexuales entre la frecuencia del uso del condón, obtuvieron un índice sobre consistencia en el uso del condón que va de 0 a 1, entre más cercano sea el dato obtenido a 1 mayor es la consistencia en el uso del condón. Las habilidades de comunicación asertiva se evaluaron a través de instrumentos de autoreporte. No se evaluó la habilidad conductual para usar correctamente el condón, pero esta sí fue entrenada.

Se han reportado otros estudios de intervención que utilizaron como estrategias de cambio conductual grupos de discusión, juego de roles, ensayo conductual y retroalimentación correctiva para entrenar habilidades de comunicación en la pareja y/o la habilidad para usar correctamente el condón, logrando efectos positivos en la reducción del comportamiento de riesgo, sin embargo, en la mayoría de los casos se utilizan medidas de autoreporte de estas variables. Por ejemplo, Fisher, Fisher, Bryan y Misovich (2002) utilizaron el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB, por sus siglas e Inglés) para evaluar la efectividad de una estrategia de intervención sobre la reducción de conductas de riesgo relacionadas con el VIH/SIDA. La intervención se llevó a cabo en 5 sesiones consecutivas y consistió de los siguientes elementos: información sobre formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA y sobre las creencias erróneas sobre la monogamia (tener una sola pareja es seguro y no se necesita usar condón); presentación y discusión de un video que tenía el propósito de cambiar sus actitudes y norma subjetiva; un tercer elemento consideró motivar a los estudiantes para cambiar sus conductas de riesgo; el último elemento consistió de un entrenamiento de habilidades conductuales para lograr la abstinencia sexual y la adquisición y uso de condones, a través de un modelamiento en video que ejemplificaba cómo lograr asertivamente abstenerse de una relación sexual, cómo comprar, guardar y discutir sobre el condón y una demostración de la forma correcta de utilizarlo. Un grupo control sólo recibió información sobre la prevención del VIH/SIDA. A través de instrumentos de

autoreporte diseñados con reactivos en escala tipo Likert o de opción múltiple, se obtuvieron medidas sobre conocimientos, norma subjetiva, intenciones, actitudes y habilidades conductuales; estas últimas se consideraron como la percepción de la dificultad o facilidad para realizar cuatro conductas preventivas y usar el condón bajo los efectos del alcohol o drogas. No se tomaron medidas de observación directa de la habilidad para usar correctamente el condón ni de las habilidades conductuales para posponer encuentros sexuales y negociar el uso del condón. Las evaluaciones se realizaron antes de la intervención, a los 3 y a los 12 meses después de ésta. En general los resultados muestran un efecto significativo sobre la frecuencia del uso del condón (*siempre/casi siempre/ algunas veces/casi nunca/nunca*) a los 3 y 12 meses de seguimiento, sin embargo, comparados con el grupo control, no se lograron cambios significativos en actitudes, intenciones y habilidades conductuales. Es decir, el entrenamiento en habilidades relacionadas con la comunicación sexual asertiva tuvo un impacto positivo en el autoreporte del uso del condón, pero no tuvo un efecto en el autoreporte de las habilidades de comunicación.

En forma muy semejante al estudio anterior, Singh (2003) utilizó el modelo IMB para evaluar los efectos de una intervención sobre la reducción de conductas de riesgo relacionadas con el VIH/SIDA. En el estudio participaron 200 mujeres solteras entre los 18 y 22 años de edad y se evaluaron las mismas variables referidas en el estudio de Fisher et al. (2002) antes y un mes después de la intervención. Esta se llevó a cabo en tres sesiones, una por semana; en la primera se analizó y discutió información sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA; la segunda sesión (componente de motivación) se orientó a modificar las actitudes y normas sociales para facilitar el desarrollo de conductas preventivas, utilizando videos y grupos de discusión. En la última sesión se enseñó a las participantes a que llevaran a cabo una secuencia de conductas preventivas utilizando el juego de roles y análisis y discusión de la habilidad para negociar el uso del condón; recibieron, además, entrenamiento en el uso correcto del condón a través del modelamiento y ensayo conductual. No se evaluó la habilidad para usar correctamente el condón. Los resultados muestran un efecto

significativo en todas las variables evaluadas, incluyendo las relativas a las habilidades conductuales medidas en escala tipo Likert con dos reactivos: qué tan fácil o difícil es involucrarse en conductas de sexo seguro y, la percepción de la habilidad para involucrarse efectivamente en conductas que reducen el riesgo del VIH/SIDA. Sin embargo, este autor no obtuvo ninguna medida de la conducta de uso del condón, por tanto, no se puede apreciar el efecto de la intervención sobre el comportamiento sexual preventivo.

En tales estudios, la evaluación de las conductas de riesgo y de las habilidades de comunicación sexual asertiva se hicieron vía el autoreporte y en los estudios que incorporaron un entrenamiento en la habilidad para usar correctamente el condón, no se obtuvo una medida directa de dicha habilidad. Tomando en consideración los problemas de validez de las medidas de autoreporte referidos por Geary et al. (2003) y Fishbein y Pequegnat (2000), resulta importante tomar medidas de observación directa de las habilidades de comunicación. El estudio de intervención realizado por Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smith (2004) aporta información interesante al respecto. Estos autores evaluaron en una muestra de 106 estudiantes heterosexuales, los efectos de entrenar por separado y en conjunto las variables definidas en el modelo IMB de Fisher y Fisher (1992). Se conformaron tres grupos: sólo información, información más motivación e información-motivación y habilidades de comunicación. Ejemplos de las habilidades de comunicación entrenadas a través del modelamiento, instrucciones, ensayo conductual y retroalimentación, son: iniciar una conversación sobre el uso del condón, discutir los beneficios por usar el condón o los riesgos por no usarlo, solicitar que el compañero del participante se ponga un condón y responder efectivamente a la conducta de rechazo del compañero. Las variables evaluadas fueron riesgo percibido de adquirir ITS, motivación para usar condones y la intención de usarlo siempre, todas con reactivos en escala tipo Likert. Las habilidades de comunicación sexual asertiva se evaluaron a través de la observación directa; un experimentador simulaba ser la pareja sexual del participante y estaba entrenado para rechazar todo tipo de peticiones que tuvieran que ver con usar el condón. Dos observadores

independientes registraron lo apropiado de las verbalizaciones relacionadas con cada habilidad utilizando la siguiente escala: 1= inapropiado/inefectivo, 2= decir algo sobre usar el condón sin proporcionar argumentos para usarlo, 3= dar un argumento para usar el condón sin responder específicamente al rechazo de la pareja para usarlo, y 4= responder en forma efectiva al rechazo de la pareja y dar argumentos para usar el condón. Todas las variables fueron evaluadas en los tres grupos antes y después de la intervención y dos meses después se aplicó un cuestionario para evaluar consistencia en el uso del condón, riesgo percibido y motivación para usar condones. Los resultados de la postevaluación muestran una mejor ejecución en las habilidades de comunicación en el grupo que recibió entrenamiento en dichas habilidades, sin embargo, no tuvo un impacto en la consistencia del uso del condón, es decir, los estudiantes aprendieron a negociar efectivamente el uso del condón, pero esto no se vio reflejado en el autoreporte del uso consistente del condón. En este estudio no se entrenó ni se evaluó la habilidad para usar correctamente el condón.

Es importante poner atención en el modelo conceptual que guía y fundamenta el diseño de las estrategias de intervención de los estudios antes referidos, los cuales definen como variables centrales la *información*, la *motivación* y *habilidades conductuales*. La información hace referencia al nivel de conocimientos que los participantes tienen sobre el VIH/SIDA; la motivación es una variable que refiere actitudes, normas e intenciones y deriva de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980); y las habilidades conductuales son consideradas como la percepción que tienen los participantes sobre su dificultad o facilidad para involucrarse en conductas preventivas. En estos estudios se toman medidas de las tres variables utilizando instrumentos de autoreporte, generalmente contruidos bajo un formato tipo Likert, sin embargo, el entrenamiento contempla, además de estrategias para aumentar el nivel de conocimientos y las variables que ellos llaman motivacionales, el aprendizaje de habilidades conductuales que implican la toma de decisiones lograr la abstinencia sexual, discutir sobre sexo seguro, negociar el uso de condón (Fisher et al., 2002; Singh, 2003; Tulloch et al., 2004) y aprender a poner y quitar un condón

(Fisher et al., 2002; Singh, 2003), utilizando como técnicas de cambio conductual modelamiento a través de videos, grupos de discusión, ensayo conductual y retroalimentación.

Los estudios centrados en el modelo IMB muestran la importancia de considerar en las estrategias de intervención un entrenamiento en habilidades para comunicarse con la pareja y negociar con éxito el uso del condón. En todos ellos, excepto en el de Singh (2003), la medida de la variable dependiente fue el autoreporte del uso del condón y aunque en dos casos (Fisher et al., 2002 y Singh, 2003) se incluyó un entrenamiento en el uso correcto del condón, esta habilidad no fue medida. Además, cuando hay un entrenamiento en habilidades de comunicación se observan incrementos significativos en éstas (Fisher et al., 2002; Tulloch et al., 2004), pero cuando el entrenamiento no incluye el uso correcto del condón no se observan efectos sobre la consistencia en el uso del condón (Tulloch et al., 2004). En el estudio de El-Bessel et al. (2003) se entrenan habilidades de comunicación pero no se evalúan, sin embargo, se obtienen efectos significativos en la consistencia del uso del condón. Esta diversidad en los resultados sugiere investigar si es necesario o no entrenar conjuntamente las habilidades de comunicación y la habilidad para usar correctamente el condón, obteniendo medidas directas de ambas habilidades, ya que el autoreporte del uso de condón no necesariamente significa que se sepa usar correctamente (Crosby, DiClemente, Wingood et al., 2001), por lo que resulta necesario poder asegurar que quienes reportan usar consistentemente el condón lo sepan usar y quienes dicen que saben negociarlo sepan hacerlo correctamente. En otras palabras, para prevenir la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS, es recomendable usar el condón, saberlo usar correctamente y usarlo en todos y cada uno de los encuentros sexuales, pero además, es conveniente tener habilidades para poder solicitarlo a la pareja y negociarlo con éxito.

Con base en lo anterior, en el presente trabajo se expone un estudio de intervención realizado con el propósito de evaluar los efectos de un entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual asertiva y en el uso correcto

del condón sobre el autoreporte de su uso consistente, así como investigar la relación entre la habilidad demostrada para usar el condón y el autoreporte de su uso. El diseño de la estrategia de intervención se fundamenta en el modelo de prevención del VIH/SIDA (Bayés, 1992b) analizado en el Capítulo 2 de este trabajo y se describe con detalle en el siguiente apartado.

#### **4.4 Entrenamiento en la habilidad para negociar el uso de condón: una propuesta basada en el modelo de Bayés**

Bajo la perspectiva del modelo de Bayés (1992b) las competencias funcionales forman parte de los factores históricos que pueden influir en cada nueva situación interactiva concreta; son entendidas como los recursos que posee una persona, producto de su historia interactiva, que le permitirán enfrentar nuevas situaciones interactivas y pueden ser de dos tipos: habilidades y estrategias de afrontamiento. Las competencias funcionales en alguna medida se relacionan con lo que en la literatura se ha denominado competencia social (Robles y Guevara, 1997) y en este campo se ubican las habilidades para negociar con éxito situaciones en conflicto.

En términos generales, la *competencia social* hace referencia al éxito que tiene un individuo en su relación con los demás. Tener éxito podría significar, entre otras cosas, que aquellas personas con las que el individuo se relaciona se expresen bien de él, lo busquen, lo inviten a salir, o simplemente no lo rechacen o no eviten relacionarse con él. Una persona es considerada competente socialmente cuando en distintos escenarios, situaciones o contextos y con distintas personas, tiene éxito. De acuerdo con Robles y Guevara (1997), el término *competencia social* hace referencia al ajuste de una persona a un grupo social (familia, amigos, condiscípulos, etc.) y, para que este ajuste ocurra, se requiere que el individuo cuente con habilidades específicas que le permitirán enfrentar competentemente diferentes situaciones sociales. En este sentido, *competencia social* es un concepto que engloba al de *habilidades sociales*. Una persona puede ser hábil en un contexto específico y puede no serlo en otros; por



ejemplo, un joven puede ser hábil para negociar con su novia el lugar al que saldrían a divertirse un sábado por la noche, pero podría no ser hábil para negociar con su papá el permiso para salir y la hora en la que debe regresar a casa ese sábado. Se está hablando de la misma habilidad, la de negociar, y de la misma situación (salir el sábado por la noche), pero con resultados distintos porque están implicados contextos y personas diferentes. Si este joven lograra negociar con éxito el permiso con su papá, el lugar para salir con su novia y cualquier situación que implique negociar con otras personas y en contextos distintos, entonces se podría decir, con certeza, que este joven es competente para negociar.

En este contexto, un joven es competente para negociar el uso del condón si logra convencer a su pareja de que lo use y si además lo hace en cada relación sexual que tenga, bajo distintas circunstancias y con distintas parejas. Si sólo logra convencer a una pareja determinada (por ejemplo el novio actual) que usen el condón y no lo hace cuando tiene una relación ocasional (con otra persona que no sea el novio actual), o bien, si logra negociarlo sólo en una relación y no lo hace en todos sus encuentros sexuales, entonces se podría decir que tiene la habilidad para negociar el uso del condón con su novio, pero no es una persona competente para negociarlo.

¿Qué elementos deben considerarse, entonces, para lograr que los jóvenes sean competentes para negociar el uso del condón en sus relaciones sexuales? En primer término tiene que haber una definición clara y objetiva del conjunto de habilidades que se pretenden entrenar y las técnicas específicas que son apropiadas para lograr el aprendizaje de dicha habilidad. A partir de estudios realizados con jóvenes mexicanos sobre el desarrollo de habilidades sociales, Roth (1986) señala que para lograr el aprendizaje efectivo de una habilidad, esta debe definirse en términos de los componentes verbales y no verbales involucrados en ella. Para la habilidad de negociar, Roth (1986) propone los siguientes componentes VERBALES, que se ejemplificarán bajo el contexto de la negociación del uso del condón:

- **Identificar el conflicto en voz alta.** La persona a ser entrenada debe mencionar los puntos de vista que están en conflicto entre ella y su pareja sobre el uso del condón (uno sí lo quiere usar y el otro no, y cada quien tiene sus razones).
- **Plantear la necesidad de un acuerdo.** En voz alta, debe identificar los puntos del conflicto para presentar un compromiso viable –un compromiso en el cual el comportamiento de uno, queda supeditado al comportamiento del otro–, insistiendo a su pareja que haga lo mismo para obtener un acuerdo que satisfaga a ambos.
- **Establecer una proposición y que la pareja establezca la suya.** Debe ejercer presión para que su pareja dé su punto de vista. En esta parte debe expresar todos los argumentos que le sean posibles sobre la importancia que reviste para la salud sexual de ambos, el usar siempre el condón. Es importante enfatizar sus ventajas en el terreno de la salud y otros terrenos.
- **Obtener una conclusión o un acuerdo.** Debe elaborar un resumen en voz alta, que indique claramente en qué están en desacuerdo, la propuesta de cada quien y el acuerdo al que llegan, considerando posibilidades alternativas. En esta parte es posible que el acuerdo implique posponer la relación sexual para otro momento, o bien, tener una relación sin penetración, que no implique intercambio de fluidos genitales.

Con base en el concepto interconductual de competencia funcional (Ribes, 1990), se podrían agregar otros componentes verbales, tales como:

- **Identificar el momento oportuno** para la negociación.
- **Identificar estrategias exitosas en el pasado** con la pareja actual.
- **Identificar posibles factores disposicionales** que alteren favorablemente el estado de ánimo y la motivación de la pareja para llegar a un acuerdo.
- **Planear estrategias alternativas** para la negociación.
- **Llevar a cabo las estrategias planeadas** en un primer momento.

Como componentes NO VERBALES Roth (1986) plantea los siguientes:

- **Contacto visual.** Tiempo total de orientación visual de la persona que está siendo entrenada hacia su pareja; su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
- **Tono y volumen de voz.** Audible para su pareja. Debe señalarse la importancia de expresarse con un volumen de voz que no implique gritar y con un tono que no refleje una expresión de molestia o enojo.

A los planteados por este autor se pueden agregar los siguientes:

- **Proximidad.** La distancia entre ambos miembros de la pareja debe ser corta y acorde a los distintos momentos de la negociación.
- **Expresión facial.** Debe ser congruente con el contenido verbal y no debe expresar enojo o molestia.
- **Expresión corporal.** Como en el caso anterior, debe ser congruente.

En relación con las técnicas que son apropiadas para entrenar esta habilidad, se propone utilizar el Aprendizaje Estructurado propuesto por Goldstein (1981) y validado con jóvenes mexicanos por Roth (1986). Es un paquete de entrenamiento constituido por 4 técnicas de cambio conductual: modelamiento, juego de roles, retroalimentación y transferencia. En el *modelamiento* se llevan a cabo demostraciones de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audiograbaciones. Debe haber un actor (el que recibe el entrenamiento), un coactor (persona con la que se interactúa para presentar la habilidad) y, en caso del modelamiento en vivo, un escenario que se asemeje lo más posible a una situación real donde podría ocurrir la habilidad en cuestión (situaciones semiestructuradas). El *juego de roles* se define como la práctica conductual sistematizada de la habilidad observada en el modelamiento, utilizando situaciones semiestructuradas muy semejantes a una situación natural. En la ejecución del juego de roles se pide al participante que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes

o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes. La *retroalimentación correctiva* es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución. Finalmente, con la *transferencia del entrenamiento* se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobreaprendizaje. Sin embargo, para garantizar la *transferencia del entrenamiento* es necesario que el actor o sujeto bajo entrenamiento, sea expuesto a una *amplia variedad* de situaciones bien delimitadas, es decir, el modelamiento de la habilidad demostrada deberá hacerse frente a diferentes contextos, personas etc., no es lo mismo negociar con una pareja que fácilmente acepta nuestra propuesta, a otra que no la acepta. Entre más variadas sean las situaciones estructuradas la probabilidades de saber enfrentarlas son más altas.

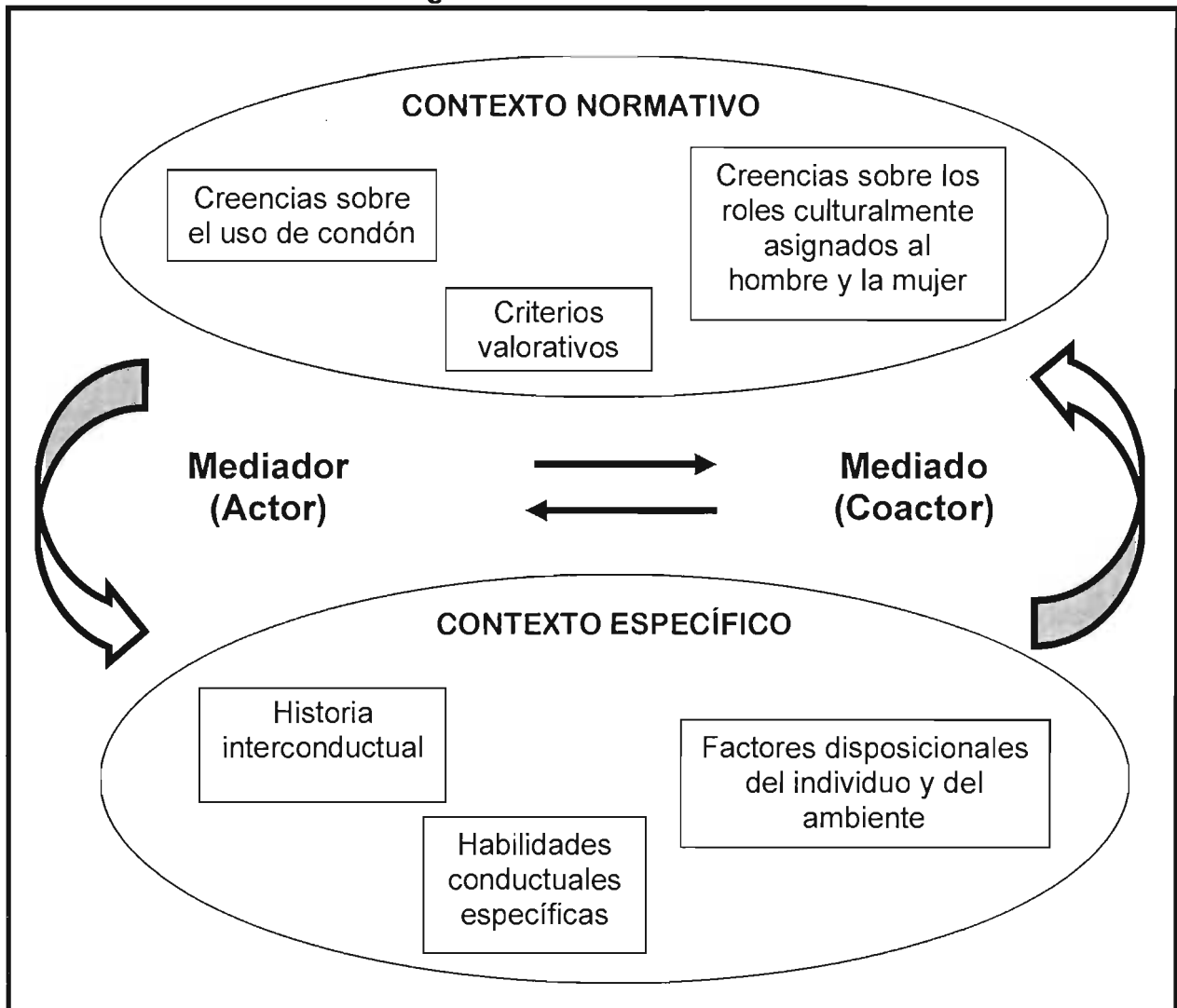
Para lograr que los jóvenes sean competentes para negociar el uso del condón, se propone, en segundo lugar, que el entrenamiento considere distintos elementos que funcionalmente entran en juego en el momento en que ocurre la negociación. Basados en una perspectiva interconductual (Ribes y López, 1985), y con fundamento en el modelo de campo propuesto por Kantor (1967), los elementos que se proponen se ilustran en la Figura No. 4.1. El mediador es la persona que va a ser entrenada en la habilidad de negociar y el mediado es su pareja sexual.<sup>1</sup> El episodio interactivo que corresponde a la habilidad de negociar ocurre en un contexto específico (que incluye el lugar, la circunstancia, la conducta socialmente esperada, propensiones, inclinaciones y tendencias) y un contexto normativo que media o posibilita que la interacción ocurra de cierta manera.

---

<sup>1</sup> Roth (1986) habla de actor y coactor cuando utiliza el Aprendizaje Estructurado como estrategia de cambio conductual.

Figura No. 4.1

**Elementos que entran en juego en una situación interactiva de negociación del uso de condón**



**Del mediador y el mediado:** Ambos son los elementos centrales del episodio interactivo que constituye la negociación. La persona que se va a entrenar debe poseer el conjunto de habilidades que le permitan estructurar y establecer la forma en que se va a dar la relación con su pareja. En este punto hay que considerar, tanto este conjunto de habilidades como las creencias que tiene el mediador sobre el uso del condón y sobre distintos aspectos relativos al ejercicio de su sexualidad; si un joven tiene la creencia de que el condón no es efectivo para prevenir el VIH/SIDA o si piensa que el condón va en contra de sus creencias religiosas, va a ser muy probable que no lo use. Asimismo, se deben identificar los criterios

valorativos a los que usualmente responde, esto es, lo que esa persona cree que otros piensan de ella si usa el condón o se lo solicita a su pareja. Por ejemplo, podría ser que las mujeres jóvenes (y adultas también) no se atrevan a solicitarle el condón a su pareja por temor a que piense que le es infiel o le reclame que no le tiene confianza, o tal vez crea que ella se lo está solicitando porque tiene alguna infección de transmisión sexual. En este elemento se consideran también las creencias del mediador y su pareja con respecto a los roles culturalmente asignados al hombre y a la mujer, tomando como ejemplo una reflexión sobre quién toma las decisiones en su propia familia y por qué, quién debe iniciar una relación sexual y por qué, de tal manera que identifiquen sus propios roles dentro de su relación de pareja.

Sin embargo, en el entrenamiento de la habilidad para *negociar* no solamente se identifican habilidades y creencias, también se debe poner atención en aspectos que forman parte de la interacción, como lo son la historia interconductual relativa a la capacidad de mediar relaciones con otras personas, a la sexualidad, y particularmente al uso del condón, así como los factores disposicionales presentes en el momento de la interacción.

**De la *historia interconductual*.** Para el entrenamiento de la competencia de negociación se debe partir de la identificación de competencias sociales, específicamente qué tan capaz es el mediador para expresar opiniones, motivar a otras personas, alterar favorablemente el estado de ánimo de otros, identificar lugares y momentos apropiados para negociar, llegar a acuerdos, alterar favorablemente sus propios estados de ánimo y sentimientos, y su competencia mediadora con la pareja actual. También se deben identificar sus experiencias en el terreno sexual, por ejemplo, si ya ha tenido relaciones sexuales con otras personas, si ya ha usado el condón, si no ha tenido algún problema por usarlo o no usarlo, qué tanta información tiene sobre el condón, si sabe usarlo correctamente, etcétera.

***Disposiciones actuales.*** Durante el entrenamiento hay que detectar posibles factores disposicionales tanto del participante como del ambiente. El conjunto de

estos factores disposicionales es lo que forma el contexto en que se da la interacción de negociación. En este punto conviene verificar, como posibles factores disposicionales del individuo mediador, la información que tiene sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, su capacidad histórica para identificar o alterar su condición biológica (excitación sexual, por ejemplo), el papel que juegan sus gustos y preferencias en su conducta sexual, sus tendencias a responder de manera determinada ante la negativa de su pareja, entre otros. Como posibles factores disposicionales del ambiente hay que identificar la influencia que ejercen ciertos lugares, objetos, acontecimientos físicos y, muy especialmente, la posible influencia de otras personas, para el desempeño de su competencia negociadora. De suma importancia es hacerle ver a quien se entrena en esta habilidad, que resulta mucho más difícil negociar el uso del condón justo en el momento en que se está teniendo (o se está por tener) la relación sexual, ya que factores relacionados con las disposiciones biológicas de cada uno (por ejemplo estar muy excitados, o estar bajo los efectos del alcohol o drogas) o con otro tipo de disposiciones (momento oportuno, lugar favorable, presión por parte de amistades, por ejemplo), impiden o dificultan que se hable acerca del uso de protección. Por esta razón, se debe enseñar a los jóvenes a negociar el uso del condón antes de que exista la posibilidad de tener una relación sexual. Para esto, es necesario que ellos aprendan a conversar sobre temas de sexualidad, donde expresen sus puntos de vista sobre las relaciones sexuales no protegidas, sobre los riesgos de embarazos, de ITS y sobre todo del VIH/SIDA, para que desde antes se identifique si la pareja está o no de acuerdo en usar el condón. Es en estas circunstancias que podría ser mucho más factible para los jóvenes lograr la negociación, que cuando ellos se esperan hasta que llegue el momento de la relación sexual.

Tomando en consideración los elementos antes referidos, en el Capítulo 6 de este trabajo se presenta un estudio de intervención que pretende investigar en qué medida el entrenamiento en cada uno de estos elementos tiene un impacto sobre el uso consistente del condón, sobre su uso correcto y sobre la habilidad para negociarlo con éxito.

## **PARTE II**

# **INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**



# Capítulo 5

## Evaluación empírica del modelo de prevención del VIH/SIDA en estudiantes universitarios

### Objetivo general

Evaluar el modelo de prevención del VIH/SIDA de Bayés (1992b), a fin de conocer la forma en que las variables definidas en las fases del *pasado* (conocimientos, actitudes e historia de encuentros sexuales) y del *presente* (autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA, tipo de pareja sexual y tipo de práctica sexual que se realiza), se relacionan con la conducta de uso de condón en una muestra de estudiantes universitarios.

### Objetivos específicos

1. Describir y comparar (por sexo) a la muestra, considerando edad, estado civil, con quién viven, preferencia sexual, debut sexual, planeación de la primera relación sexual y lugar de la primera relación sexual.
2. Describir y comparar (por sexo y debut sexual) a la muestra, considerando la carrera que estudian.
3. Describir y comparar (por sexo) a la muestra, considerando uso de condón en relaciones sexuales en general, uso de condón en la última relación sexual y uso de condón en sexo vaginal, sexo oral, sexo anal y masturbación en compañía.
4. Describir y comparar (por sexo y carrera) a la muestra, considerando la frecuencia y la consistencia del uso de condón.

5. Describir y comparar a la muestra (por sexo, carrera y debut sexual), en las variables del modelo que corresponden a la fase del *presente* (autoeficacia para prevenir el SIDA, tipo de pareja sexual y tipo de práctica sexual).
6. Describir y comparar a la muestra (por sexo, carrera y debut sexual), en las variables del modelo que corresponden a la fase del *pasado* (conocimientos, actitudes e historia de encuentros sexuales).
7. Describir la relación entre las variables del modelo que corresponden a la fase del *presente* (autoeficacia para prevenir el SIDA, tipo de pareja sexual y tipo de práctica sexual) y la frecuencia y consistencia del uso de condón.
8. Describir la relación entre las variables del modelo que corresponden a la fase del *pasado* (conocimientos, actitudes e historia de encuentros sexuales) y la frecuencia y consistencia del uso de condón.
9. Conocer y describir las variables del modelo (de la fase del *presente*: autoeficacia para prevenir el SIDA, tipo de pareja sexual y tipo de práctica sexual; de la fase del *pasado*: conocimientos, actitudes e historia de encuentros sexuales) que resultan ser los mejores predictores de la consistencia y de la frecuencia del uso de condón.

## MÉTODO

### Definición de la Población Universo

La población universo estuvo definida por el total de estudiantes del turno matutino inscritos en las seis carreras (Biología, Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Optometría y Psicología) de la FES Iztacala que asisten a clases al plantel; esto significa que quedaron excluidos aquellos estudiantes de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería y Médico Cirujano que asistían a hospitales y clínicas (a partir del 4º ó 5º semestre). La población total aproximada de alumnos del turno matutino de la FES Iztacala es de 7000, de éstos, alrededor de 4200 toman sus clases en las instalaciones de la FES Iztacala; estos constituyeron la población universo del estudio.

### Procedimiento de selección de la muestra

Se utilizó un procedimiento de selección de la muestra llamado muestreo por conglomerados (Méndez, Namihira, Moreno y Sosa, 2001) o muestreo de conjunto (García, 1983), en donde se considera como unidad de análisis, no la identificación particular de cada estudiante, sino el grupo formal en el que están inscritos. Se determinó el total de grupos que había en cada semestre de las seis carreras en el turno matutino en el periodo 2003-2, y se seleccionó aleatoriamente al 50% de ellos. En la Tabla No. 5.1 se presenta el número de grupos de la población universo que había en cada carrera, que en total fueron 104 grupos. A los grupos de cada carrera por separado se les asignó un número consecutivo, para escribir el listado correspondiente en el programa SPSS, con el propósito de que dicho programa eligiera al azar al 50% de ellos en cada carrera ("Data-Select cases-Random simple of cases-Sample size: 50% of all cases"). En la misma Tabla No. 5.1 se señala el número de grupos de cada carrera que fueron seleccionados bajo este procedimiento aleatorio, que en total fueron 53 grupos, y el número de estudiantes de cada carrera que respondieron el cuestionario.

Tabla No. 5.1.  
Población universo y muestra seleccionada

CARRERA	GRUPOS POBLACIÓN UNIVERSO	GRUPOS MUESTRA SELECCIONADA	ESTUDIANTES QUE RESPONDIERON EL CUESTIONARIO
Biología	17	10	224
Enfermería	4	3	40
Medicina	16	11	260
Odontología	15	7	166
Optometría	10	4	52
Psicología	42	18	426
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>53</b>	<b>1168</b>

## Participantes

En total participaron en este estudio 1168 estudiantes universitarios, el 70.1% (819) fueron mujeres y el 29.9% (349) hombres. La edad promedio de todos los estudiantes fue de 20.2 años (SD=2.07); en los hombres fue de 20.4 (SD=2.45) y en las mujeres de 20.1 años (SD=1.88). El 36.5% (426) fueron estudiantes de la carrera de Psicología, el 22.3% (260) de Medicina, el 19.2% (224) de Biología, el 14.2 (166) de Odontología, el 4.5% (52) de Optometría y el 3.4% (40) de Enfermería. Más de la mitad de la muestra (53.1%) fueron estudiantes que cursaban el 2º semestre, el 26.7% (312) cursaban el 4º semestre, el 15.2% (177) el 6º semestre y el resto (5%) cursaban el 3º, 5º y 8º semestres.

## Escenario

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en el salón de clases de los grupos seleccionados.

## Tipo de estudio

De acuerdo con la clasificación de Méndez et al. (2001), este estudio es *prospectivo* en la medida en que los instrumentos de evaluación se diseñaron o se seleccionaron y se aplicaron de acuerdo con los propósitos del estudio; es un estudio *transversal* al tomar las medidas en una sola ocasión, sin el propósito de observar la evolución en el comportamiento sexual de los estudiantes; es también

un estudio *comparativo*, porque se tienen definidas varias poblaciones (sexo, carrera y debut sexual). Finalmente, al estar diseñado para medir nuestro objeto de interés, hacer las comparaciones pertinentes entre las poblaciones y no plantearse alguna manipulación de variables, el estudio es de carácter *observacional*.

## **Variables**

Las variables que se evaluaron en este estudio se clasificaron en variables descriptivas, variables de comparación, variables dependientes y las variables del modelo evaluado.

### **Variables descriptivas**

1. Total de participantes
2. Edad promedio
3. Con quién viven (1. solos, 2. con su familia, 3. con su pareja)
4. Estado civil (1. soltero, 2. casado, 3. viudo, 4. divorciado, 5. unión libre, 6. otro)
5. Planeación de la primera relación sexual (1. sí se planeó, 2. no se planeó)
6. Lugar de la primera relación sexual (1. casa, 2. auto, 3. hotel, 4. despoblado, 5. calle, 6. otro)
7. Preferencia sexual (1. homosexual, 2. bisexual, 3. heterosexual)

### **Variables de comparación**

1. Sexo (1. hombre, 2. mujer)
2. Carrera (1. Biología, 2. Enfermería, 3. Medicina, 4. Odontología, 5. Optometría, 5. Psicología)
3. Debut sexual (tener relaciones sexuales: 1. sí, 2. no)

### **Variables dependientes**

#### *Conducta sexual preventiva*

1. Uso del condón en las relaciones sexuales en general (1. sí, 2. no)
2. Uso del condón en 4 prácticas sexuales (sexo vaginal, anal, oral y masturbación con la pareja) (1. sí, 2. no)

3. Uso del condón en la última relación sexual (1. sí, 2. no)
4. Frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses
5. Consistencia en el uso del condón

### **Variables del modelo evaluado**

#### *De la fase del presente*

#### 1. ASPECTOS SITUACIONALES:

- Autoeficacia percibida para prevenir el SIDA: Al validar la escala Self-Efficacy for AIDS (SEA-27) de López y Moral de la Rubia (2001) se obtuvieron 5 factores:
  1. Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas bajo circunstancias de riesgo.
  2. Capacidad percibida para usar y comprar condones.
  3. Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas y estar de acuerdo con la monogamia y la fidelidad.
  4. Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del SIDA.
  5. Capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo.
- Tipo de pareja sexual
  1. Pareja estable
  2. Pareja ocasional
  3. Amistades
  4. Personas desconocidas
  5. Sexoservidores

#### 2. VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

- Tipo de práctica sexual
  1. Penetración vaginal

2. Sexo oral
3. Penetración anal
4. Masturbación con pareja

### *De la fase del pasado*

#### 1. CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA:

1. Sintomatología
2. Transmisión
3. Prevención

#### 2. ACTITUDES

1. Actitud hacia el uso del condón
2. Actitud hacia la planificación de las relaciones sexuales
3. Actitud hacia la monogamia

#### 3. HISTORIA DE ENCUENTROS SEXUALES

1. Edad del debut sexual
2. Número de parejas sexuales en toda la vida
3. Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses
4. Frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos 3 meses

### **Instrumentos de evaluación**

*Autoeficacia para prevenir el SIDA.* Se utilizó la escala Self-Efficacy for AIDS (SEA-27) desarrollada en población estadounidense y adaptada a población mexicana por López y Moral de la Rubia (2001). Esta escala se sometió a un análisis psicométrico para obtener la validez de constructo, utilizando el método de análisis factorial de componentes principales con Rotación Varimax. Como resultado se obtuvo una escala conformada por 25 reactivos; seleccionando los reactivos con cargas factoriales mayores a .50 se mostró la presencia de 5 factores con valor propio mayor de 1 que explicaron el 63.81% de la varianza total. Se realizó un análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para conocer la

consistencia interna de las dimensiones, observándose un puntaje para toda la escala de .90, lo cual indica una alta confiabilidad para el instrumento. Los resultados de este proceso de validación y confiabilidad de la escala pueden consultarse en el Anexo 1.

*Conocimientos sobre VIH/SIDA.* Se utilizó un instrumento desarrollado por Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1992) para evaluar conocimientos acerca del VIH/SIDA, el cual consta de 46 reactivos que evalúan 5 áreas: Etiología (11 reactivos), Sintomatología (7 reactivos), Epidemiología (6 reactivos), mecanismos de Transmisión (11 reactivos) y mecanismos de Prevención (11 reactivos). Con base en los resultados obtenidos por estos mismos autores con estudiantes de preparatoria y por los resultados de Robles (1999) con estudiantes universitarios de 6 carreras de la UNAM, los cuales indican que las áreas donde se obtiene un porcentaje más bajo de respuestas correctas son las de Etiología y Epidemiología, y éstos no se relacionan con un comportamiento sexual preventivo, se determinó considerar únicamente aquellos reactivos que evalúan las áreas de Sintomatología, Transmisión y Prevención del VIH/SIDA, constituyéndose así un instrumento de opción múltiple con 29 reactivos (véase Anexo 2).

*Actitudes hacia el uso del condón, planificación de las relaciones sexuales y monogamia.* Esta variable se evaluó utilizando el mismo instrumento de López y Moral de la Rubia (2001) quienes incluyeron en forma independiente a la escala de autoeficacia, un conjunto de reactivos en escala tipo Likert que evalúan la *actitud hacia el uso del condón* (6 reactivos), *actitud hacia la planificación de las relaciones sexuales* (2 reactivos) y *actitud hacia la monogamia* (1 reactivo). El Alfa de Cronbach obtenido en toda la escala fue de .54, que indica un nivel bajo pero aceptable de consistencia interna de la escala. El instrumento se presenta en el Anexo 2.

Se diseñó un instrumento de autoreporte con preguntas abiertas y de opción múltiple para obtener información sobre las variables descriptivas y de comparación e información sobre el tipo de pareja sexual, tipo de práctica sexual, historia de encuentros sexuales y conducta sexual preventiva (véase Anexo 2).



## Medidas de las variables

*Autoeficacia para prevenir el SIDA:* Los reactivos de este instrumento cuentan con opciones de respuesta en escala tipo Likert que van de 1 (nada seguro) a 5 (totalmente seguro). Se calcularon las frecuencias de los puntajes de cada factor de la escala y los cuartiles correspondientes obtenidos en toda la muestra para determinar los rangos mínimos y máximos que permitieron ubicar los niveles de autoeficacia en baja, media y alta (véase Tabla No. 5.2). Para el análisis estadístico de las diferencias entre sexo, carrera y debut sexual, se consideró el puntaje obtenido y no la clasificación de autoeficacia baja, media y alta.

Tabla No. 5.2

Niveles de autoeficacia para cada factor de acuerdo con los rangos definidos con base en los cuartiles obtenidos para cada factor en toda la muestra

Factores	Rangos	Niveles	Puntuación
Factor 1: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales a personas desconocidas bajo circunstancias de riesgo	8-31	BAJA	1
	32-37	MEDIA	2
	38-40	ALTA	3
Factor 2: Capacidad percibida para usar y comprar condones	5-19	BAJA	1
	20-22	MEDIA	2
	23-25	ALTA	3
Factor 3: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas, posponer las relaciones sexuales hasta el matrimonio y ser monógamo	5-11	BAJA	1
	12-15	MEDIA	2
	16-25	ALTA	3
Factor 4: Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del SIDA	4-16	BAJA	1
	17-19	MEDIA	2
	20	ALTA	3
Factor 5: Capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo circunstancias de riesgo	3-10	BAJA	1
	11-12	MEDIA	2
	13-15	ALTA	3
Autoeficacia Total: Capacidad percibida para prevenir el SIDA	45-92	BAJA	1
	93-105	MEDIA	2
	106-125	ALTA	3

*Conocimientos sobre VIH/SIDA:* Los reactivos son de opción múltiple y de cierto o falso, y solamente una de las opciones es la correcta, por tanto, la escala en la que se mide esta variable es nominal. Sin embargo, los datos se transformaron a una escala de intervalo calculando el porcentaje de respuestas correctas obtenido por área de conocimiento y el porcentaje total correspondiente a los 29 reactivos

del instrumento, denominándosele así "porcentaje global de conocimientos". El área de Sintomatología tiene 7 reactivos y las de Transmisión y Prevención tienen 11 cada una, haciendo un total de 29 reactivos. El total de reactivos para cada área forman el 100% de respuestas posibles, se sumaron las respuestas correctas y el total se convirtió a porcentaje de respuestas correctas en cada área de conocimientos y en porcentaje total de conocimientos sumando todas las respuestas correctas a los 29 reactivos.

*Actitudes hacia el uso del condón, planificación de las relaciones y monogamia.* Los reactivos que evalúan esta variable se presentan también en escala tipo Likert con valores de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Se consideró para el análisis de esta variable la puntuación promedio obtenida por los sujetos en cada reactivo de la escala.

En la Tabla No. 5.3 se describen las medidas que se obtuvieron para las variables descriptivas, de comparación y las variables de tipo conductual.

Tabla No. 5.3  
Medidas de las variables descriptivas, de comparación y conductuales

VARIABLES	Tipo de respuesta	Escala	Medidas
<b>Variables descriptivas</b>			
Participantes	Número	Intervalo	Número total participantes muestra
Edad	Número	Intervalo	Edad promedio
Con quién viven	1, 2 y 3	Nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Estado civil	1, 2, 3, 4, 5 y 6	Nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Planeación de la primera relación sexual	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que planearon su primera relación sexual
Lugar de la primera relación sexual	1, 2, 3, 4, 5 y 6	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Preferencia sexual	1, 2 y 3	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
<b>Variables de comparación</b>			
Sexo	1 y 2	Nominal	Porcentaje de hombres y mujeres
Carrera	1, 2, 3, 4, 5 y 6	Nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Debut sexual	sí-no	Nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
<b>Prácticas sexuales y parejas sexuales</b>			
Relación sexual con penetración vaginal	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción

<b>Variables</b>	<b>Tipo de respuesta</b>	<b>Escala</b>	<b>Medidas</b>
Relaciones sexuales con penetración anal	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Relaciones sexuales orales	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Masturbación con alguna pareja	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Total de prácticas distintas realizadas	número	intervalo	Número promedio de prácticas realizadas
Tipo de pareja con la que se tienen relaciones sexuales	1, 2, 3, 4 y 5	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Total de parejas sexuales distintas	número	intervalo	Número promedio de parejas sexuales distintas reportadas
<b>Historia de encuentros sexuales</b>			
Edad del debut sexual	número	intervalo	Edad promedio del debut sexual en hombres y mujeres
Número de parejas sexuales en toda la vida	número	intervalo	Número promedio de parejas sexuales
Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses	número	intervalo	Número promedio de parejas sexuales
Frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos 3 meses	número	Intervalo	Frecuencia promedio
<b>Conducta sexual preventiva</b>			
Uso del condón en las relaciones sexuales	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Uso del condón en cada práctica sexual	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción para cada una de las 6 prácticas evaluadas
Uso del condón en la última relación sexual	sí-no	nominal	Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción
Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses	Número	Intervalo	Frecuencia promedio
Consistencia en el uso del condón (proporción de encuentros sexuales protegidos)	número	intervalo	Índice de consistencia: resultado de dividir la frecuencia del uso del condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales

## Procedimiento

A los grupos seleccionados se les aplicaron los instrumentos de evaluación correspondientes a autoeficacia percibida para prevenir el SIDA, conocimientos sobre VIH/SIDA, actitud hacia el uso del condón, hacia la planificación de las relaciones sexuales y hacia la monogamia y sobre el comportamiento sexual. En este proceso de aplicación participaron 4 profesores y 10 alumnos que previamente fueron entrenados para participar como encuestadores. Se solicitó

permiso y apoyo a la Secretaría General Académica de la FES Iztacala para que las jefaturas de las carreras facilitaran el acceso de quienes aplicarían los cuestionarios a los grupos que resultaron seleccionados. A pesar de esto hubo 9 grupos a los que no se pudo tener acceso, por tanto, fueron sustituidos por otros de la misma carrera que estuvieron dispuestos a participar; únicamente un grupo de la carrera de Psicología fue cancelado. Se organizó un calendario de visitas a cada grupo de acuerdo con la disponibilidad de horario de los maestros titulares. A cada grupo acudieron 2 encuestadores, un profesor y un alumno, el primero se encargó de dar una explicación introductoria a los alumnos señalando que la encuesta formaba parte de las investigaciones que se realizan en el Proyecto de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la UIICSE de la FES Iztacala; asimismo, se encargó de enfatizar a los estudiantes que su participación era totalmente voluntaria y que quien quisiera participar posteriormente en un taller sobre comunicación sexual en la pareja debería escribir su nombre o número de cuenta y un teléfono donde se le pudiera localizar. El tiempo promedio de aplicación de los instrumentos por grupo fue de 40 minutos.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

---

## ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el programa SPSS para Windows 10.0. Para el análisis descriptivo de las variables se utilizaron medidas de tendencia central y análisis bivariados.

La validez del instrumento de autoeficacia se realizó a través de un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. La confiabilidad del instrumento y de cada factor de la escala se determinó calculando el Alfa de Cronbach.

Para determinar las diferencias de medias entre 2 grupos se utilizó la *t* de Student o un ANOVA, para la diferencia entre más de 2 grupos se realizó un ANOVA. La Ji Cuadrada se utilizó para comparar el porcentaje de sujetos que respondieron a una u otra categoría medida en escala nominal.

La relación entre las variables evaluadas y los dos indicadores de la conducta de uso del condón se obtuvo a través de un análisis de correlación con el coeficiente *r* de *Pearson* para variables en escala intervalar y el coeficiente *rho* producto-momento de *Spearman* para variables dicotómicas.

Se utilizó un Análisis de Regresión Múltiple por pasos con la técnica de *Stepwise* para determinar las variables predictoras de la consistencia del uso del condón y de la frecuencia de su uso en los últimos tres meses.

## RESULTADOS

Los resultados de este estudio se exponen en dos apartados; en el primero se presentan los hallazgos relativos a cada una de las variables por separado, realizando comparaciones entre sexo, carrera y debut sexual. En el segundo apartado se presentan los análisis estadísticos que se realizaron para determinar, por un lado, el grado de asociación entre las distintas variables evaluadas y, por el otro, aquellas que resultaron ser los mejores predictores de la conducta de uso del condón, particularmente de la frecuencia de su uso y de la consistencia. Finalmente, se presenta un resumen que destaca los hallazgos más importantes de este estudio.

### **Análisis descriptivo y comparativo**

En total participaron en el estudio 1168 estudiantes, el 29.9% (349) fueron hombres y el 70.1% (819) mujeres. La edad promedio de toda la muestra fue de 20.22 años y no fue significativamente diferente entre hombres y mujeres ni entre estudiantes de los diferentes semestres y carreras. La mayoría de los participantes reportaron ser solteros (96.5%), un 2.6% casados y el resto (.95%) reportaron estar divorciados o en unión libre. El sexo no estuvo asociado con el estado civil de los estudiantes. La mayoría reportó vivir con su familia (96%), un 2.5% con su pareja y el 1.5% reportó vivir solo. El 96.1% reportó tener preferencia heterosexual, el 2.6% bisexual y sólo el 1% homosexual.

El total de estudiantes que han tenido relaciones sexuales (debut sexual) fue 691 (el 59.2% de la muestra), el sexo estuvo asociado con el debut sexual, ya que fue mayor el porcentaje de hombres (73.9%) que de mujeres (52.9%) que reportaron haber tenido relaciones sexuales ( $X^2=44.907$ ,  $p<.001$ ). El sexo se asoció con la planeación de la primera relación sexual; el 56.2% de los estudiantes sexualmente activos planearon su primera relación sexual, siendo mayor el porcentaje de mujeres (62.5%) que de hombres (41.3%) ( $X^2=24.030$ ,  $p<.001$ ). La mayoría de los estudiantes tuvieron su primera relación sexual en casa (71.6%), el 18.7% en un hotel y el resto (9.7%) en otros lugares (auto, despoblado, calle).

De los 349 hombres que participaron en el estudio, el 28.4% fue de Psicología, el 27.5% de Medicina y el 24.4% de Biología, el 19.7% restante se distribuyó entre las carreras de Odontología, Optometría y Enfermería. En las mujeres se observa un patrón semejante, ya que de las 819 participantes, la mayor proporción estuvo en la carrera de Psicología (40%), siguiéndole Medicina (20%), Biología (17%), Odontología (14%), Optometría (4.6%) y Enfermería (4.4%). El porcentaje de hombres y mujeres de cada carrera que han tenido relaciones sexuales se presenta en la Tabla No. 5.4. En los hombres siempre fue mayor el porcentaje de los que han tenido relaciones sexuales, mientras que en las mujeres esto ocurrió sólo en las carreras de Psicología y Biología.

Tabla No. 5.4  
Total de hombres y mujeres de cada carrera que han tenido relaciones sexuales

CARRERAS	DEBUT SEXUAL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
		N	%	N	%	
Biología	SÍ	60	<b>70.6</b>	71	<b>51.1</b>	131
	NO	25	29.4	68	48.9	93
	Subtotal	85	100	139	100	224
Enfermería	SÍ	4	<b>100</b>	12	33.3	16
	NO	0	0	24	<b>66.7</b>	24
	Subtotal	4	100	36	100	40
Medicina	SÍ	64	<b>66.7</b>	73	44.5	137
	NO	32	33.3	91	<b>55.5</b>	123
	Subtotal	96	100	164	100	260
Odontología	SÍ	38	<b>74.5</b>	57	49.6	95
	NO	13	25.5	58	<b>50.4</b>	71
	Subtotal	51	100	115	100	166
Optometría	SÍ	10	<b>71.4</b>	15	39.5	25
	NO	4	28.6	23	<b>60.5</b>	27
	Subtotal	14	100	38	100	52
Psicología	SÍ	82	<b>82.8</b>	205	<b>62.7</b>	<b>287</b>
	NO	17	17.2	122	37.3	139
	Subtotal	99	100	327	100	426
TOTAL:	TOTAL:	349	29.9	819	70.1	1168
	SÍ	258	<b>73.9</b>	433	<b>52.9</b>	691
	NO	91	26.1	386	47.1	477

Nota: Se resaltan los porcentajes mayores para cada comparación.

### Conducta sexual preventiva

Se evaluaron distintos aspectos sobre el uso del condón, que en conjunto, proporcionan una idea más clara sobre el comportamiento de riesgo y preventivo

de los estudiantes. Las preguntas que se diseñaron para evaluar el uso del condón corresponden a tres niveles de generalidad: 1) preguntar si han usado el condón en sus relaciones sexuales, sin especificar en qué tipo de prácticas lo han usado; 2) preguntar si han usado el condón en una forma más concreta, especificando en qué práctica lo han usado; y 3) preguntar si en su última relación sexual lo utilizaron. En el primer caso es posible que los jóvenes hagan una evaluación general de toda su experiencia sexual y establezcan un juicio que indique, justamente, si en general lo han usado o no; en el segundo caso la evaluación tendrían que hacerla solamente de la práctica en cuestión, sin importar si lo han usado o no en lo general; y en el último caso sólo tendrían que recordar cuándo tuvieron su última relación sexual y si usaron o no el condón. Estos tres niveles de análisis sobre el uso del condón pueden proporcionar información sobre la consistencia en el autorreporte de los jóvenes, lo cual llevaría quizás a establecer conclusiones diferentes sobre su comportamiento de riesgo si se analizaran sus respuestas por separado o en conjunto.

En la Figura No. 5.1 se presenta el porcentaje de estudiantes que respondió en estos tres niveles, en general se observa que los porcentajes más altos, tanto de hombres como de mujeres que reportaron usar el condón ocurren ante la categoría de uso del condón en relaciones sexuales en general, pero los porcentajes van disminuyendo en el siguiente orden: uso del condón en la última relación sexual, uso del condón en relaciones con penetración vaginal, con penetración anal, en relaciones orales y finalmente en masturbación con la pareja. En la Tabla No. 5.5 se muestran los porcentajes de toda la muestra y las diferencias por sexo para cada una de estas categorías de uso del condón; las diferencias por sexo resultaron significativas en relaciones sexuales en general, en relaciones vaginales, anales, masturbación con la pareja y en la última relación sexual, siendo en todos los casos mayor el porcentaje de hombres que reportaron usar el condón. El uso del condón en relaciones orales no fue significativamente diferente entre hombres y mujeres.



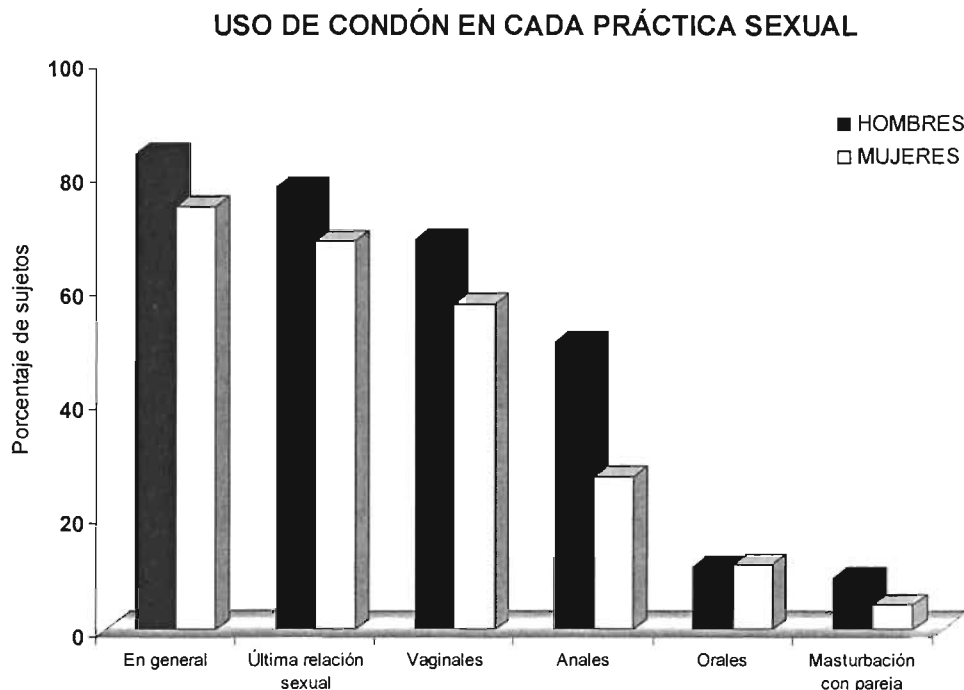


Figura No. 5.1. Porcentaje promedio de hombres y mujeres que reportaron usar el condón en las relaciones sexuales en general, en la última relación sexual y en cada práctica sexual. La  $n$  varió en cada una (véase Tabla No. 5.5).

Tabla No. 5.5

Porcentaje de hombres y mujeres que usaron el condón en relaciones sexuales en general, en cada práctica sexual y en la última relación sexual

	relaciones sexuales en general	Vaginales	Orales	Anales	Masturbación	última relación sexual
Total	77.8%	61.3%	11.2%	38.4%	6.2%	71.9%
Hombres	83.5%	68.5%	10.9.3%	50.5%	9.0%	77.8%
Mujeres	74.3%	57.2%	11.4%	26.9%	4.3%	68.2%
$\chi^2$	7.844**	8.135**	.021	12.450***	4.536*	5.995*
n	675	662	509	211	501	549

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

Las dos medidas sobre el uso del condón que se utilizaron en este estudio como variable dependiente para realizar los análisis de regresión múltiple fueron frecuencia en los últimos tres meses y consistencia en el uso del condón también en los últimos tres meses. Cada una constituye una medida distinta del sexo protegido, por lo que a continuación se presentan en forma separada.

### *Frecuencia del uso del condón*

El 77.3% de los estudiantes sexualmente activos reportó tener relaciones sexuales en los últimos tres meses, de éstos la frecuencia promedio del uso del condón durante este mismo periodo fue de 5.52, con desviación estándar de 8.30, mediana de 3 y moda fue 1. La diferencia por sexo no fue significativa, ya que en los hombres la frecuencia promedio del uso del condón fue de 5.81 y en las mujeres de 5.35 ( $t=.507$ ,  $p=.612$ ); entre las carreras tampoco se encontraron diferencias significativas [ $F(5/360)=.608$ ,  $p=.694$ ].

### *Consistencia en el uso del condón*

Cuando una persona usa el condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración, se puede señalar que esa persona es consistente en el uso del condón. Cuando no siempre lo usa, es decir, cuando la frecuencia de las relaciones sexuales es mayor que la frecuencia del uso del condón en un tiempo determinado, entonces se puede hablar de una inconsistencia en el uso del condón. En este trabajo se evaluó la consistencia en el uso del condón de dos formas: la primera dividiendo la frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses entre la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo, resultando un valor entre cero y 1, el cual hablaría de una proporción de encuentros sexuales protegidos; si el estudiante no responde a alguno de estos dos puntos (frecuencia de las relaciones sexuales o frecuencia del uso del condón) no puede calcularse el índice de consistencia. Por esta razón, se hizo un segundo análisis comparando la frecuencia promedio de las relaciones sexuales en los últimos tres meses con la frecuencia promedio del uso del condón en el mismo periodo, ambos promedios obtenidos en hombres y mujeres.

Solamente 354 estudiantes (129 hombres y 225 mujeres) de los 691 sexualmente activos, respondieron a las dos preguntas que se requieren para calcular el Índice de Consistencia en el Uso del Condón. El valor de este índice obtenido en los estudiantes sexualmente activos fue de .73 y desviación estándar de .33, la mediana y moda fueron de 1. En hombres y mujeres la media fue de .78

y .71, la mediana fue de 1.0 y .80, la moda de 1.0 para ambos y la desviación estándar de .32 y .33, respectivamente. En la Figura No. 5.2 se muestra el porcentaje de estudiantes que obtuvieron distintos valores en el índice de consistencia; el 51.7% obtuvieron un valor de 1.0, que indica que el 100% de los encuentros sexuales que tuvieron en los últimos tres meses fueron protegidos, sólo en el 7.6% de los estudiantes el 100% de sus relaciones sexuales no fueron protegidas. En relación al sexo se encontró que el 62.8% de los hombres y el 45.3% de las mujeres usaron consistentemente el condón, la comparación de medias indicó que los hombres fueron significativamente más consistentes para usar el condón que las mujeres [ $F(1/353)=4.099, p<.05$ ]. Entre las carreras las diferencias no resultaron significativas [ $F(5/353)=.872, p=.50$ ].

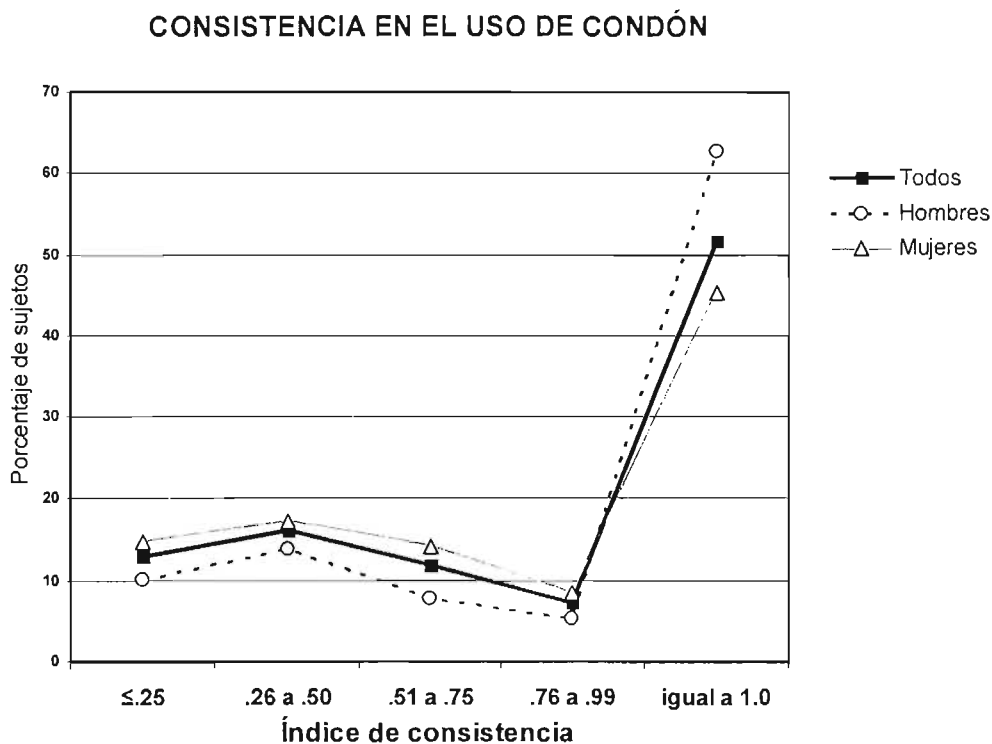


Figura No. 5.2. Porcentaje de hombres y mujeres sexualmente activos que obtuvieron distintos valores en el índice de consistencia en el uso de condón.

El segundo indicador de la consistencia en el uso del condón se obtuvo promediando por separado la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses y la frecuencia del uso del condón en este mismo periodo. Entre más

pequeña sea la diferencia entre ambos promedios se hablaría de mayor consistencia en el uso del condón. Entre los estudiantes que reportaron tener relaciones sexuales en los últimos tres meses, la frecuencia promedio de sus relaciones fue de 9.21 y la frecuencia promedio del uso del condón fue de 5.52, es decir, aproximadamente de cada 9 encuentros sexuales 5 fueron protegidos. En la Figura No. 5.3 se presentan estos datos para los estudiantes de cada carrera, la diferencia mayor entre ambos promedios se observa en las carreras de Optometría, Biología y Medicina.

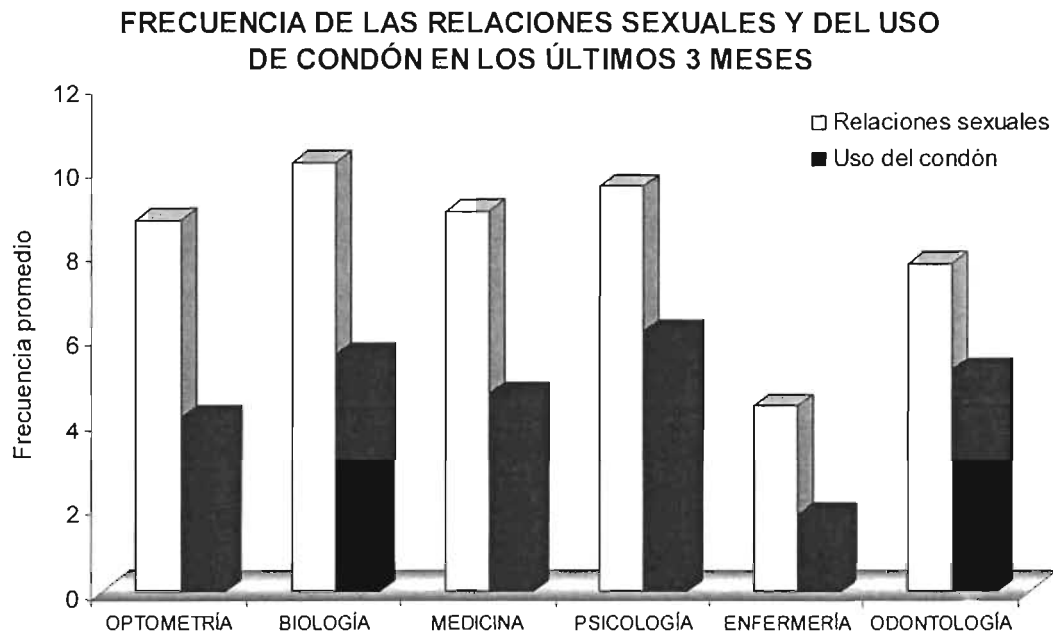


Figura No. 5.3. Frecuencia promedio de relaciones sexuales y del uso de condón en los últimos tres meses obtenida en los estudiantes de cada carrera.

Las diferencias para los hombres y mujeres de cada carrera se muestran en las figuras 5.4 y 5.5, respectivamente, la diferencia mayor entre ambos promedios para los hombres se encuentra en la carrera de Psicología y para las mujeres en la de Medicina. En todos los casos siempre fue mayor la frecuencia promedio de las relaciones sexuales que la frecuencia promedio del uso del condón.

**FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES Y DEL USO DE CONDÓN EN HOMBRES**

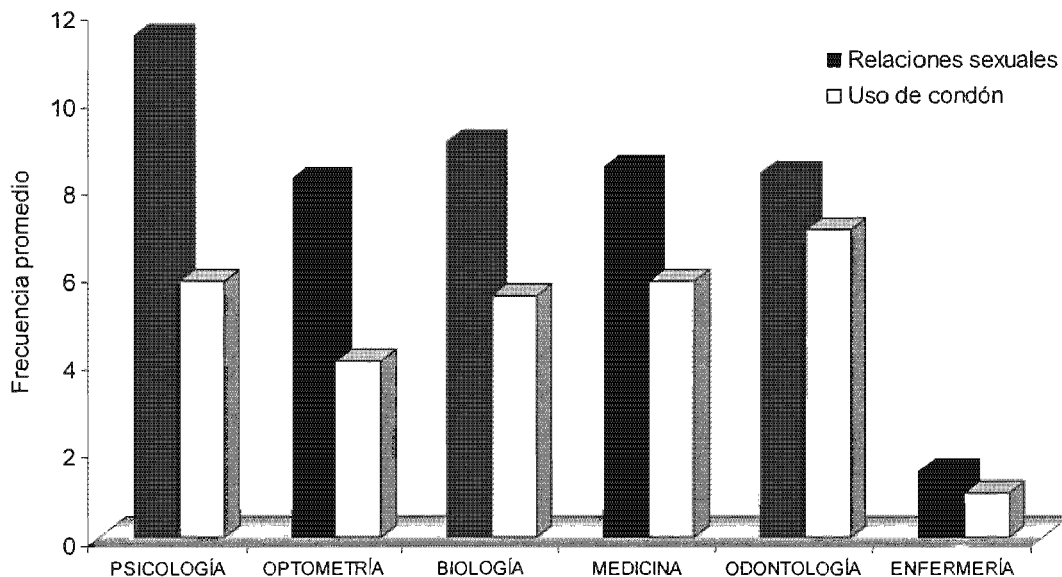


Figura No. 5.4. Frecuencia promedio de las relaciones sexuales y del uso del condón obtenida en los hombres de cada carrera.

**FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES Y DEL USO DE CONDÓN EN MUJERES**

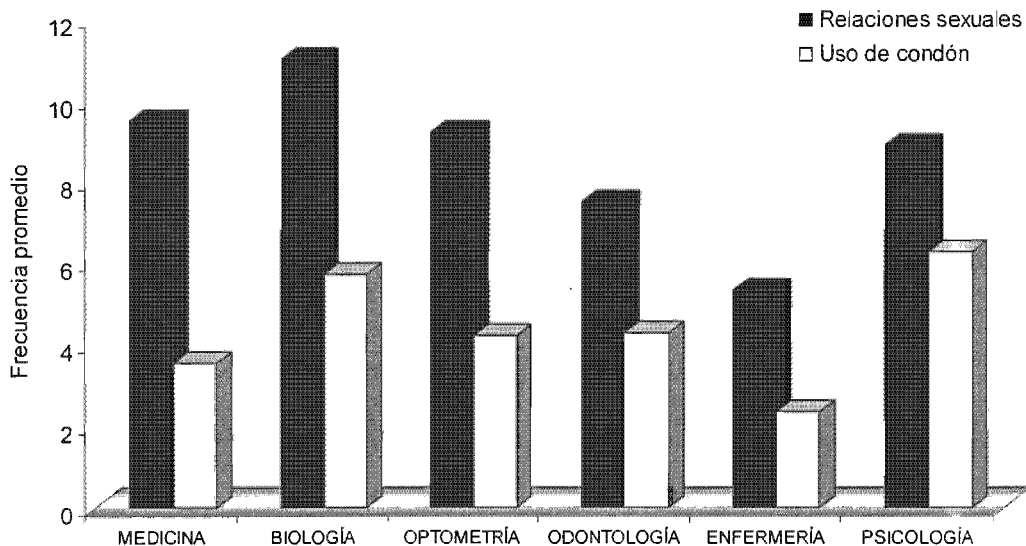


Figura No. 5.5. Frecuencia promedio de las relaciones sexuales y del uso del condón obtenida en las mujeres de cada carrera.

Resumiendo, el porcentaje de sujetos que reportó usar el condón en cada práctica sexual fue menor que el porcentaje que dijo usarlo en las relaciones

sexuales en general y en la última relación sexual; la práctica en la que más se usa el condón es la de penetración vaginal, en la que menos se usa es en masturbación con la pareja. Un poco más de la mitad de los estudiantes sexualmente activos usó consistentemente el condón en los últimos tres meses.

Las diferencias por sexo indicaron que los hombres usan más el condón que las mujeres, sin embargo, en los últimos tres meses la frecuencia de las relaciones sexuales y del uso del condón no difirió entre hombres y mujeres. La diferencia entre la frecuencia promedio de las relaciones sexuales y la frecuencia promedio del uso del condón en los últimos tres meses fue mayor en los estudiantes de las carreras de Optometría, Biología y Medicina, considerando sólo a los hombres de las distintas carreras, aquellos que tuvieron una mayor frecuencia de sus relaciones sexuales y menor frecuencia del uso del condón pertenecían a la carrera de Psicología y en el caso de las mujeres fueron aquellas que estaban inscritas en la carrera de Medicina.

### **Factores de la fase del *presente del modelo***

#### *Autoeficacia percibida para prevenir el SIDA*

Para determinar las diferencias de medias en el puntaje total de autoeficacia y en cada factor de la escala por sexo, carreras y debut sexual, se aplicó un análisis de varianza; cuando las comparaciones se hicieron entre carreras se realizó un análisis *a posteriori* utilizando la prueba de *Tukey*.

Los resultados muestran que el promedio general de autoeficacia obtenido en todos los sujetos fue de 101.86, con una desviación estándar de 16.39, el valor del rango fue de 80, un mínimo de 45 y máximo de 125; la puntuación máxima que puede obtenerse en toda la escala es de 125. De acuerdo con los valores definidos en la Tabla No. 5.2, este valor promedio obtenido en toda la muestra se ubica en el rango de autoeficacia MEDIA. La distribución de la autoeficacia total en toda la muestra se presenta en la Figura No. 5.6.

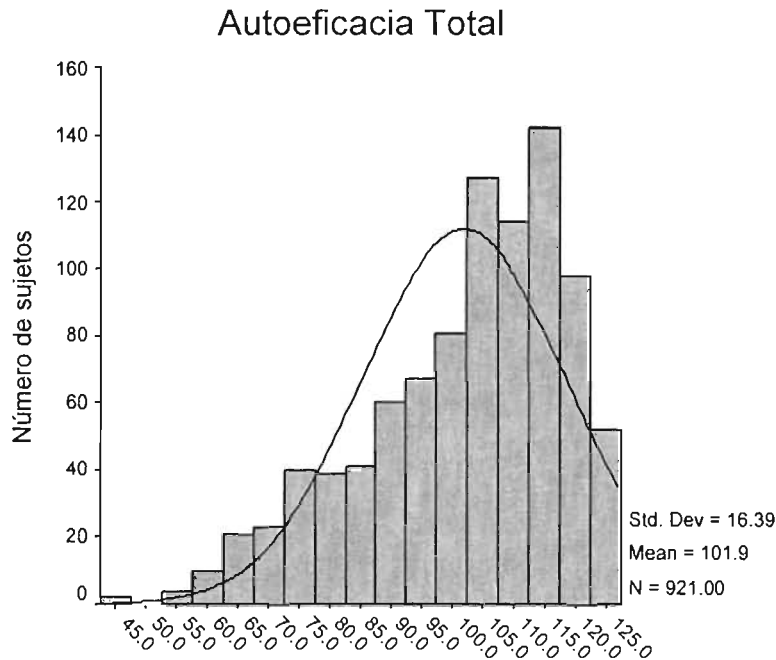


Figura No. 5.6. Distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA.

En los hombres se obtuvo una puntuación total de 92.91 y en las mujeres de 105.47, resultando significativa esta diferencia [ $F(1/920)=125.850, p<.001$ ]; esto indica que en promedio las mujeres obtuvieron un nivel MEDIO de autoeficacia para prevenir el SIDA, mientras que en los hombres la autoeficacia estuvo en un nivel BAJO (véase Figura No. 5.7).

Entre las carreras también se encontraron diferencias significativas [ $F(5/920)=3.942, p=.002$ ], resultando mayor el puntaje obtenido en las carreras de Enfermería (106.70) y Odontología (106.09), comparado con las carreras de Optometría (97.68), Psicología (100.45), Biología (100.22) y Medicina (102.92) (véase Figura 5.8).

Los estudiantes que han tenido su debut sexual fueron menos autoeficaces para prevenir el SIDA que los que nunca han tenido relaciones sexuales, los primeros obtuvieron un puntaje promedio de 98.87 (autoeficacia MEDIA) y en los segundos el puntaje promedio fue de 106.45 (autoeficacia ALTA),

resultando significativa la diferencia entre ambos [ $F(1/920)=49.597, p<.001$ ] (véase Figura 5.9).

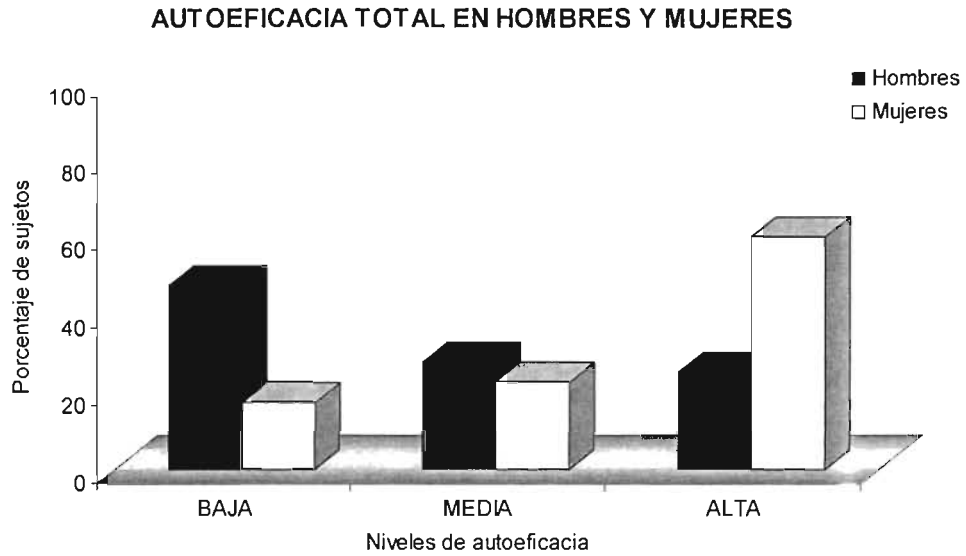


Figura No. 5.7. Porcentaje de hombres y mujeres que obtuvieron distintos niveles de autoeficacia total.

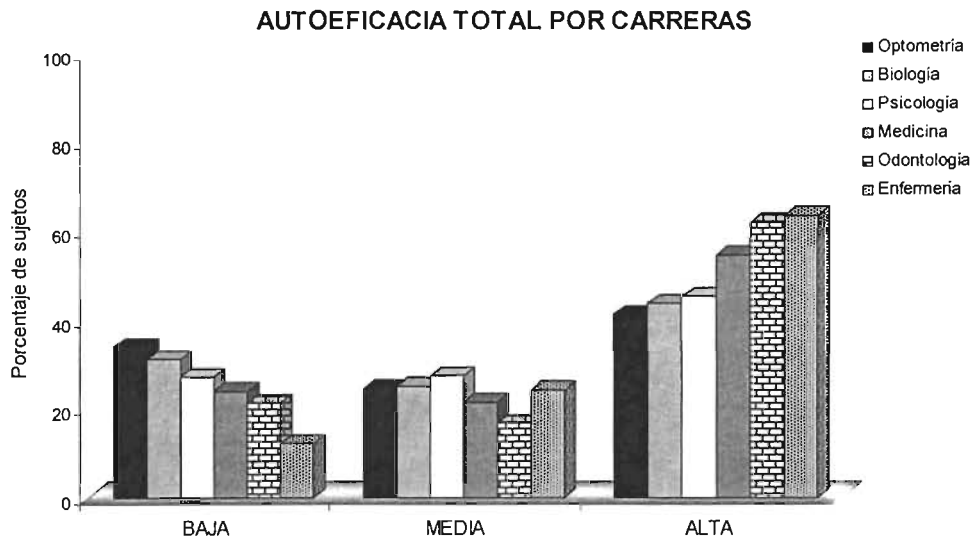


Figura No. 5.8. Porcentaje de estudiantes de las 6 carreras que obtuvieron distintos niveles de autoeficacia total.



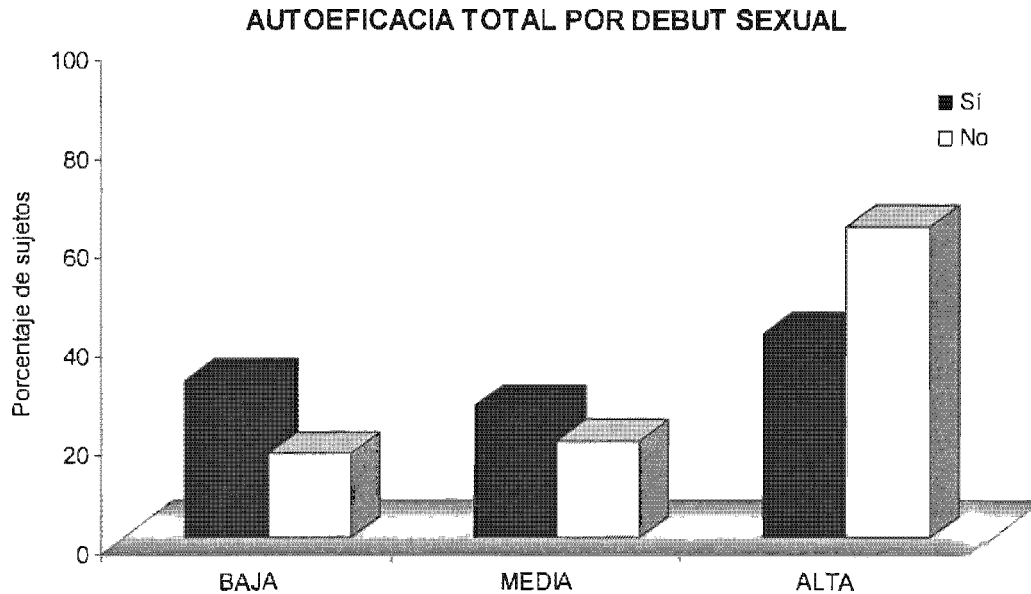


Figura No. 5.9. Porcentaje de estudiantes que obtuvieron distintos niveles de autoeficacia total. Comparación entre los que si han tenido relaciones sexuales y los que nunca las han tenido.

La distribución de las puntuaciones obtenidas para cada factor de la escala de autoeficacia en toda la muestra se presentan en las figuras 5.10a, b, c, d y e, se observa que en todos los factores, excepto en el Factor 3 (capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas, posponer las relaciones sexuales hasta el matrimonio y ser monógamos), los estudiantes obtienen puntuaciones altas.

Las diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de autoeficacia baja, media y alta obtenidas en cada factor se presentan en las figuras 5.11a y b, se observa un porcentaje mayor de mujeres con un nivel ALTO de autoeficacia en cada factor. Al aplicar la prueba *t* de Student para determinar las diferencias de medias por sexo, se encontró que en todos los factores las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres (véase Tabla No. 5.6).

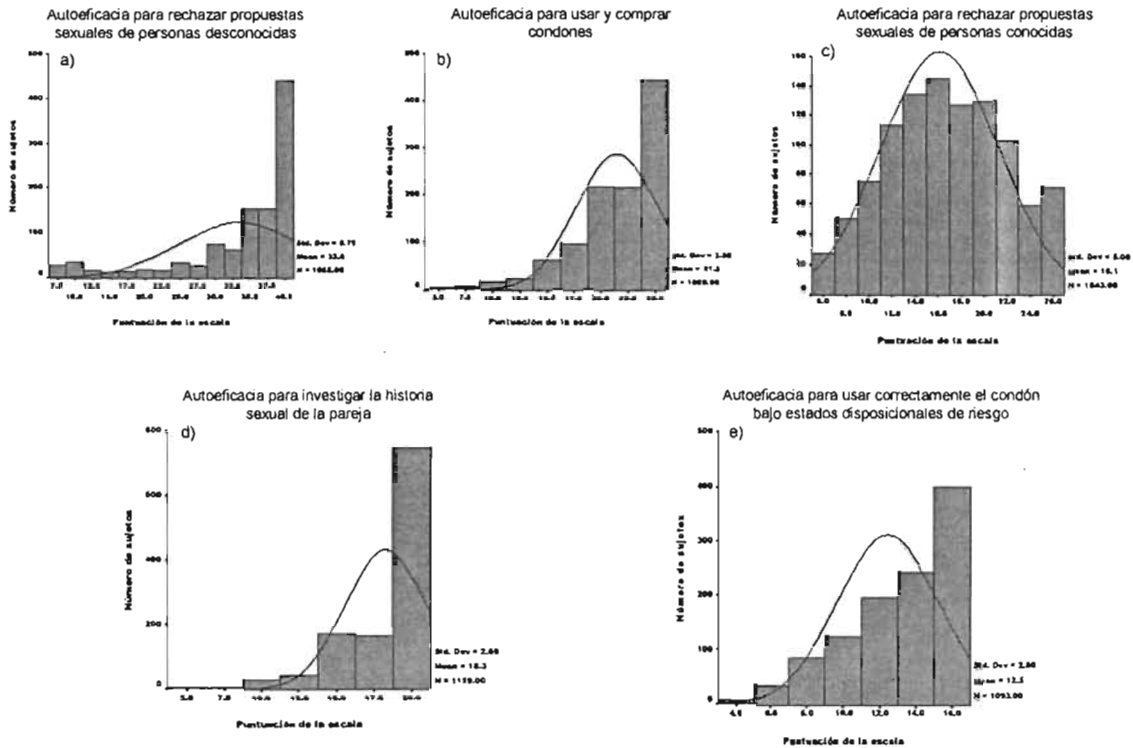


Figura No. 5.10. Distribución de las puntuaciones obtenidas en toda la muestra para cada factor de la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA.

**NIVELES DE AUTOEFICACIA EN CADA FACTOR**

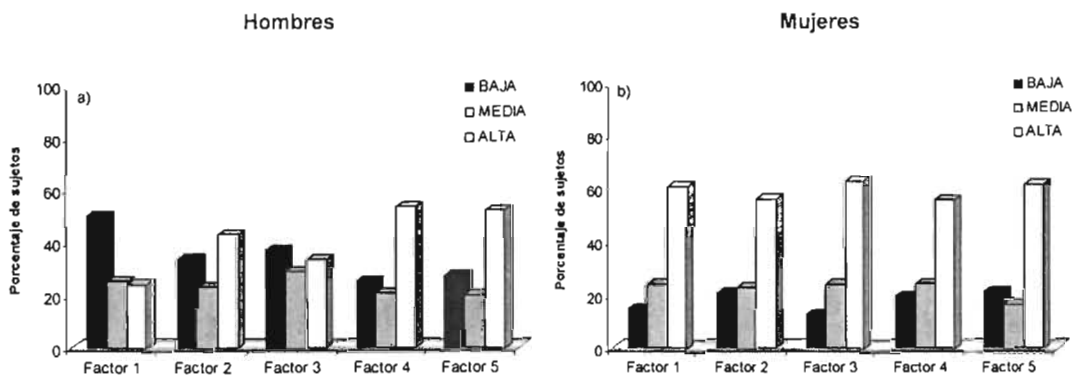


Figura No. 5.11. Niveles de autoeficacia obtenidos en hombres y mujeres para cada factor de la escala de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA.

- Factor 1: Autoeficacia percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas.
- Factor 2: Autoeficacia percibida para usar y comprar condones.
- Factor 3: Autoeficacia percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas.
- Factor 4: Autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la pareja.
- Factor 5: Autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados dispositionales de riesgo.

Tabla No. 5.6

Puntuaciones promedio obtenidas en cada factor de la escala de autoeficacia para hombres y mujeres de toda la muestra

Factores de la escala	PUNTUACIONES				t	p
	Mínima-máxima	Promedio	Hombres	Mujeres		
Factor 1: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas bajo circunstancias de riesgo	8-40	33.58	29.30	35.38	-10.959	.000
Factor 2: Capacidad percibida para usar y comprar condones	5-25	21.52	20.56	21.92	-5.467	.000
Factor 3: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas, posponer las relaciones sexuales hasta el matrimonio y ser monógamo	5-25	16.13	13.68	17.13	-10.450	.000
Factor 4: Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del SIDA	4-20	18.26	18.03	18.36	-1.932	.054
Factor 5: Capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo	3-15	12.45	12.09	12.61	-2.804	.005
<b>Autoeficacia Total</b>	25-125	101.86	92.91	105.47	-11.218	.000

La comparación de los niveles de autoeficacia baja, media y alta obtenido en cada factor de la escala entre los estudiantes de las distintas carreras se presenta en las figuras No. 5.12a, b, c, d y e. Se observa que los que estudian Odontología fueron más autoeficaces para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas, para investigar la historia sexual de la pareja y para usar correctamente el condón, mientras que los que estudian Enfermería fueron más autoeficaces para usar y comprar condones y para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas. Sin embargo, en la Tabla No. 5.7 se puede observar que las diferencias entre las carreras resultaron ser significativas en la capacidad percibida para usar y comprar condones, para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas y para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo.

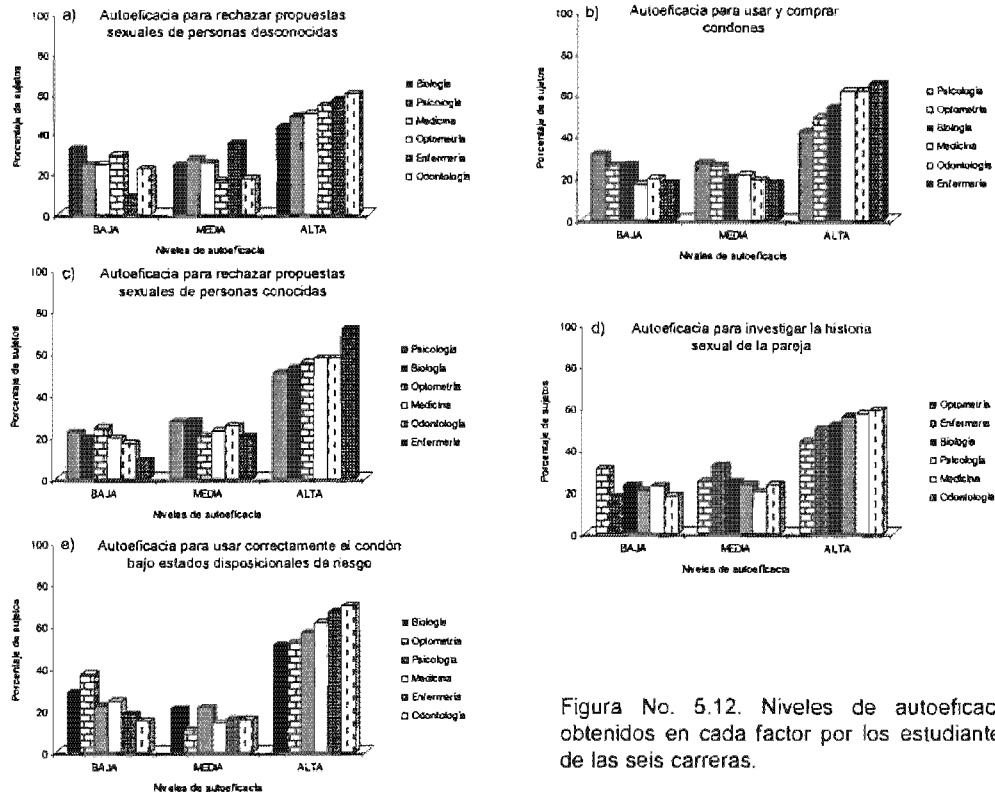


Figura No. 5.12. Niveles de autoeficacia obtenidos en cada factor por los estudiantes de las seis carreras.

Tabla No. 5.7

Puntuaciones promedio obtenidas en cada factor de la escala de autoeficacia para hombres y mujeres de toda la muestra

Factores de la escala	PUNTUACIONES PROMEDIO POR CARRERA						F	p
	Biol	Enf	Med	Odon	Opto	Psic		
Factor 1: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas bajo circunstancias de riesgo	33.03	36.35	33.18	34.46	31.21	33.79	2.059	.068
Factor 2: Capacidad percibida para usar y comprar condones	21.53	22.43	22.27	22.26	21.47	20.70	7.423	.000
Factor 3: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas, posponer las relaciones sexuales hasta el matrimonio y ser monógamo	16.26	18.23	16.66	16.94	16.22	15.27	4.849	.000
Factor 4: Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del sida	18.12	18.20	18.14	18.66	17.54	18.34	1.786	.113
Factor 5: Capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados dispocionales de riesgo	12.05	12.79	12.51	13.06	11.77	12.44	3.017	.010
<b>Autoeficacia Total</b>	<b>100.2</b>	<b>106.7</b>	<b>102.9</b>	<b>106.0</b>	<b>97.68</b>	<b>100.4</b>	<b>3.942</b>	<b>.002</b>

En la Figura No. 5.13 se presenta la comparación por debut sexual en el porcentaje de estudiantes que obtuvieron niveles de autoeficacia baja, media y alta en cada factor de la escala. Se observa que los que no han tenido relaciones sexuales fueron más autoeficaces para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas y para usar y comprar condones, mientras que los estudiantes que ya han tenido su debut sexual fueron más autoeficaces para investigar la historia sexual de su pareja y hablar con ella sobre la prevención del SIDA. En la Tabla No. 5.8 se muestran los resultados de la prueba de diferencia de medias y se observa que en todos los casos, excepto en la autoeficacia para usar correctamente el condón bajo estados dispositionales de riesgo, estas diferencias fueron significativas.

### NIVELES DE AUTOEFICACIA EN CADA FACTOR POR DEBUT SEXUAL

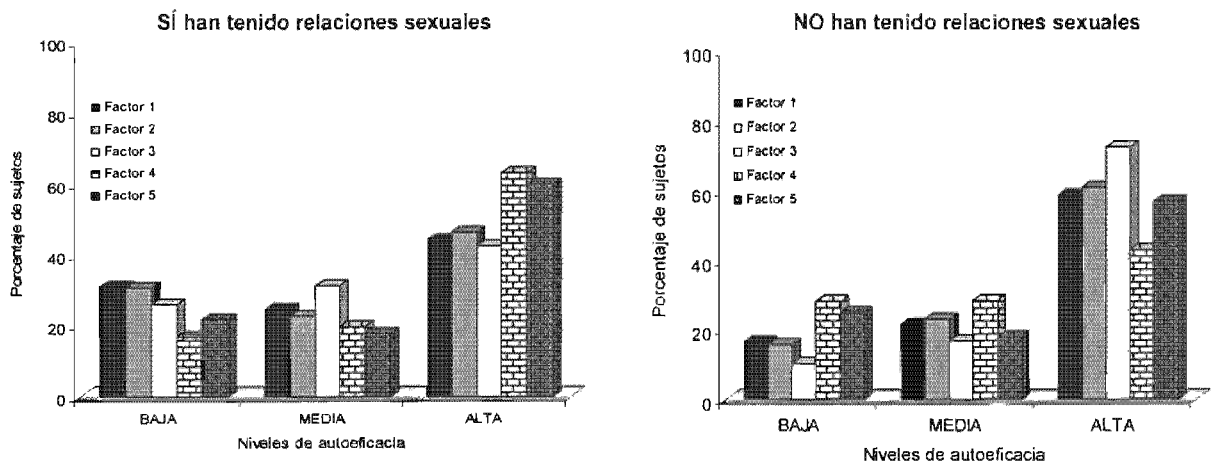


Figura No. 5.13. Niveles de autoeficacia obtenidos en cada factor por los estudiantes que han tenido relaciones sexuales y por los que no las han tenido.

*Factor 1: Autoeficacia percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas.*

*Factor 2: Autoeficacia percibida para usar y comprar condones.*

*Factor 3: Autoeficacia percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas.*

*Factor 4: Autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la pareja.*

*Factor 5: Autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados dispositionales de riesgo.*

Tabla No. 5.8  
Puntuaciones promedio obtenidas en cada factor de la escala de autoeficacia para hombres y mujeres de toda la muestra

Factores de la escala	Puntuaciones por debut sexual		t	p
	SI	NO		
Factor 1: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas bajo circunstancias de riesgo	32.47	35.26	-5.191	.000
Factor 2: Capacidad percibida para usar y comprar condones	20.86	22.47	-7.029	.000
Factor 3: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas, posponer las relaciones sexuales hasta el matrimonio y ser monógamo	14.64	18.43	-12.611	.000
Factor 4: Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del sida	18.60	17.76	5.287	.000
Factor 5: Capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo	12.54	12.33	1.212	.226
<b>Autoeficacia Total</b>	<b>98.87</b>	<b>106.45</b>	<b>-7.042</b>	<b>.000</b>

Sintetizando, el análisis del puntaje total de la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA obtenido en toda la muestra, indicó que son más autoeficaces las mujeres, los estudiantes de las carreras de Enfermería y Odontología y los que nunca han tenido relaciones sexuales. El análisis por cada factor de la escala mostró que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas de autoeficacia que los hombres en todos los factores, excepto en el que evalúa la capacidad para investigar la historia sexual del compañero.

Los estudiantes de las carreras relacionadas con la salud (Enfermería, Odontología y Medicina) fueron más autoeficaces en todos los factores de la escala. Quienes ya han tenido su debut sexual fueron más autoeficaces para investigar la historia sexual del compañero y para usar correctamente el condón cuando han bebido alcohol o consumido alguna droga, mientras que los que no han tenido relaciones sexuales fueron más autoeficaces para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas y desconocidas y para usar y comprar condones.

#### *Tipo de pareja sexual*

En la Tabla No. 5.9 se muestra el porcentaje de estudiantes sexualmente activos que reportaron tener relaciones sexuales con pareja estable, ocasional, amistades,

desconocidos y sexoservidores, especificando las diferencias entre hombres y mujeres. Lo que se observa es que la mayoría de los estudiantes reportó tener relaciones sexuales con su pareja estable (96.5%), pero una proporción importante las ha tenido con parejas ocasionales y con amistades; en todos los casos siempre fue significativamente mayor la proporción de hombres, comparado con las mujeres.

Tabla No. 5.9  
Porcentaje de hombres y mujeres que reportaron tener relaciones sexuales con distintas parejas

Tipo de pareja	%Total	%hombres	%mujeres	$\chi^2$	$p$
Estable	96.5	94.3	97.8	5.658	<.05
Ocasional	37.0	52.3	27.9	41.109	<.001
Amistades	31.6	52.7	17.4	81.811	<.001
Desconocidos	7.8	15.4	2.9	29.535	<.001
Sexoservidores	3.0	7.4	0.0	26.162	<.001

La comparación entre carreras resultó significativa sólo con sexoservidores, siendo mayor el porcentaje de estudiantes de la carrera de Enfermería los que han tenido relaciones con este tipo de parejas; las diferencias entre carreras con parejas ocasionales y con amistades fueron importantes pero no significativas (véase Tabla No. 5.10).

Tabla No. 5.10  
Porcentaje de estudiantes de cada carrera que reportaron tener relaciones sexuales con distintas parejas

Tipo de pareja	%Bio.	%Enf.	%Med.	%Od.	%Opt.	%Psic.	$\chi^2$	$p$
Estable	96.8	85.7	94.5	95.6	95.7	98.2	8.846	=.115
Ocasional	45.8	43.8	40.9	35.1	44.0	30.9	10.780	=.056
Amistades	34.8	33.3	37.1	18.3	40.9	31.1	9.777	=.082
Desconocidos	13.8	16.7	5.4	4.9	4.5	7.1	8.944	=.111
Sexoservidores	6.4	16.7	2.7	1.2	0.0	1.7	15.379	=.009

#### *Tipo de práctica sexual*

Se evaluaron 4 prácticas sexuales: penetración vaginal, penetración anal, relaciones orales y masturbación con la pareja. Al estudiante se le preguntó si había tenido o no relaciones sexuales y posteriormente, en el mismo cuestionario,

se le preguntó si había tenido una experiencia semejante a la descrita para cada práctica (tener alguna relación con penetración vaginal, anal, etc.), los que señalaron que nunca habían vivido una experiencia semejante, se consideraron como sujetos que no han realizado la práctica correspondiente.

En la Tabla No. 5.11 se presenta el porcentaje de estudiantes que reportaron tener cada práctica sexual, la  $n$  corresponde al total de estudiantes que respondieron a cada pregunta y los porcentajes corresponden a la proporción de hombres y mujeres que sí las realizan. Se observa que la práctica que más realizan los estudiantes es la penetración vaginal y la que ocurre en menor medida es la de relaciones anales; en todos los casos, excepto en relaciones vaginales, la proporción de hombres fue mayor que la de las mujeres, la prueba  $X^2$  muestra diferencias significativas por sexo con una  $p < .001$  en relaciones sexuales en general, en relaciones anales y masturbación con la pareja, y una  $p < .01$  en relaciones orales, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relaciones vaginales.

Tabla No. 5.11  
Porcentaje de hornbres y mujeres que realizan cada práctica sexual

	Tener relaciones sexuales	Vaginales	Orales	Anales	Masturbación
Total	59.2%	95.8%	70.6%	29.3%	65.2%
Hombres	73.9%	94.1%	76.7%	39.5%	74.1%
Mujeres	52.9%	96.8%	67.1%	23.3%	59.9%
$X^2$	44.967**		7.155*	20.152**	14.236**
$n$	1168	686	688	685	684

\* $p < .01$

\*\* $p < .001$

## Factores de la fase del *pasado* del modelo

### Conocimientos sobre VIH/SIDA

Para analizar el nivel de información que los estudiantes tienen acerca de la sintomatología del SIDA y los mecanismos de transmisión y prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana, se calculó el porcentaje de respuestas correctas



obtenido en cada una de estas tres áreas evaluadas y el porcentaje promedio obtenido en las tres áreas, al que denominamos porcentaje global de conocimientos. Se realizó un análisis de varianza para hacer las comparaciones de esta variable con respecto al sexo, carrera y debut sexual. Cuando se encontraron diferencias significativas entre carreras se realizó un análisis *a posteriori*, aplicándose para ello la prueba de *Scheffé*.

El porcentaje global de conocimientos sobre VIH/SIDA que obtuvieron los estudiantes de toda la muestra fue de 89.65, con una desviación estándar de 6.84, mediana de 89.65 y moda de 93.10, lo que indica que en general los estudiantes de este estudio tienen un nivel elevado de conocimientos sobre el VIH/SIDA. En las figuras 5.14a, b, c y d se presenta la forma en la que se distribuyeron las puntuaciones obtenidas las áreas de sintomatología, transmisión y prevención y en el porcentaje global (nivel general de conocimientos), respectivamente.

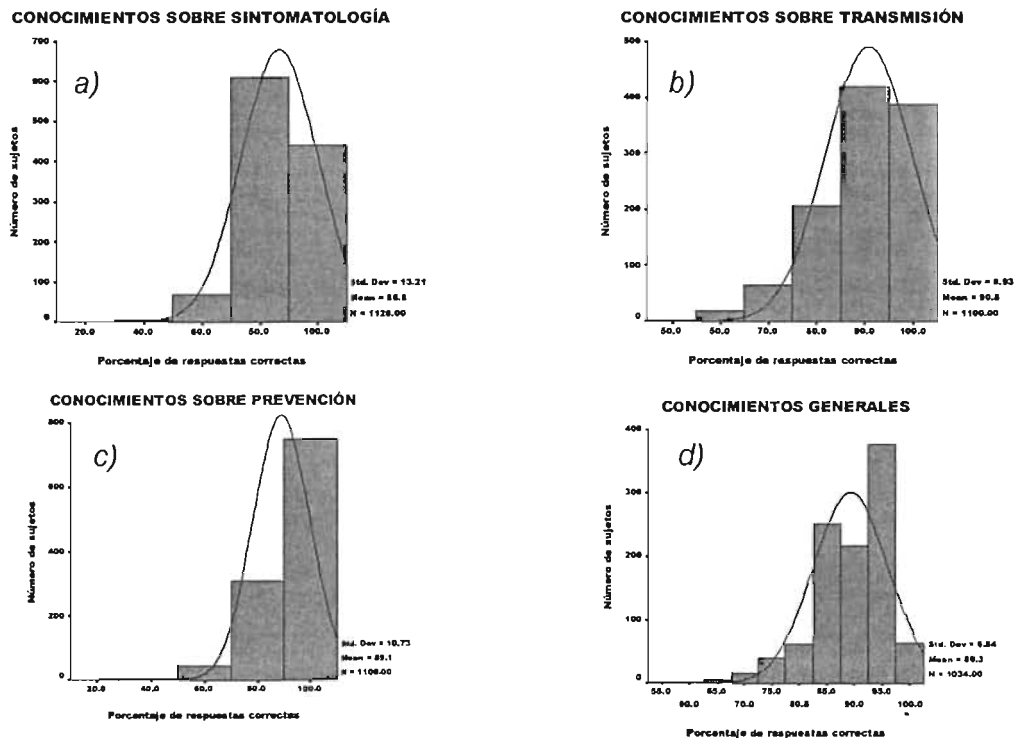


Figura No. 5.14. Distribución del porcentaje de respuestas correctas en conocimientos sobre VIH/SIDA obtenido en toda la muestra en las áreas de sintomatología (a), transmisión (b), prevención (c) y en el porcentaje promedio de las tres áreas (d).

En la Figura No. 5.15 se presentan las puntuaciones obtenidas en hombres y mujeres de toda la muestra. No se observan diferencias debidas al sexo en las áreas de sintomatología [ $F(1/1127)=.045$ ,  $p=.833$ ], transmisión [ $F(1/1099)=.346$ ,  $p=.557$ ] y prevención [ $F(1/1108)=.035$ ,  $p=.852$ ] y en el nivel general de conocimientos [ $F(1/1033)=.212$ ,  $p=.642$ ], en todos los casos el porcentaje obtenido estuvo por encima del 86% de respuestas correctas.

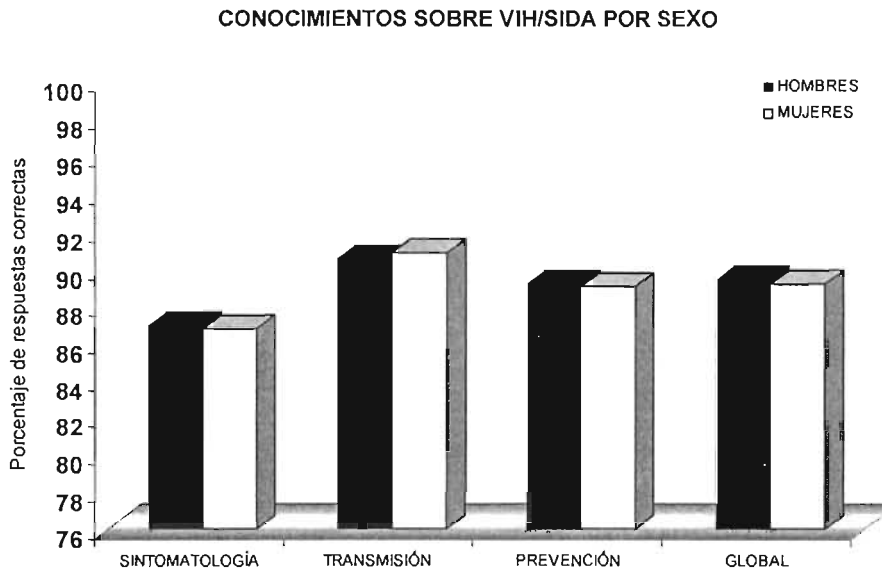


Figura No. 5.15. Porcentaje de respuestas correctas por área de conocimiento y el promedio global obtenido en hombres y mujeres de toda la muestra.

En la Figura No. 5.16 se presentan estos mismos datos para cada una de las seis carreras evaluadas. Aunque los niveles de conocimientos son altos en todas las carreras, los estudiantes de la carrera de Medicina fueron los que obtuvieron los mejores promedios. Al aplicar un análisis de varianza se observan diferencias significativas entre carreras en las áreas de Sintomatología [ $F(5/1127)=15.442$ ;  $p<.001$ ] y Prevención [ $F(5/1108)=6.261$ ;  $p<.001$ ], en el área de Transmisión no se encontraron diferencias significativas entre las carreras, el porcentaje de respuestas correctas fluctuó entre el 89% y el 91%. Para el área de Sintomatología, la prueba de *Scheffé* indica que los estudiantes de Medicina tuvieron puntajes significativamente mayores que los de Psicología y Biología

( $p < .001$ ), y los estudiantes de Odontología y Optometría tuvieron puntajes significativamente mayores que los de Biología ( $p < .05$ ); en el área de Prevención la prueba de *Scheffé* indica que los estudiantes de Medicina tuvieron puntajes significativamente mayores que los de Biología ( $p < .001$ ), Enfermería, Odontología y Psicología ( $p < .05$ ). En el porcentaje global de respuestas correctas también se encontraron diferencias entre las carreras [ $F(5/1033)=8.234$ ;  $p < .001$ ] y nuevamente los estudiantes de la carrera de Medicina tuvieron puntajes significativamente mayores que los de Biología y Psicología ( $p < .001$ ) y Odontología ( $p < .05$ ).

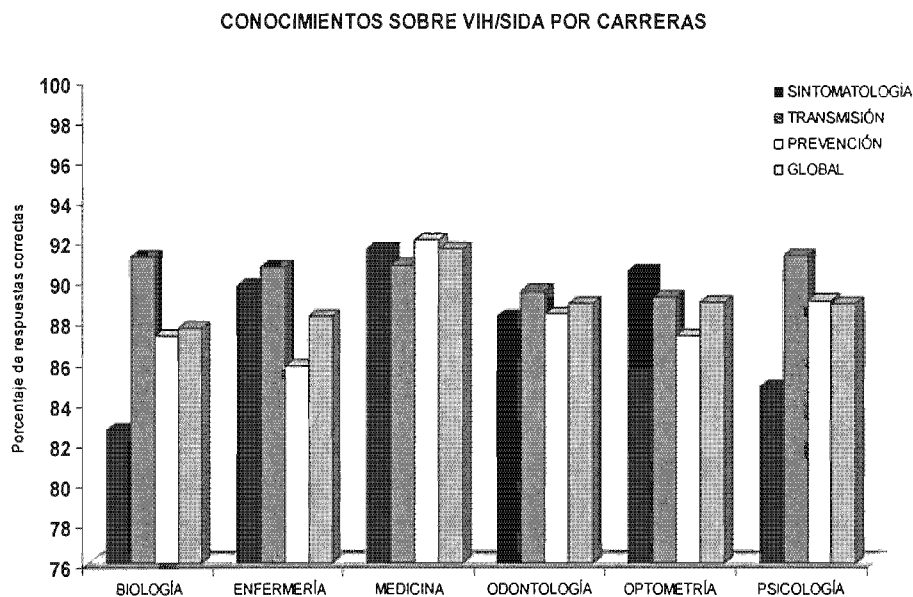


Figura No. 5.16. Porcentaje de respuestas correctas por área de conocimiento y el promedio global de las tres áreas obtenido en los estudiantes de cada carrera.

Al realizar la comparación por debut sexual, se encontraron diferencias significativas sólo en el área de prevención [ $F(1/1108)=4.959$ ,  $p=.026$ ], siendo ligeramente mayor el porcentaje de respuestas correctas en los estudiantes que ya han tenido relaciones sexuales (89.69%) comparado con los que nunca han tenido su debut sexual (88.23%).

En suma, se puede señalar que en general los estudiantes de toda la muestra tienen un nivel elevado de conocimientos sobre el VIH/SIDA, sin embargo, éste fue mayor en aquellos que cursan carreras relacionadas con la salud, siendo

mejores los estudiantes de Medicina, mientras que los de Biología y Psicología obtuvieron los niveles más bajos de conocimientos. No se encontraron diferencias debidas al sexo ni al debut sexual.

### *Actitud hacia el uso del condón, planificación de las relaciones y monogamia*

Seis reactivos evaluaron la actitud hacia el uso del condón, de éstos cuatro reflejan si la responsabilidad de la protección cae en el hombre o en la mujer, uno evalúa si el condón es bueno para su salud y otro más si el condón disminuye la satisfacción sexual; en todos los casos la media teórica es de 3. En relación con los primeros cuatro reactivos se encontró una actitud desfavorable hacia quién debe asumir la responsabilidad de la protección, ya que las puntuaciones obtenidas en toda la muestra estuvieron por debajo de la media teórica, sin embargo, las diferencias por sexo indicaron que las mujeres están más de acuerdo que los hombres en que son ellas las que deben solicitar el condón al tener relaciones sexuales y los hombres están más de acuerdo que las mujeres en que son ellos los responsables de la protección durante la relación, en ambos casos las diferencias resultaron significativas (véase Tabla No. 5.12); en los reactivos que indican que el hombre es el que debe comprar los condones y la mujer es la que debe traer los condones no se encontraron diferencias significativas por sexo.

En el caso de los reactivos que evalúan la actitud hacia el condón, se encontró una actitud favorable, ya que en el reactivo que indica que el condón es bueno para la salud la puntuación media de toda la muestra estuvo por arriba (4.65) de la media teórica (3), llegando casi a la puntuación máxima posible (5), y en el reactivo que evalúa que el condón disminuye la satisfacción sexual se encontró una puntuación por debajo de la media teórica (2.46), lo que indica que los jóvenes están más en desacuerdo en que el condón disminuya la satisfacción sexual, sin embargo, las diferencias por sexo indicaron que los hombres (2.77) están más de acuerdo en esta afirmación que las mujeres (2.15), resultando significativa esta diferencia (véase Tabla No. 5.12).

Tabla No. 5.12  
Actitudes hacia el uso del condón, planificación y monogamia: diferencia de medias por sexo a través de un análisis de varianza de un factor

Reactivo	Media	SEXO			DEBUT SEXUAL		
		H	M	p	SÍ	NO	p
<b>Actitud hacia el condón</b>							
La mujer es la que debe solicitar el condón	2.82	2.59	2.92	<.001	2.85	2.78	
El hombre es el que debe comprar los condones	2.76	2.80	2.74		2.72	2.72	
El hombre es el responsable de la protección	2.13	2.32	2.05	<.001	2.09	2.20	
La mujer es la que debe traer los condones	2.62	2.65	2.61		2.68	2.53	<.01
El uso del condón es bueno para mi salud	4.65	4.63	4.66		4.68	4.61	
El uso del condón disminuye la satisfacción sexual	2.46	2.77	2.15	<.001	2.38	2.25	=.069
<b>Actitud hacia la planificación</b>							
Las relaciones sexuales deben ser espontáneas	2.69	2.76	2.66		2.74	2.61	
Las relaciones sexuales se disfrutan mejor si se planifican a tiempo	3.76	3.68	3.79		3.73	3.80	=.056
<b>Actitud hacia la monogamia</b>							
Las relaciones sexuales deben tenerse con la misma persona de por vida	2.79	2.53	2.90	<.001	2.61	3.05	<.001

Nota: La media teórica es igual a 3 en todos los reactivos.

Al comparar estos mismos reactivos entre estudiantes que han tenido relaciones sexuales y los que nunca las han tenido, las diferencias significativas se encontraron únicamente en el reactivo que indica que la mujer es la que debe traer los condones, estando más de acuerdo en ello los que sí han tenido su debut sexual; en relación con el reactivo que evalúa si el uso del condón disminuye la satisfacción sexual se encontraron diferencias importantes pero no significativas entre ambos grupos, estando más de acuerdo los que sí han tenido relaciones sexuales.

La actitud hacia la planificación de las relaciones sexuales (véase Tabla No. 5.12) se evaluó a través de dos reactivos, el primero indica que las relaciones sexuales deben ser espontáneas y el segundo que las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican a tiempo. Los resultados muestran una actitud favorable hacia la planificación de las relaciones sexuales, ya que los jóvenes de

toda la muestra obtuvieron una puntuación por debajo de la media teórica (2.69) en el reactivo que indica que las relaciones sexuales deben ser espontáneas, lo que indica que estuvieron más en desacuerdo en esta afirmación, y una puntuación por arriba de la media teórica (3.76) en el reactivo que indica que las relaciones sexuales se disfrutan mejor si se planifican a tiempo. En ninguno de los dos casos se encontraron diferencias debidas al sexo, sólo la comparación por debut sexual la diferencia resultó significativa en el reactivo que indica que las relaciones sexuales deben ser espontáneas, estando más de acuerdo en ello los que sí han tenido su debut sexual (véase Tabla No. 5.12).

La actitud hacia la monogamia se evaluó con un solo reactivo que indica que las relaciones sexuales sólo deben tenerse con la misma persona de por vida. Los resultados muestran una actitud desfavorable hacia este aspecto, ya que la puntuación media de toda la muestra estuvo por debajo de la media teórica (2.79). Sin embargo, se encontraron diferencias significativas por sexo y debut sexual, ya que las mujeres (2.90) y los que nunca han tenido relaciones sexuales (3.05) estuvieron más de acuerdo en esta afirmación (véase Tabla No. 5.12) que los hombres (2.53) y los que ya han tenido alguna relación sexual (2.61).

En resumen, los resultados sobre la actitud hacia el uso del condón, hacia la planificación de las relaciones y hacia la monogamia indican una actitud desfavorable hacia la monogamia y respecto a quién debe asumir la responsabilidad de la protección (el hombre o la mujer), así como una actitud favorable hacia el condón y hacia la planificación de las relaciones sexuales.

### *Historia de encuentros sexuales*

Los aspectos evaluados que hacen referencia a la historia de encuentros sexuales de los estudiantes fueron: edad del debut sexual, número de parejas sexuales en toda la vida y en los últimos tres meses y frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses. Los resultados muestran que la edad promedio del debut sexual fue de 17.41 años, con una desviación estándar de 1.84 y valor mínimo de 12 y máximo de 25; la comparación por sexo muestra que los hombres iniciaron

sus relaciones a edades más tempranas (16.8 años) que las mujeres (17.7 años), resultando significativa esta diferencia ( $t=-5.995$ ,  $p<.001$ ). Las diferencias entre carreras resultaron significativas, siendo los estudiantes de Enfermería los que se inician sexualmente a edades más tempranas (17.20) y los de Optometría (18.57) a edades más tardías [ $F(5/637)=2.419$ ,  $p<.05$ ].

El número de parejas sexuales que los estudiantes reportaron tener en toda su vida osciló entre una y 40 parejas, la media fue de 2.99, con una desviación estándar de 3.59, la mediana fue de 2 pero la moda fue de una pareja. De los 691 estudiantes que respondieron tener pareja sexual, el 43.1% reportó haber tenido sólo una pareja sexual en toda su vida, el 19 % dos parejas, el 13.6% tres parejas y el 24.3% cuatro o más parejas. Como se muestra en la Figura No. 5.17, el sexo estuvo asociado con el número de parejas en toda la vida, ya que las mujeres tuvieron menos parejas que los hombres ( $X^2=102.398$ ,  $p<.001$ ). En relación con el número de parejas en los últimos 3 meses, el 71.0% reportó tener una sola pareja, un 22.6% ninguna y un 5.1% dijo haber tenido 2 parejas, sólo 9 estudiantes reportaron haber tenido 3 o más parejas en los últimos tres meses; el sexo no estuvo asociado con esta variable, los hombres tuvieron en promedio .87 y las mujeres .88.

La frecuencia promedio de las relaciones sexuales que los estudiantes sexualmente activos reportaron tener en los últimos 3 meses fue de 6.79, con una mediana de 3 y moda de 0; no se encontraron diferencias debidas al sexo ( $t=-.321$ ,  $p=.748$ ), ya que en los hombres se obtuvo una frecuencia promedio de 6.59 y en las mujeres de 6.90. En la Figura No. 5.18 se muestra la comparación entre hombres y mujeres de cada carrera y aunque se observan diferencias por sexo y carrera, estas no resultaron significativas.

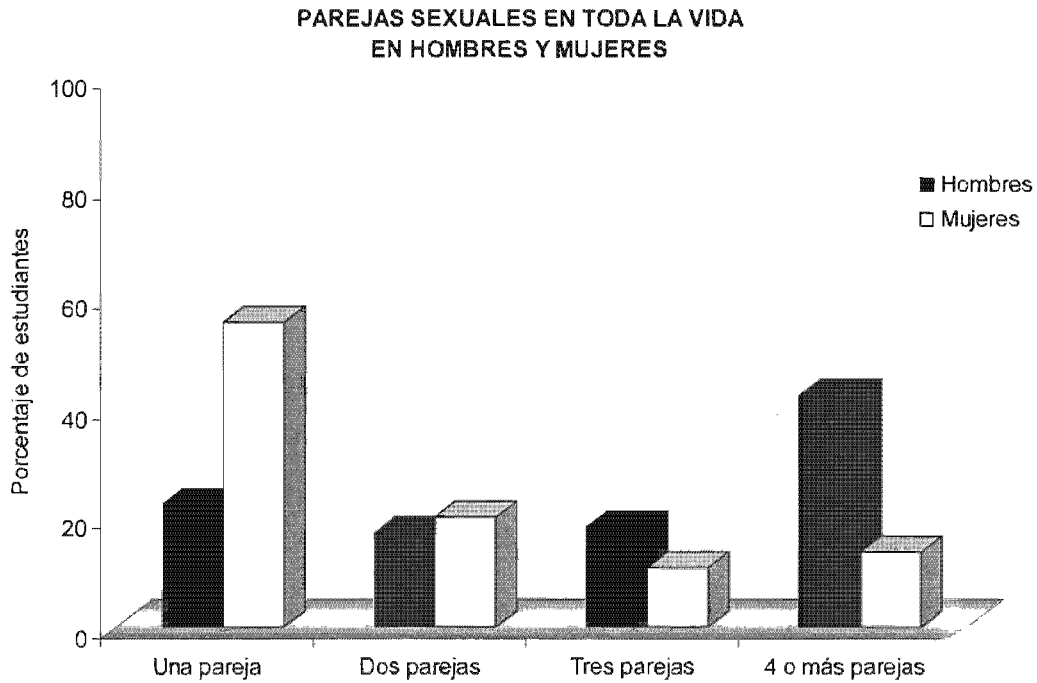


Figura No. 5.17. Porcentaje de hombres y mujeres que reportaron tener un número diferente de parejas sexuales en toda la vida.

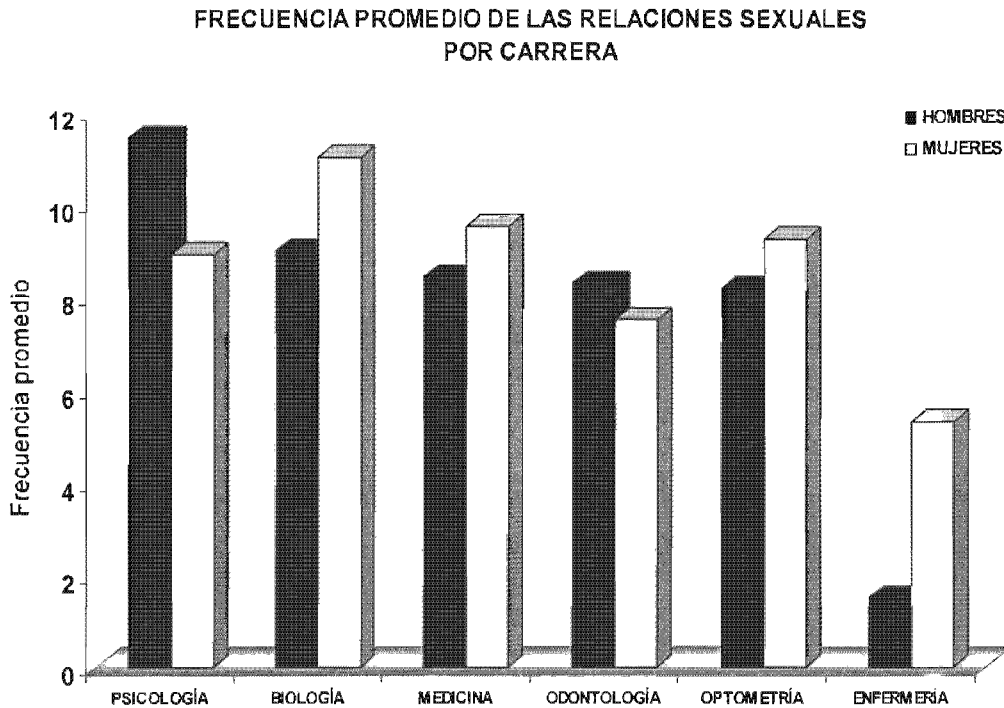


Figura No. 5.18. Frecuencia promedio de relaciones sexuales en los últimos tres meses obtenida en hombres y mujeres de cada carrera.



En suma, quienes inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas son los hombres y los estudiantes de la carrera de Enfermería, las mujeres y los estudiantes de Optometría las inician a edades más tardías. Los hombres han tenido en promedio más parejas sexuales en toda su vida que las mujeres, pero la frecuencia promedio de sus relaciones sexuales no resultó ser significativamente diferente ni entre hombres y mujeres ni entre los estudiantes de las distintas carreras.

### **Predictores del uso de condón**

Para determinar la viabilidad del modelo propuesto en este trabajo, se realizaron dos tipos de análisis: correlación entre variables y regresión múltiple. En relación con el primer caso se calculó el coeficiente de correlación de *Pearson* para las variables medidas en escala intervalar que incluyeron: consistencia en el uso del condón, frecuencia de las relaciones sexuales y del uso del condón, número de parejas sexuales en toda la vida, edad del debut sexual, conocimientos sobre VIH/SIDA y autoeficacia para prevenir el sida. Para el segundo caso, estas mismas variables se sometieron a un análisis de regresión múltiple por pasos con el método de *Stepwise*, teniendo como variable dependiente, por separado, el índice de consistencia en el uso del condón y la frecuencia del uso del condón.

#### *Relación entre variables con el índice de consistencia en el uso de condón*

El primer análisis de correlación se realizó entre las variables que hacen referencia a los factores del presente planteados en el modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto en este trabajo. Para determinar en qué medida los 5 factores de la escala de autoeficacia se asocian con la consistencia en el uso del condón se calculó el índice de correlación  $r$  de *Pearson*; la asociación entre esta variable el tipo de pareja que han tenido los estudiantes y el tipo de práctica sexual que han realizado, se determinó calculando el índice de correlación  $\rho$  de *Spearman*.

Los factores del presente que influyen en el comportamiento sexual preventivo son la autoeficacia percibida para prevenir el SIDA, el tipo de práctica

sexual y el tipo de pareja sexual; al correlacionar cada variable con la consistencia en el uso del condón se encontró que sólo la autoeficacia percibida para usar y comprar condones (factor 2 de la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA) se correlacionó positivamente con la consistencia ( $r=.369$ ,  $p<.01$ ), es decir, a mayor capacidad percibida para usar y comprar condones mayor consistencia en el uso del condón tienen los estudiantes, el tipo de práctica sexual y el tipo de pareja sexual no se correlacionó con la consistencia en el uso del condón. La autoeficacia percibida para usar y comprar condones se correlacionó, a su vez, en forma negativa con el número de parejas diferentes con las que se ha tenido relaciones sexuales ( $r=-.221$ ,  $p<.01$ ), con tener relaciones sexuales con amistades ( $\rho=-.113$ ,  $p<.01$ ), con pareja ocasional ( $\rho=-.134$ ,  $p<.01$ ) y con el total de prácticas distintas realizadas ( $r=-.268$ ,  $p<.01$ ), lo que indica que las experiencias conductuales que implican relacionarse con una mayor diversidad de parejas y mayor diversidad de prácticas no se relaciona con la autoeficacia para usar y comprar condones. La capacidad percibida para usar correctamente el condón no se correlacionó con la consistencia en el uso del condón.

La consistencia en el uso del condón se correlacionó negativamente con el tipo de práctica sexual realizada, es decir, a menor número de prácticas sexuales distintas realizadas mayor es la consistencia en el uso del condón ( $r=-.132$ ,  $p<.01$ ). Tener relaciones orales se correlacionó negativamente con la consistencia en el uso del condón ( $\rho=-.172$ ,  $p<.05$ ), es decir, quienes practican el sexo oral son menos consistentes para usar el condón, pero además son los que también tienen relaciones anales ( $\rho=.267$ ,  $p<.01$ ) y no practican la masturbación con su pareja ( $\rho=-.417$ ,  $p<.01$ ).

El tipo de pareja sexual no se correlacionó con la consistencia en el uso del condón, sin embargo, se encontró que los que tienen relaciones sexuales con pareja estable no tienen relaciones con amistades ( $\rho=-.110$ ,  $p<.01$ ) ni con desconocidos ( $\rho=-.149$ ,  $p<.01$ ); los que tienen relaciones con pareja ocasional tienen relaciones con amistades ( $\rho=.435$ ,  $p<.01$ ), con desconocidos ( $\rho=.162$ ,  $p<.01$ ) y con sexoservidores ( $\rho=.140$ ,  $p<.01$ ); los que tiene relaciones

con amistades tiene también relaciones con desconocidos ( $\rho=.364, p<.01$ ) y con sexoservidores ( $\rho=.190, p<.01$ ), y los que tienen relaciones con sexoservidores tiene también relaciones con desconocidos ( $\rho=.196, p<.01$ ).

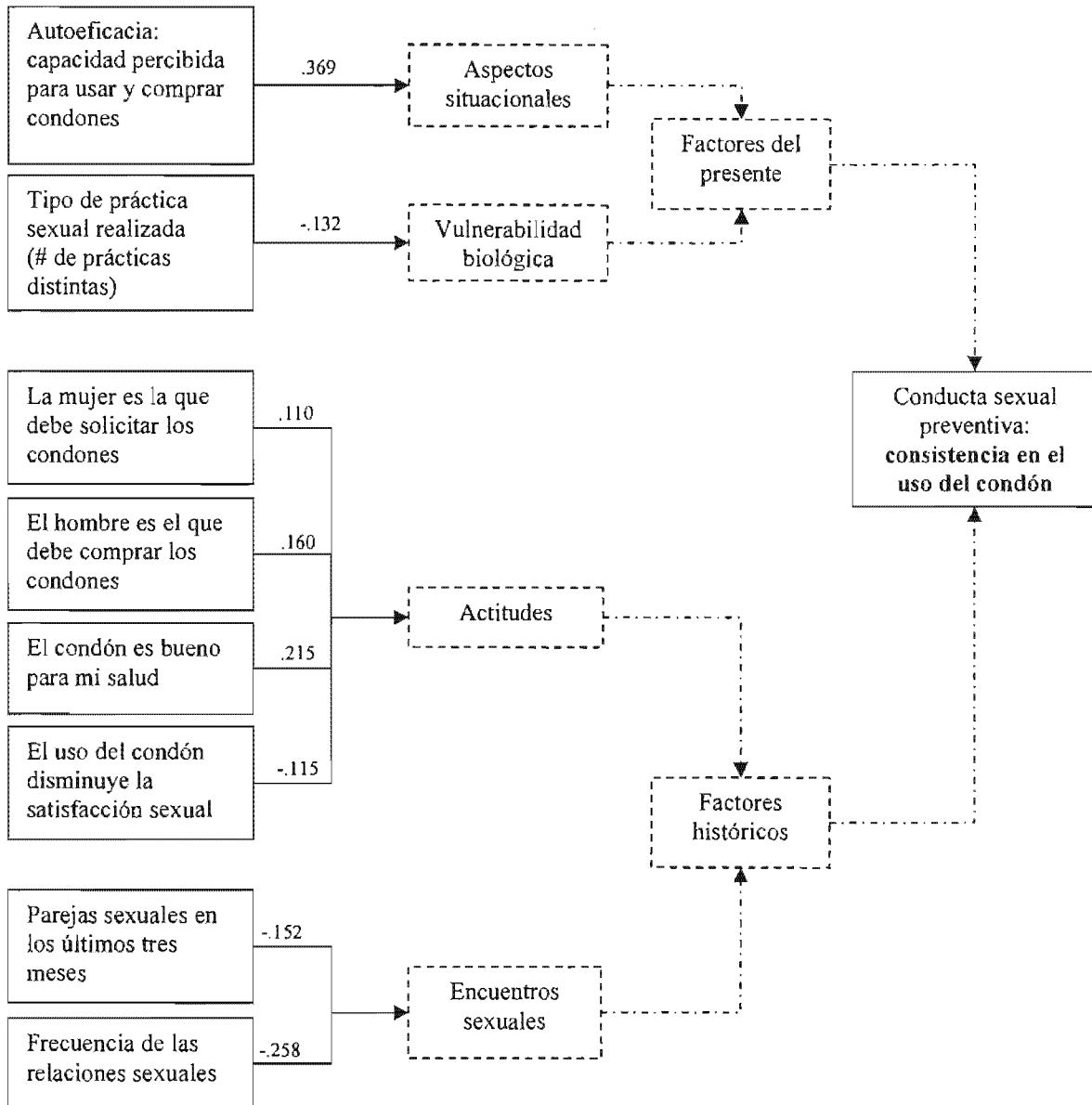
Los resultados anteriores indican que son más consistentes para usar el condón aquellos que perciben que tienen la capacidad para usar y comprar condones y los que han realizado una menor variedad de prácticas sexuales, el tener una mayor variedad de parejas sexuales no se relaciona con ser consistente en el uso del condón.

Los factores históricos que influyen en el comportamiento sexual preventivo son la información específica que se tiene sobre el VIH/SIDA (conocimientos), las actitudes hacia el uso del condón y la historia de los encuentros sexuales. El análisis de correlación entre estas variables muestra que ninguna de las tres áreas de conocimientos sobre VIH/SIDA evaluadas se correlacionó con la consistencia en el uso del condón. La actitud hacia el uso del condón se correlacionó positivamente con el uso consistente del condón en los reactivos que indican que la mujer es la que debe solicitar el condón ( $r=.110, p<.05$ ), el hombre es el que debe comprar los condones ( $r=.160, p<.01$ ) y el uso del condón es bueno para la salud ( $r=.215, p<.01$ ), y negativamente con el que indica que el uso del condón disminuye la satisfacción sexual ( $r=-.115, p<.01$ ). En otras palabras, una actitud favorable hacia el uso del condón se relaciona con el uso consistente del condón.

De las variables evaluadas en relación con los encuentros sexuales se observó que la consistencia en el uso del condón se correlacionó negativamente con el número de parejas que los estudiantes han tenido en los últimos tres meses ( $r=-.152, p<.01$ ) y con la frecuencia de sus relaciones sexuales en los últimos tres meses ( $r=-.258, p<.01$ ), lo que indica que los estudiantes son más consistentes para usar el condón cuando tienen menos parejas sexuales y una menor frecuencia de sus relaciones sexuales. La consistencia en el uso del condón no se correlacionó con el número de parejas sexuales que los estudiantes han tenido en toda la vida ni con la edad de inicio de su debut sexual. En el Cuadro No. 5.1 se

ilustra gráficamente las correlaciones que resultaron significativas con la consistencia en el uso del condón.

Cuadro No. 5.1  
Variables del modelo que correlacionaron con la consistencia en el uso del condón



Los resultados muestran que la autoeficacia percibida para usar y comprar condones se relacionó con una actitud favorable hacia el condón, ya que se correlacionó negativamente con el reactivo que indica que el condón disminuye la satisfacción sexual ( $r=-.256$ ,  $p=.01$ ) y positivamente con el que indica que el

condón es bueno para la salud ( $r=.152$ ,  $p=.01$ ); también se relacionó con dos variables conductuales que forman parte de los factores históricos, encontrándose que entre menor es el número de parejas sexuales en los últimos tres meses ( $r=-.133$ ,  $p=.01$ ) y menor la frecuencia de las relaciones también en los últimos tres meses ( $r=-.143$ ,  $p=.01$ ) es mayor el nivel de autoeficacia percibida para usar y comprar condones. El tipo de práctica sexual realizada, medida en términos del número de prácticas sexuales distintas realizadas, se correlacionó positivamente con dos variables conductuales: el número de parejas sexuales en los últimos tres meses ( $r=.160$ ,  $p=.01$ ) y con la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo ( $r=.223$ ,  $p=.01$ ), no se correlacionó con la actitud hacia el condón. Al determinar la relación entre actitudes e historia de encuentros sexuales se encontró que solamente el reactivo que señala que el uso del condón disminuye la satisfacción sexual se correlacionó positivamente con la frecuencia de las relaciones sexuales ( $r=.103$ ,  $p=.05$ ).

En suma, las variables que se correlacionaron con la consistencia en el uso del condón fueron autoeficacia percibida para usar y comprar condones, actitud hacia el uso del condón, tipo de práctica sexual realizada, número de parejas sexuales en los últimos tres meses y frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses.

#### *Relación entre variables con la frecuencia del uso de condón*

Con el propósito de evaluar si la relación entre variables sufría algún cambio dependiendo de la medida utilizada sobre la conducta sexual preventiva, se realizó el mismo tipo de análisis de correlación entre variables tomando como medida del comportamiento preventivo ya no el índice de consistencia en el uso del condón sino la frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses.

Los factores de la fase del *presente* que se correlacionaron positivamente con la frecuencia del uso del condón fueron la autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del SIDA ( $r=.107$ ,  $p<.01$ ), autoeficacia percibida para usar correctamente el condón

bajo estados disposicionales de riesgo ( $r=.112$ ,  $p<.01$ ), tener relaciones sexuales con la pareja estable ( $\rho=.122$ ,  $p<.01$ ), tener un mayor número de prácticas distintas realizadas ( $r=.180$ ,  $p<.01$ ), haber tenido relaciones orales ( $\rho=.182$ ,  $p<.01$ ) y haber practicado la masturbación con la pareja ( $\rho=.162$ ,  $p<.01$ ), sólo se correlacionó negativamente con tener relaciones sexuales con sexoservidores ( $\rho=-.101$ ,  $p<.01$ ).

De las variables definidas en la fase del *pasado* se encontró que la frecuencia del uso del condón no se correlacionó con ninguna de las áreas de conocimientos evaluadas ni con la actitud hacia el uso del condón, la planificación de las relaciones sexuales y monogamia. El uso frecuente del condón se correlacionó positivamente con el número de parejas sexuales que los estudiantes han tenido en toda la vida ( $r=.145$ ,  $p<.01$ ), en los últimos tres meses ( $r=.155$ ,  $p<.01$ ) y con la frecuencia de las relaciones sexuales que han tenido en los últimos tres meses ( $r=.723$ ,  $p<.01$ ), pero se correlacionó negativamente con la edad del debut sexual ( $r=-.135$ ,  $p<.01$ ).

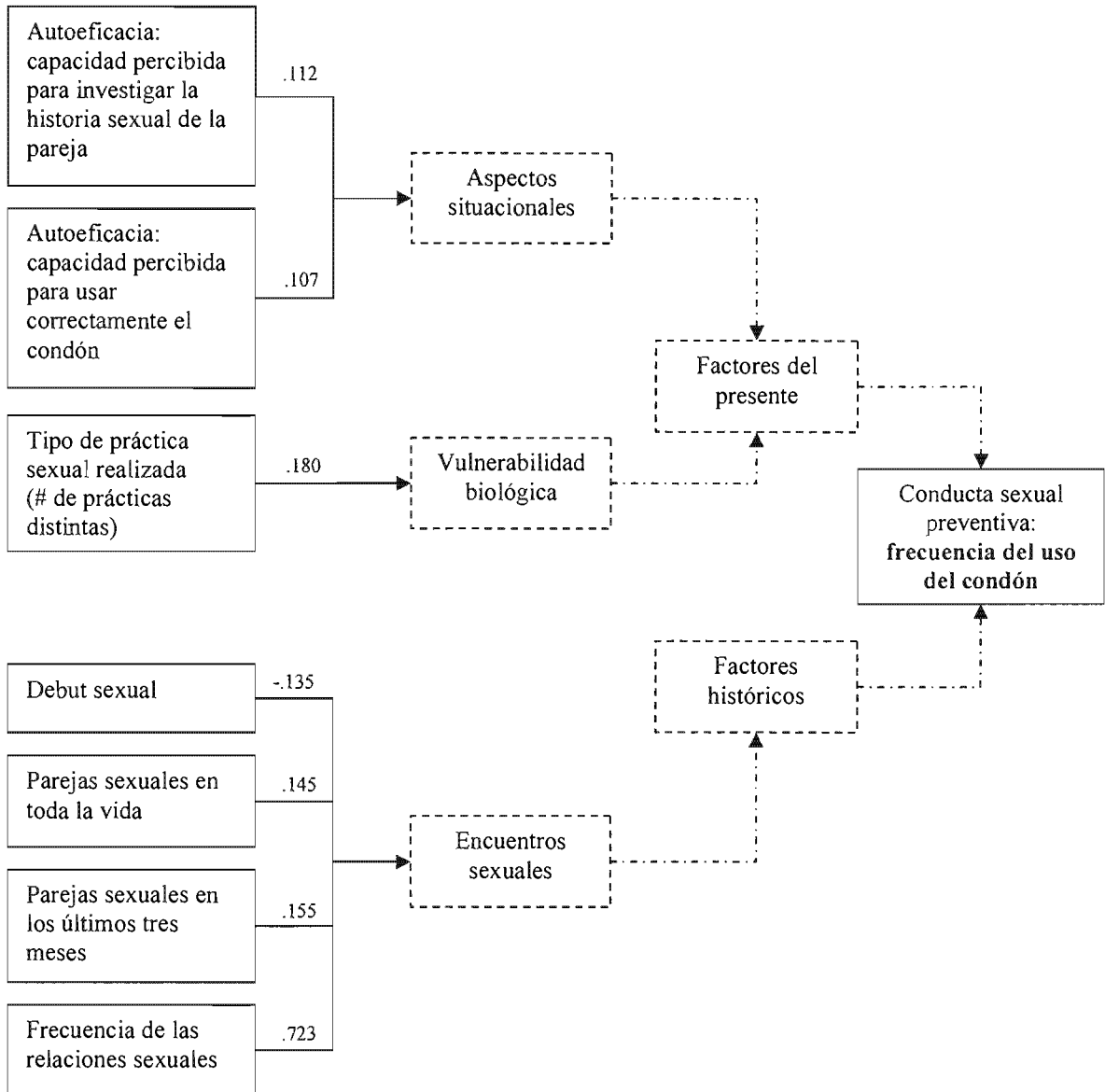
Lo anterior indica que los estudiantes que usan más frecuentemente el condón tienen niveles más altos de autoeficacia para investigar la historia sexual de la pareja sexual y para usar correctamente el condón, son los que tienen relaciones sexuales sólo con su pareja estable y no las tienen con sexoservidores, y son los que realizan una mayor diversidad de prácticas y mayor frecuencia de las relaciones sexuales, pero también son los que han tenido un mayor número de parejas sexuales en toda la vida y en los últimos tres meses y los que iniciaron su debut sexual a edades más tempranas. En el Cuadro No. 5.2 se ilustra gráficamente el resultado obtenido de estos análisis con los valores de las correlaciones resultantes.

#### *Relación entre factores del presente y factores históricos del modelo*

Para determinar la relación entre las variables consideradas como parte de la fase del *presente* y aquellas definidas en la fase del *pasado*, se calculó la correlación

entre las variables que tuvieron una asociación con la consistencia en el uso del condón.

Cuadro No. 5.2  
Variables del modelo que correlacionaron con la frecuencia del uso del condón



Para los factores del *presente* se consideraron las variables de autoeficacia percibida para usar y comprar condones y el tipo de práctica sexual realizada (diversidad de las prácticas sexuales); para los factores del *pasado* la actitud hacia

el uso del condón, el número de parejas sexuales en los últimos tres meses y la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo.

En síntesis, considerando las variables de tipo conductual se encontró que el número de parejas sexuales en los últimos tres meses y la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo se relacionaron negativamente con la autoeficacia; la frecuencia de las relaciones sexuales se relacionó con una actitud desfavorable sobre el condón; el número de prácticas distintas realizada se relacionó con un menor nivel de autoeficacia para usar y comprar condones, un mayor número de parejas sexuales y mayor frecuencia de las relaciones sexuales, no se relacionó con la actitud hacia el uso del condón. Entre los factores de tipo cognitivo se encontró una relación entre autoeficacia percibida para usar y comprar condones y una actitud favorable hacia el uso del condón, sin embargo una actitud desfavorable hacia el uso del condón se relacionó con una mayor frecuencia de las relaciones sexuales.

#### *Predictores del uso consistente de condón*

Para determinar las variables que resultan ser los mejores predictores del uso consistente del condón se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos por el método de *Stepwise*. Se consideraron en dicho análisis sólo las variables que se correlacionaron con el uso consistente del condón, las cuales fueron: autoeficacia percibida para usar y comprar condones, actitud hacia el uso del condón, número de parejas sexuales en los últimos tres meses y frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses; el tipo de práctica sexual también se consideró creando una nueva variable que reflejó la suma de prácticas sexuales diferentes realizadas.

Los resultados muestran que los mejores predictores del uso consistente del condón fueron la autoeficacia percibida para usar y comprar condones, frecuencias bajas de relaciones sexuales y una actitud favorable hacia el uso del condón que considera que éste es bueno para la salud (véase Tabla No. 5.13).



Tabla No. 5.13

Predictores estadísticamente significativos de la consistencia en el uso del condón en toda la muestra sexualmente activa

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	sig.
Autoeficacia percibida para usar y comprar condones	.151	.388	7.513	<.001
Autoeficacia percibida para usar y comprar condones	.215	.257	7.123	<.001
Frecuencia de las relaciones sexuales		-.255	-5.095	<.001
Autoeficacia percibida para usar y comprar condones	.231	.334	6.613	<.001
Frecuencia de las relaciones sexuales		-.257	-5.175	<.001
Actitud hacia el uso del condón (es bueno para mi salud)		.129	2.575	=.01

Para determinar las diferencias debidas al sexo, se realizó este mismo análisis de regresión múltiple por separado para hombres y mujeres. Los resultados indican que los mejores predictores del uso consistente del condón en los hombres fueron frecuencias bajas de las relaciones sexuales y mayor autoeficacia percibida para usar y comprar condones (véase Tabla No. 5.14), mientras que para las mujeres los mejores predictores fueron primero autoeficacia percibida para usar y comprar condones, después frecuencias bajas de las relaciones sexuales y por último una actitud favorable hacia el uso del condón (el condón es bueno para mi salud y la mujer es la que debe solicitar el condón al tener relaciones sexuales) (véase Tabla No. 5.15).

Tabla No. 5.14

Predictores estadísticamente significativos de la consistencia en el uso del condón en hombres sexualmente activos

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	sig.
Frecuencia de las relaciones sexuales	.146	-.382	-4.331	<.001
Frecuencia de las relaciones sexuales	.225	-.324	-3.760	<.001
Autoeficacia percibida para usar y comprar condones		.288	3.346	=.001

Tabla No. 5.15

Predictores estadísticamente significativos de la consistencia en el uso del condón en mujeres sexualmente activas

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	sig.
Autoeficacia percibida para usar y comprar condones	.208	.456	7.347	<.001
Autoeficacia percibida para usar y comprar condones	.257	.440	7.286	<.001
Frecuencia de las relaciones sexuales		-.223	-3.690	<.001
Autoeficacia percibida para usar y comprar condones	.276	.419	6.941	<.001
Frecuencia de las relaciones sexuales		-.219	-3.661	<.001
El condón es bueno para mi salud		.138	2.294	<.05
Autoeficacia percibida para usar y comprar condones	.291	.406	6.731	<.001
Frecuencia de las relaciones sexuales		-.221	-3.722	<.001
El condón es bueno para mi salud		.138	2.312	<.05
La mujer es la que debe solicitar el uso del condón		.125	2.102	<.05

Dado que en todos los casos el mejor predictor del uso consistente del condón resultó ser la autoeficacia percibida para usar y comprar condones, se realizó un análisis de regresión múltiple para investigar el poder predictivo de las variables que se correlacionaron con la autoeficacia. Se consideraron en este análisis la actitud hacia el uso del condón, el número de prácticas distintas realizadas, el número de parejas sexuales en los últimos tres meses y la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo. Los resultados indican que los mejores predictores de la autoeficacia percibida para usar y comprar condones fueron una actitud favorable hacia el condón, una menor diversidad de prácticas sexuales y menor número de parejas sexuales, la frecuencia de las relaciones sexuales no quedó dentro del modelo predictivo (véase Tabla No. 5.16).

Tabla No. 5.16  
Predictores estadísticamente significativos de la autoeficacia  
percibida para usar y comprar condones

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	sig.
El condón disminuye la satisfacción sexual	.078	-.280	-6.991	<.001
El condón disminuye la satisfacción sexual	.111	-.255	-6.414	<.001
El condón es bueno para mi salud		.181	4.559	<.001
El condón disminuye la satisfacción sexual	.140	-.234	-5.936	<.001
El condón es bueno para mi salud		.175	4.482	<.001
Tipo de prácticas sexuales realizadas (# de prácticas distintas)		-.173	-4.428	<.001
El condón disminuye la satisfacción sexual	.156	-.225	-5.760	<.001
El condón es bueno para mi salud		.182	4.692	<.001
Tipo de prácticas sexuales realizadas (# de prácticas distintas)		-.156	-4.001	<.001
Número de parejas sexuales en los últimos tres meses		-.130	-3.339	=.001

#### *Predictores de la frecuencia del uso de condón*

También se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos por el método de *Stepwise* para determinar los predictores de la frecuencia del uso del condón. Los resultados muestran, para toda la muestra sexualmente activa, que el único predictor fue la frecuencia de las relaciones sexuales ( $R^2=.572$ ,  $\beta=.756$ ,  $t=23.373$ ,  $p<.001$ ). Sin embargo, al realizar el análisis de regresión múltiple por separado para las variables involucradas en los factores del presente y en los factores históricos, se encontró que los mejores predictores, para el primer caso, fueron el

total de prácticas sexuales diferentes realizadas y la autoeficacia percibida para usar correctamente el condón, y para los factores históricos el único predictor fue la frecuencia de las relaciones sexuales (véase Tabla No. 5.17).

En la medida en que la frecuencia del uso del condón se correlacionó fuertemente con la frecuencia de las relaciones sexuales ( $r=.723$ ,  $p<.01$ ), se consideró importante sacar esta variable del modelo de predicción; los resultados muestran que los mejores predictores de la frecuencia del uso del condón fueron tener un mayor número de parejas sexuales en los últimos 3 meses, un mayor número de prácticas sexuales distintas realizadas y una mayor autoeficacia para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo (véase Tabla No. 5.18).

Tabla No. 5.17

Predictores estadísticamente significativos de la frecuencia del uso del condón para factores del presente y factores históricos

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	sig.
<b>Factores del presente</b>				
Tipo de prácticas sexuales realizadas (# de prácticas distintas)	.033	.182	3.875	<.001
Tipo de prácticas sexuales realizadas (# de prácticas distintas)		.183	3.908	<.001
Autoeficacia para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo	.046	.113	2.412	=.01
<b>Factores históricos</b>				
Frecuencia de las relaciones sexuales	.523	.723	21.771	<.001

Tabla No. 5.18

Predictores estadísticamente significativos de la frecuencia del uso del condón sin considerar la variable de frecuencia de las relaciones sexuales

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	sig.
Parejas sexuales en los últimos tres meses	.044	.210	4.370	<.001
Parejas sexuales en los últimos tres meses		.183	3.781	<.001
Tipo de práctica sexual realizada (# de prácticas distintas)	.070	.162	3.361	=.001
Parejas sexuales en los últimos 3 meses		.173	3.584	<.001
Tipo de práctica sexual realizada (# de prácticas distintas)	.080	.165	3.424	=.001
Autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo		.102	2.145	<.05

Este mismo análisis se realizó por separado para hombres y mujeres, sin considerar la frecuencia de las relaciones sexuales, y se encontró que para los

hombres los mejores predictores fueron el número de parejas sexuales en toda la vida y la autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la pareja, mientras que para las mujeres los mejores predictores fueron tipo de práctica sexual realizada (número de prácticas sexuales distintas) y parejas sexuales en los últimos tres meses (véase Tabla No. 5.19).

Tabla No. 5.19

Predictores estadísticamente significativos de la frecuencia del uso del condón, por separado para hombres y mujeres, sin considerar la variable de frecuencia de las relaciones sexuales

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	sig.
<b>Hombres</b>				
Parejas sexuales en toda la vida	.061	.248	3.238	<.001
Parejas sexuales en toda la vida	.094	.278	3.636	<.001
Autoeficacia para investigar la historia sexual de la pareja		.182	2.377	=.001
<b>Mujeres</b>				
Tipo de práctica sexual realizada (# de prácticas distintas)	.046	.214	.3.459	=.001
Tipo de práctica sexual realizada (# de prácticas distintas)	.076	.179	2.888	=.004
Parejas sexuales en los últimos 3 meses		.176	2.840	=.005

Al comparar los análisis de regresión múltiple realizados con la consistencia del uso del condón y con la frecuencia de su uso, se encontró que las variables predictoras del uso consistente del condón fueron autoeficacia percibida para usar y comprar condones, frecuencias bajas de las relaciones sexuales y actitud favorable hacia el condón, mientras que para la frecuencia del uso del condón fueron mayor número de parejas sexuales en los últimos tres meses, mayor diversidad de prácticas sexuales realizadas y mayor autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo. El valor de la  $R^2$  para el primer caso fue de .231, que indica que la consistencia del uso del condón es explicada en un 23.1% por las tres variables que quedaron en el modelo, mientras que la  $R^2$  para la frecuencia del uso del condón fue de .080, que indica que esta medida del uso del condón es explicada en un 8% por las tres variables que entraron en el modelo. Por tanto, la consistencia del uso del condón es una medida más sensible que la frecuencia del uso del condón.

## Resumen de resultados

En relación con las variables del modelo que forman parte de la fase del presente se encontró que fueron más autoeficaces para prevenir el SIDA las mujeres, los estudiantes de las carreras de Enfermería y Odontología y los que nunca han tenido relaciones sexuales. Sin embargo, los hombres y quienes ya han tenido relaciones sexuales fueron más autoeficaces para investigar la historia sexual de su pareja y para usar correctamente el condón cuando han bebido alcohol o consumido alguna droga, mientras que los que no han tenido relaciones sexuales fueron más autoeficaces para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas y desconocidas y para usar y comprar condones. La práctica sexual que más realizan los estudiantes es el sexo con penetración vaginal, siguiéndole sexo oral, masturbación con la pareja y en menor proporción el sexo anal; en todos los casos, excepto en relaciones vaginales, la proporción de hombres fue mayor que la de las mujeres. La mayor parte de los estudiantes han tenido relaciones sexuales con su pareja estable, sin embargo, una proporción importante las ha tenido con parejas ocasionales y con amistades y en menor proporción con desconocidos y sexoservidores. Respecto a las variables que forman parte de la fase del *pasado* se encontró que los hombres, comparados con las mujeres, inician su debut sexual a edades más tempranas y tienen un mayor número de parejas sexuales, sin embargo, son ellos los que muestran mayor consistencia en el uso del condón.

Se encontró que las variables evaluadas correlacionaron de manera distinta dependiendo del tipo de medida de la conducta sexual preventiva. La medida de la consistencia en el uso del condón correlacionó positivamente con la autoeficacia percibida para usar y comprar condones y con la actitud hacia el uso del condón, y correlacionó negativamente con el tipo de práctica realizada, el número de parejas sexuales y frecuencias de las relaciones sexuales; no se correlacionó con el tipo de pareja sexual, con la edad del debut sexual ni con el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. En cambio, la frecuencia del uso del condón correlacionó positivamente con la autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la

pareja y hablar con ella sobre la prevención del SIDA, autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo, tipo de práctica realizada, tipo de pareja sexual, frecuencia de las relaciones sexuales y número de parejas sexuales, y se correlacionó negativamente con la edad del debut sexual; no se correlacionó con el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA ni con la actitud hacia el uso del condón.

Las variables predictoras del uso consistente del condón fueron autoeficacia percibida para usar y comprar condones, frecuencias bajas de relaciones sexuales y actitud favorable hacia el condón, mientras que para la frecuencia del uso del condón los predictores fueron mayor número de parejas sexuales en los últimos tres meses, mayor diversidad de prácticas sexuales realizadas y mayor autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo. Las variables predictoras de la autoeficacia percibida para usar y comprar condones fueron una actitud favorable hacia el condón, menor diversidad de prácticas sexuales y menor número de parejas sexuales.

Como conclusión general de este estudio se puede señalar que las variables predictoras del comportamiento sexual preventivo fueron tanto cognoscitivas como conductuales y correspondieron tanto a los factores de la fase del presente como a los que corresponden a la fase del pasado del modelo evaluado. Las variables predictoras cambiaron en función de la medida del comportamiento sexual preventivo utilizada. De ambas medidas la consistencia resultó ser un indicador más sensible, con valores de  $R^2$  más robustos que indican un mayor porcentaje de la varianza explicada, por tanto, basándose en este indicador, el presente estudio muestra que las variables que predicen el comportamiento sexual preventivo son la autoeficacia percibida para usar y comprar condones, frecuencias bajas de relaciones sexuales y una actitud favorable hacia el condón.

## DISCUSIÓN

El presente estudio se diseñó con dos propósitos, por un lado, determinar en qué medida las variables cognitivas y conductuales definidas en el modelo de prevención del VIH/SIDA de Bayés (1992b) se relacionan con el comportamiento sexual preventivo, y por el otro, investigar si hay algún cambio en la relación entre las variables evaluadas al cambiar la medida del comportamiento sexual preventivo utilizada. Las variables cognitivas evaluadas fueron autoeficacia percibida para prevenir el SIDA, conocimientos sobre VIH/SIDA y actitudes hacia el uso del condón, planificación de las relaciones y monogamia. Las variables conductuales fueron tipo de pareja sexual que los estudiantes han tenido, tipo de práctica sexual que han realizado, frecuencia de sus relaciones sexuales en los últimos tres meses, número de parejas sexuales que han tenido en toda la vida y en los últimos tres meses y edad de inicio de sus relaciones sexuales. Las dos medidas del comportamiento sexual preventivo utilizadas para analizar si éste se relaciona con las variables evaluadas fueron: frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses y consistencia en el uso del condón (proporción de encuentros sexuales protegidos).

La discusión de los hallazgos de este estudio se organiza analizando, en primera instancia, los resultados obtenidos con las distintas medidas utilizadas sobre la conducta de uso del condón –las cuales son referidas como conducta sexual preventiva–, resaltando la importancia del uso consistente del condón como la medida más adecuada del comportamiento sexual preventivo; en un segundo momento se analizan los resultados obtenidos en cada una de las variables del modelo evaluado y su relación con la conducta sexual preventiva; finalmente, se aborda el análisis de los resultados más importantes que se obtuvieron sobre los determinantes de la conducta sexual preventiva y los cambios observados como producto de las medidas utilizadas de la conducta de uso del condón.

## Conducta sexual preventiva

El uso correcto y consistente del condón ha sido considerada la única forma efectiva de prevenir por vía sexual la transmisión del VIH/SIDA (CENSIDA, 2004), de ahí que la mayoría de los estudios enfocados hacia la prevención de este problema de salud, utilicen como medida principal de su variable dependiente el uso del condón (Crosby, 1998; Sheeran, Abraham y Orbell, 1999). Aún cuando el condón de látex es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH (CENSIDA, 2004; Del Río y Uribe, 1995; Kaplan et al., 2001) su uso correcto y consistente es lo que garantiza la prevención del VIH (CENSIDA, 2004), por tanto, la evaluación de esta conducta sexual preventiva tendría que considerar ambos aspectos, usarlo correctamente y usarlo en todas y cada una de las relaciones sexuales que se tengan. Sin embargo, aún cuando en diversos estudios se ha evaluado su uso en las relaciones sexuales en general y/o en la última relación sexual, la medida que más se ha utilizado ha sido la frecuencia y pocos han utilizado la consistencia, entendida esta última como una proporción de encuentros sexuales protegidos (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999). En este estudio se utilizaron ambas medidas, frecuencia y consistencia, pero además se utilizaron medidas dicotómicas que consideraron el uso del condón en general, en la última relación sexual y en 4 prácticas sexuales diferentes. Los resultados obtenidos sobre cada uno de estos indicadores muestran información diferente sobre la proporción de estudiantes que están en riesgo de adquirir el VIH o de tener algún embarazo no deseado por no usar el condón en sus relaciones sexuales.

En relación con el uso del condón en las relaciones sexuales en general, se encontró que el 77.8% de los estudiantes sexualmente activos reportaron usar el condón ante la pregunta "¿cuando tienes relaciones sexuales utilizas el condón?", este porcentaje disminuyó al 71.9% cuando la pregunta realizada fue "en tu última relación sexual ¿utilizaste condón?", pero la disminución fue aún mayor cuando la pregunta hizo referencia al uso del condón cuando se tienen relaciones con penetración vaginal (61.3%), con penetración anal (38.4%) y relaciones orales (11.2%). Resultados semejantes fueron reportados por Smith, Carlin, Cauce y



Tenner (2001) con 272 jóvenes sexualmente activos entre los 12 y 22 años de edad, ya que el 90% reportó usar el condón en sus relaciones sexuales en general y el 41.3% lo usó al tener relaciones con penetración vaginal. Los datos del presente estudio están indicando una proporción diferente de estudiantes que están en riesgo de algún embarazo o de adquirir alguna infección de transmisión sexual por no usar el condón. ¿Cuál de estos indicadores sería el más adecuado? Presumiblemente ninguno, ya que ninguno de los tres proporciona información sobre el uso consistente del condón, sin embargo, sugieren la necesidad de evaluar el uso del condón en cada práctica sexual. Si sólo se atendiera al indicador sobre el uso o no del condón en general, en este estudio se estaría llegando a la conclusión de que sólo un 22% de los estudiantes estarían en riesgo por no usar protección, pero si se analiza el indicador de uso del condón en cada práctica sexual la proporción aumentaría hasta un 62% por no usar el condón al tener sexo anal.

En la medida en que empíricamente se ha demostrado la efectividad del uso del condón para prevenir la infección por VIH en estudios prospectivos con parejas discordantes (De Vincenzi, 1994; Saracco, Musicco y Nicolosi, 1993), evaluar el uso del condón en cada práctica sexual tiene especial relevancia, ya que las posibilidades de transmisión del VIH son mayores al tener sexo anal, siguiéndole el sexo con penetración vaginal y en último lugar el sexo oral (Cohen y Miller, 1998; Edwards y Carne, 1998). Los resultados de este estudio muestran una mayor proporción de estudiantes que usaron el condón en relaciones con penetración vaginal, siguiéndole relaciones anales y en último lugar el sexo oral, en los dos primeros casos la proporción de hombres fue significativamente mayor que la de las mujeres, el sexo no tuvo un efecto significativo en la práctica de sexo oral protegido. Los estudios realizados con poblaciones de jóvenes heterosexuales (Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al., 2004; Robles y Moreno, 2000), con adolescentes gay y bisexuales (Rotheram-Borus, Reid, Rosario y Kasen, 1995) y con adolescentes que no tienen hogar (Smith et al., 2001) muestran que el uso del condón es mayor en relaciones sexuales anales que en las orales. Estos datos y los del presente estudio sugieren la necesidad de considerar en los programas de

prevención del VIH/SIDA dirigidos a distintas poblaciones, el uso del condón en cada práctica sexual, particularmente se sugiere promover el uso de condones gruesos y con suficiente lubricante para el sexo anal y condones delgados con saborizante artificial para la práctica de sexo oral (PROFECO, 2004), de tal manera que puedan resultar atractivos para la pareja en cuestión.

Atendiendo a las diferencias por sexo encontradas en este estudio, el análisis de los porcentajes de estudiantes que reportaron usar el condón –ya sea en las relaciones sexuales en general, en la última relación sexual o en distintas prácticas sexuales–, muestra que los hombres usan más el condón que las mujeres. Este es un resultado que también ha sido reportado en otros estudios (Ao, Sam, Manongi et al, 2003; Baele, Dusseldorf y Maes, 2001; Caballero y Villaseñor, 2001; Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Gayet et al., 2003; Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al., 2004; Robles y Moreno, 2000; Wiggers, De Wit, Gras et al., 2003) y en algunos casos se ha interpretado en términos de los patrones culturalmente asignados al hombre y la mujer, ya que algunos estudios muestran que el poder de decisión descansa más en el hombre que en la mujer (Castro, 2000; Del Río, Liguori, Magis, Valdespino et al.; 1995), que ellos son los que deciden qué hacer y cómo hacerlo en el terreno sexual (Blanc, 2001; Coker, 2000; Coker y Richter, 1998; Fischbach y Herbert, 1997; Maman y Campbell, 2000), que las mujeres difícilmente pueden exigir a su pareja tener sexo protegido (Du Guerny, 1993) y que ellas tienen temor de que su pareja las rechace si no aceptan sus condiciones en el terreno sexual (Gebhardt, Kuyper y Greunsvan, 2003). Algunas investigaciones sobre el desarrollo de habilidades de negociación en parejas heterosexuales (Iwuagwu, Ajuwon y Olaseha, 2000; Lam, Mak, Lindsay y Russel, 2004; Nyanzi, Pool y Kinsan, 2000; Taylor, 1995; Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smyth, 2004) responden a esta diferencia en el uso del condón entre hombres y mujeres, sugiriendo incorporar en los programas de prevención del VIH/SIDA y otras ITS, un entrenamiento en habilidades para negociar el uso del condón.

La frecuencia del uso del condón, por su parte, no proporciona por sí sola información que permita determinar el grado en que los estudiantes están en riesgo por no usar el condón, sólo permite analizar las diferencias entre distintos grupos. En este estudio se encontró que el condón se usa en promedio 5.5 veces en tres meses y no se encontraron diferencias por sexo, lo que estaría indicando que tanto los hombres como las mujeres utilizan con la misma frecuencia el condón. Al comparar este indicador con la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses se encuentra que es menor, tanto en hombres como en mujeres, la frecuencia del uso del condón que la frecuencia de las relaciones sexuales, aproximadamente 5 de cada 9 encuentros sexuales son protegidos. Si estos valores se convirtieran a una escala ordinal de *siempre*, *casi siempre*, *algunas veces*, *casi nunca* y *nunca*, ¿en cuál de estas opciones se ubicarían los estudiantes de este estudio? Evidentemente quedarían fuera las opciones de *siempre* y *nunca*, sin embargo, en la medida en que el indicador refleja un promedio de más de 300 estudiantes, es posible que algunos de ellos nunca haya utilizado el condón y otros más lo hayan utilizado en cada encuentro sexual que tuvieron en los últimos tres meses.

Cuando la frecuencia del uso del condón se evalúa utilizando este tipo de escalas ordinales (por ejemplo, Abdullah, Fielding, Hedley et al., 2002; Alfaro, Harada y Díaz-Loving, 2000; Ao, Sam, Manongi et al, 2003; Baele, Dusseldorf y Maes, 2001; Caballero y Villaseñor, 2001; Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000; Chan, Cheung, Gray et al., 2004; Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002; Gebhardt, Kuyper y Greusven, 2003; Lam, Mak, Lindsay y Russell, 2004; Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al., 2004; Piña, 2004; Thato, Charron-Prochownik, Dorn et al., 2003; Villagrán, Alfaro y Torres, 2004), el investigador no tiene la seguridad de que los sujetos estén considerando la cantidad de veces que han tenido relaciones sexuales y la cantidad de veces que han usado el condón, la valoración que hagan de su propio comportamiento, además de estar influenciada por problemas de memoria, comprensión y/o deseabilidad social (Geary, Tchupo, Jonson, Cheta y Nyama, 2003; Fishbein y Pequegnat, 2000), podría responder a principios generales y no a instancias

específicas de su comportamiento (Jaccard y Wan, 1995). Por tanto, una manera de disminuir este problema de validez implicado en las medidas de autoreporte de la conducta de uso del condón, es evitando el uso de escalas nominales (sí o no) y ordinales (siempre, ocasionalmente, nunca) y obtener información sobre el número de veces que se utilizó el condón en un tiempo relativamente corto (Jaccard y Wan, 1995).

De acuerdo con lo anterior, en este estudio la medida sobre la consistencia en el uso del condón se obtuvo dividiendo el número de veces que se usó el condón en los últimos tres meses entre el número de veces que se tuvieron relaciones sexuales en el mismo periodo, obteniéndose para cada sujeto la proporción de encuentros sexuales protegidos, de esta forma, los estudiantes que usaron consistentemente el condón fueron aquellos que obtuvieron un valor de 1.0 en este índice, que indica que el condón fue utilizado en el 100% de las relaciones sexuales que se tuvieron en los últimos tres meses previos a este estudio. Los resultados muestran que el 52% de los estudiantes utilizaron consistentemente el condón, o bien, que el 48% está en riesgo de adquirir el VIH o alguna otra ITS por no usar el condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales.

Utilizando el mismo indicador, Crosby, Yarber, Sanders y Graham (2004) encontraron una proporción menor (30.3%) de estudiantes universitarios entre los 18 y 24 años de edad que utilizaron el condón consistentemente; posiblemente esta diferencia entre los porcentajes de estudiantes se deba a que estos autores evaluaron la consistencia del uso del condón referida únicamente a las relaciones sexuales con penetración vaginal, ya que el periodo utilizado como marco de referencia fue el mismo que se utilizó en el presente estudio (los últimos 3 meses), lo cual podría sugerir que la consistencia varía dependiendo del tipo de práctica sexual. Sin embargo, el estudio reportado por Crosby, DiClemente, Wingood et al. (2003) muestra un porcentaje semejante (51%) al de este estudio, de jóvenes que reportaron usar el condón consistentemente, a pesar de haber trabajado sólo con mujeres, de haber evaluado la consistencia referida sólo al sexo con penetración vaginal y de haber utilizado un periodo de tiempo más largo (los últimos 6 meses)

como marco de referencia para los participantes. Este análisis sugiere investigar si es necesario evaluar el uso consistente del condón en cada práctica sexual o si es suficiente con evaluarlo de la forma en la que se hizo en el presente estudio.

Las diferencias por sexo también se encontraron con esta medida del uso consistente del condón, ya que el 62.8% de los hombres y el 45.3% de las mujeres lo utilizaron en el 100% de sus encuentros sexuales. Es importante recordar que el índice de consistencia se calculó considerando la frecuencia del uso del condón y la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses, el análisis de cada uno de estos indicadores por separado muestra que no se encontraron diferencias por sexo, es decir, tanto hombres como mujeres en los últimos tres meses previos al estudio tuvieron un número semejante de relaciones sexuales y también usaron el condón en aproximadamente el mismo número de veces, pero el análisis individual del índice de consistencia permite ver cuántos de esos hombres y mujeres se protegieron en cada una de las relaciones sexuales que tuvieron en los últimos tres meses.

Además, la frecuencia del uso del condón y la frecuencia de las relaciones sexuales se correlacionaron en forma positiva, lo cual indica que entre más relaciones sexuales se tienen más se utiliza el condón, y es comprensible porque el uso del condón ocurre en una relación sexual y si aumenta la frecuencia del uso del condón forzosamente debe aumentar en la misma proporción la frecuencia de las relaciones sexuales, sin embargo, la frecuencia de las relaciones sexuales se correlacionó negativamente con la consistencia en el uso del condón, lo que indica que entre menos veces se tengan relaciones sexuales es más probable que todas sean protegidas. Williams, Ross, Bowen et al. (2001) realizaron un estudio con jóvenes afroamericanos heterosexuales que son consumidores de drogas y, aunque no evaluaron consistencia en el uso del condón, encontraron que el uso del condón varió dependiendo de la frecuencia de las relaciones sexuales que los jóvenes tuvieron en el último mes con la misma pareja sexual, es decir, el porcentaje de sujetos que reportó usar el condón en su última relación sexual disminuyó conforme aumentó la frecuencia de las relaciones sexuales.

En conjunto los datos sugieren que si una de las condiciones que se deben cumplir para lograr prevenir de manera efectiva la transmisión del VIH/SIDA es que el condón se use consistentemente (la otra es que se use correctamente), entonces se tendría que promover que los jóvenes tuvieran relaciones sexuales con menor frecuencia, lo cual resulta difícil si se consideran las tendencias crecientes en su actividad sexual (Gayet et al., 2003; Kaplan et al., 2001). De aquí la importancia de investigar la naturaleza de los factores que están relacionados con este comportamiento.

## **Factores del modelo que se relacionan con el uso de condón**

### **Factores del presente**

#### *Autoeficacia percibida para prevenir el SIDA*

De acuerdo con el modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992b), la autoeficacia forma parte de los *aspectos situacionales* que pueden facilitar o inhibir la práctica de comportamientos preventivos. Estos aspectos situacionales pueden ser de tres tipos: personales, ecológico-coyunturales y convencionales. La autoeficacia forma parte de los factores *personales* que “indican al sujeto... que al practicar determinado comportamiento preventivo o de riesgo, obtendrá determinadas consecuencias sensitivas, emocionales, cognitivas y biológicas” (Bayés, 1992b, pág. 38). La autoeficacia que tenga un sujeto en una interacción sexual específica, pasará a formar parte de su historia e influirá, por retroalimentación, en las interacciones sexuales que en un futuro se presenten. En concordancia con los postulados de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977), las experiencias sexuales específicas que un individuo tenga a lo largo de su vida, impactarán su nivel de autoeficacia en el terreno sexual.

En diversos trabajos se ha demostrado que la autoeficacia percibida para usar el condón está asociada con el uso del condón (Parsons, Halkitis, Bimbi y Borkowski, 2000; Rew, Fouladi y Yockey, 2002; Sieving, Resnick, Bearinger et al.,

1997; Soler, Quadagno, Sly et al., 2000; Wee, Barret, Lian et al., 2004), es decir, que quienes reportan tener niveles altos de autoeficacia para usar el condón son los que lo usan y quienes reportan niveles bajos de autoeficacia son los que se involucran en conductas sexuales de riesgo. En este trabajo se encontró que las mujeres son más autoeficaces que los hombres para usar correctamente el condón, sin embargo, son ellas las que más reportan no usarlo; se encontró también un mayor nivel de autoeficacia para prevenir el SIDA en aquellos estudiantes que nunca han tenido relaciones sexuales, lo que podría indicar que, contrario a lo que encontraron Joffe y Radiues (1993), no necesariamente la experiencia previa sobre comportamientos sexuales tiene un impacto en los niveles de autoeficacia para comportarse preventivamente.

Sin embargo, considerando indicadores más específicos sobre autoeficacia el resultado sugiere una vinculación entre ésta y la experiencia previa. El análisis de cada factor de la escala de autoeficacia utilizada en este estudio muestra que los que no han tenido experiencia sexual fueron más autoeficaces para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas y desconocidas y los que sí han tenido experiencia sexual fueron más autoeficaces para investigar la historia sexual de su pareja. En forma semejante, Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al. (2004) encontraron una mayor autoeficacia para usar correctamente el condón en estudiantes universitarios que ya habían tenido relaciones sexuales que en los que no tenían experiencia sexual y Meekers y Klein (2002) encontraron, en estudiantes de secundaria, que los que tenían experiencia en comprar y usar condones obtuvieron niveles más altos de autoeficacia percibida para usar correctamente el condón que los que nunca habían comprado y usado un condón.

Una posible explicación al problema de vinculación entre experiencia previa y autoeficacia es sugerida por Baele, Dusseldorf y Maes (2001). Estos autores señalan que es posible que los adolescentes que no han tenido experiencia sexual estén respondiendo a un sentimiento generalizado de autoeficacia o a las barreras más obvias para usar el condón –como pueden ser comprar condones o tener habilidades para usarlos–, mientras que los que sí han tenido relaciones sexuales

podrían estar respondiendo a experiencias muy específicas de sus relaciones íntimas, como podría ser el tener conocimiento sobre el poder que tiene la comunicación, la emoción y distintos aspectos sexuales de la relación sobre el uso del condón. El planteamiento anterior está relacionado con un problema en el nivel de generalidad que se utiliza para medir la autoeficacia. Por ejemplo, De Visser y Smith (2001) midieron autoeficacia de dos formas, la primera fue a través de un cuestionario de autoreporte que los estudiantes respondieron en un primer momento del estudio; la segunda fue a través de un registro que los participantes realizaban cada vez que tenían relaciones sexuales; encontraron que la autoeficacia fue un mejor predictor del uso del condón cuando ésta fue referida a la situación específica. En este sentido, para poder determinar con mayor precisión el papel que juega la autoeficacia como factor que facilita o inhibe el uso del condón, se requiere el desarrollo de medidas más confiables de este constructo, considerando su evaluación en distintos contextos y niveles de generalidad (Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000).

### *Tipo de pareja sexual*

El tipo de pareja que tienen los estudiantes es un elemento que forma parte de los aspectos situacionales de tipo *ecológico-coyuntural*, que pueden facilitar o inhibir la práctica de sexo protegido, ya que se vincula con el nivel de atracción que la pareja específica ejerce sobre el individuo (Bayés, 1992b). En este estudio se evaluó tener relaciones sexuales con pareja estable, con pareja ocasional teniendo una pareja estable, con amistades, con personas desconocidas y con sexoservidores, pero no se evaluó el nivel de atracción ni el uso del condón con cada una de ellas. Sin embargo, el estudio de Gebhardt et al. (2003) sugiere la existencia de un vínculo de atracción relacionado con el placer cuando se tienen relaciones sexuales con parejas casuales. Estos autores analizaron, en una muestra de 701 estudiantes entre los 15 y 23 años de edad, las diferencias entre estudiantes con pareja casual y con pareja estable en el grado de intimidad que tienen en su relación de pareja y en cuatro motivos para tener sexo con su pareja: para complacer a otros, para levantar el humor, para experimentar placer y para



expresar amor. Los resultados muestran que los que tienen relaciones sexuales con pareja casual tiene un menor grado de intimidad con su pareja y mayores motivos para tener sexo con ellas por placer; además, encontraron que el uso del condón es más frecuente en este tipo de estudiantes que en los que sólo han tenido pareja estable. En este mismo sentido, Fortenberry, Tu, Harezlak et al. (2002) encontraron que cuando los jóvenes tienen una nueva pareja es más probable que usen el condón en sus relaciones sexuales, pero conforme van percibiendo a su pareja como estable, baja la frecuencia del uso del condón.

Es importante señalar que en los estudios antes referidos no se proporciona información sobre el tipo de pareja casual de la que se trata. En este estudio se encontró que los que tienen relaciones con pareja estable no tienen relaciones con amistades ni con desconocidos, los que tienen relaciones con pareja ocasional tienen también relaciones con amistades, con desconocidos y con sexoservidores, los que tienen relaciones con amistades tienen también relaciones con desconocidos y con sexoservidores y los que tiene relaciones con sexoservidores las tienen también con desconocidos. Es decir, que las parejas casuales de los estudiantes de esta muestra pueden ser sus amistades, personas desconocidas o sexoservidores. Los hallazgos del estudio de Gebhardt et al. (2003) permiten suponer que la atracción física como factor disposicional, facilita el uso del condón con parejas distintas a la estable, pero inhibe su uso con la pareja estable al estar involucrado un elemento de tipo afectivo. Es decir, tener relaciones sexuales con parejas distintas a la estable podría considerarse como un factor disposicional que facilita el uso de protección. Sin embargo, en el presente estudio se encontró una correlación entre la frecuencia del uso del condón y tener relaciones con la pareja estable, es decir, el uso frecuente del condón ocurre en estudiantes que reportaron tener pareja estable, lo cual sugeriría que si la atracción física fuera un factor que promueve el uso del condón y la intimidad y cercanía un factor que lo inhibe, entonces la atracción física con la pareja estable, más que la relación afectiva-emocional, estaría jugando un papel importante en los estudiantes de esta muestra.

Para determinar la relación entre el uso del condón y el tipo de pareja con la que los estudiantes tienen relaciones sexuales, en el presente estudio se obtuvo un indicador del número de parejas distintas con las que los estudiantes han tenido relaciones sexuales y se correlacionó con la frecuencia y con la consistencia del uso del condón. Los resultados indicaron que la diversidad de parejas sexuales no tuvo un impacto sobre la conducta sexual preventiva, medida ésta a través de la proporción de encuentros sexuales protegidos (consistencia en el uso del condón) y a través de la frecuencia del uso del condón; es decir, los estudiantes que usan frecuentemente el condón y los que son consistentes en su uso, lo son independientemente de la variedad de parejas sexuales que tengan. Sin embargo, contrario a la evidencia empírica sobre el uso más frecuente del condón con parejas casuales que con la estable (Gebhardt, Kuyper y Greusven, 2003; Meekers, 2003; Semple, Patterson y Grant, 2003; Wiggers, de Wit, Gras et al., 2003; Williams, Ross, Bowen et al., 2001), en este estudio la frecuencia, mas no la consistencia, del uso del condón se correlacionó únicamente con tener relaciones sexuales con pareja estable. Estos hallazgos sugieren dos cosas: Por un lado, el indicador de *diversidad de parejas sexuales* (número de parejas distintas) proporciona información diferente a la que proporciona el indicador de *tipo de pareja sexual*, tener experiencia con una mayor variedad de parejas sexuales (que no es lo mismo que un mayor número de parejas sexuales) no afecta la conducta de uso del condón, lo que resulta importante para la conducta de uso del condón es el *tipo de pareja sexual*, particularmente la pareja estable o pareja regular. Por otro lado, los resultados sugieren la necesidad de explorar más a fondo el papel que juega la atracción física, lo pasional, la intimidad, amor, afecto, etc., como factores disposicionales que promueven o inhiben el uso del condón.

### *Tipo de práctica sexual*

El tipo de práctica sexual que una persona realiza es considerada por Bayés (1992b) como uno de los factores del presente que alteran la *vulnerabilidad biológica* de un organismo en la medida en que actúa como un elemento que

facilita la entrada del VIH al organismo. Atendiendo a la posibilidad de transmisión del VIH, Cohen y Miller (1998) y Edwards y Carne (1998) señalan que la práctica de sexo anal es la que más riesgo tiene de transmisión del virus, seguida del sexo vaginal y en tercer lugar el sexo oral, sin embargo, en la medida en que en todas ellas existe la posibilidad de contagio, es necesario usar un método de barrera efectivo al practicar cualesquiera de ellas. En este estudio se evaluaron estas tres prácticas, además de masturbación con la pareja, y se encontró que, aunque la mayoría reportó tener sexo vaginal, una proporción importante de estudiantes tuvieron sexo anal, oral y masturbación; de éstos, muy pocos reportaron usar condón en cada práctica sexual, la mayor proporción de estudiantes que usan el condón ocurrió en los que tienen sexo vaginal. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Gurman y Borzekowski (2004) quienes encontraron, en estudiantes latinos entre los 18 y 24 años de edad, que el uso del condón ocurre más en el sexo vaginal y con menor proporción en el sexo anal y oral.

Wagner, Carlin, Cauce y Tenner (2001) reportan datos interesantes que permiten ver los efectos de la interacción entre uso del condón, práctica sexual y tipo de pareja sexual. En una muestra de 272 jóvenes entre los 13 y 22 años de edad, estos autores encontraron que con la pareja estable los jóvenes usan más el condón cuando tienen sexo anal, mientras que con la pareja casual lo usan más tanto en sexo vaginal como en anal, el uso del condón en sexo oral es menos probable tanto con la pareja estable como con la ocasional. En el estudio que aquí reportamos el uso del condón fue más probable en relaciones vaginales, después en relaciones anales y en menor medida en relaciones orales, el uso frecuente del condón ocurrió en estudiantes que tienen pareja estable.

Para determinar la relación entre el uso del condón y el tipo de práctica sexual realizada se obtuvo un indicador del número de prácticas distintas realizadas (diversidad de prácticas sexuales) y se correlacionó con la consistencia y con la frecuencia del uso del condón. Los resultados indicaron que los que tienen una menor diversidad de prácticas usan más consistentemente el condón,

mientras que los que tienen mayor diversidad de prácticas lo usan con mayor frecuencia.

## **Factores históricos**

### *Conocimientos sobre VIH/SIDA*

Como parte de los factores históricos que son susceptibles de influir en cada nueva situación que implica relacionarse sexualmente, está la *información específica* que posee el individuo sobre dicha situación (Bayés, 1992b). Particularmente en el caso de la prevención del VIH/SIDA, se podría considerar el nivel de información que un individuo tiene sobre las características del VIH/SIDA, saber que cualquier persona puede tener el VIH, tener conocimientos sobre las formas específicas en que puede prevenirse y sobre las consecuencias a corto y largo plazo que pueden derivarse de la práctica de conductas sexuales de riesgo. Estos aspectos se evaluaron en este trabajo como el nivel de conocimientos que los estudiantes tienen sobre la sintomatología y los mecanismos de transmisión y prevención del VIH/SIDA. En toda la muestra evaluada se obtuvo un nivel elevado de conocimientos (el 89.6% de respuestas correctas) en las tres áreas evaluadas, tanto los que no han tenido relaciones como los que sí las han tenido, y no se encontraron diferencias importantes debidas al sexo, las diferencias sólo se observaron entre el tipo de carrera, obteniendo mayores niveles de conocimientos los estudiantes que estudian carreras relacionadas con la salud.

Si se toman en consideración los resultados reportados por Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1991) con estudiantes de preparatoria y los reportados por Robles y Moreno (en prensa) con estudiantes universitarios, podría suponerse que a través del tiempo (de 1991 al 2003) se ha observado un incremento en el nivel de conocimientos que los jóvenes tienen sobre el VIH/SIDA. En ambos estudios y en el que aquí reportamos, se utilizó el mismo instrumento para evaluar esta variable, en el caso del estudio reportado por Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1991), el porcentaje promedio de respuestas correctas que se obtuvo en general fue de 62.7%, en el de Robles y Moreno (en prensa), que corresponde a un estudio

realizado en 1999, el porcentaje promedio de respuestas correctas fue de 71.02%, mientras que en el presente estudio el porcentaje promedio fue de 89.65%. Posiblemente esta tendencia creciente en la información adecuada que los estudiantes poseen sobre el problema del VIH/SIDA sea un asunto que esté vinculado con las fuertes campañas que se han emprendido en México, a través de distintos medios (Marchetti, 1997), para promover el uso del condón y prevenir el SIDA. Las campañas de CENSIDA (2002) han estado dirigidas en forma especial a los jóvenes, proporcionando información básica sobre lo que es el VIH/SIDA, cómo se puede transmitir y las formas específicas en que puede prevenirse, enfocándose de manera muy importante en la promoción del uso del condón. Esto podría explicar por qué los jóvenes de este estudio obtienen puntajes elevados en las áreas de prevención y transmisión. También es posible que, acorde con lo reportado por Caballero y Villaseñor (2001), el nivel de escolaridad esté jugando un papel importante en el grado de información que se tiene sobre el VIH/SIDA, ya que estos autores encontraron que los jóvenes con estrato socioeconómico alto y con un nivel de escolaridad alto, son los que tienen mayor información sobre este problema de salud.

Sin embargo, en este estudio se encontró que el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA no se correlacionó con la frecuencia del uso del condón ni con su uso consistente, es decir, a pesar de estar bien informados sobre las características de este problema de salud y sobre las formas específicas en que puede transmitirse, los jóvenes siguen teniendo conductas sexuales de riesgo. Este hallazgo ha sido consistente con los reportados en distintos países, por ejemplo en Estados Unidos con poblaciones de estudiantes de nivel universitario de 18 a 29 años de edad (Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000), en Colombia con estudiantes de diferentes grados escolares (Toledo, Navas, Navas y Pérez, 2002) y en México con adolescentes entre los 12 y 19 años de edad (Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis, 2003). El papel que juega la información en los comportamientos sexuales preventivos o de riesgo se puede resumir en lo que atinadamente ha expresado Bayés (1992b): "...la única forma eficaz conocida de evitar nuevos contagios y que la pandemia del SIDA siga extendiéndose es *cambiando los*

*comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención....* La información es, como apuntábamos al principio, una condición necesaria para obtener dichos cambios pero, por sí sola, es completamente insuficiente para conseguirlos. Limitarse a ella es condenarse al fracaso.” (pp. 44 y 45).

#### *Actitudes hacia el uso del condón, planificación de las relaciones y monogamia*

Desde el modelo de Bayés (1992b) las actitudes forman parte de la información específica que un individuo tiene sobre las normas y orientaciones vigentes en su contexto social y le indican qué prácticas son aceptables y deseables, y cuáles no, para los miembros de su grupo social. En este trabajo se evaluó la actitud hacia el uso del condón, hacia la planificación de las relaciones sexuales y hacia la monogamia. Para el primer caso se utilizaron se utilizaron 4 reactivos que consideran si la responsabilidad para protegerse sexualmente es un asunto que corresponde al hombre o a la mujer y dos reactivos evalúan la actitud hacia el propio condón (si es bueno para la salud o si disminuye la satisfacción sexual). Los resultados sobre la responsabilidad para protegerse indicaron en general una actitud desfavorable, ya que en los cuatro reactivos el promedio de las puntuaciones de toda la muestra estuvo por debajo de la media teórica. Sin embargo, sólo 2 de estos reactivos se correlacionaron positivamente con el uso consistente del condón, y fueron los que señalan que el hombre es el responsable de la protección sexual y la mujer es la que debe solicitar el condón, en el primer caso los hombres estuvieron más de acuerdo y en el segundo caso las mujeres, es decir, los hombres que piensan que son ellos los responsables de la protección sexual son los que usan el condón consistentemente y las mujeres que piensan que son ellas las que deben solicitarlo son las que lo usan consistentemente. Este hallazgo se relaciona con los roles que culturalmente se le han asignado al hombre y a la mujer, ya que existe la creencia de que el hombre es el que debe proteger a la mujer, el que tiene el poder de decisión, el que protege a la familia, el que la mantiene, etc., sin embargo, el hecho de que las mujeres estén más de acuerdo en que ellas son las que deben solicitar el uso del condón indica un posible cambio en las nuevas generaciones de jóvenes solteros en cuanto a las

normas implícitas que regulan sus relaciones de pareja (véase Tena y Hickman, 2003), en donde la mujer está jugado un papel más activo.

En relación con la actitud hacia el condón los resultados mostraron que los jóvenes tienen una actitud favorable hacia éste, correlacionándose positivamente con el uso consistente del condón, es decir, los que tienen una actitud favorable hacia el condón son los que lo usan consistentemente. De manera semejante Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1992) y Díaz-Loving y Alfaro (1995) encontraron una asociación entre sexo protegido y actitud favorable hacia el uso del condón en estudiantes de preparatoria, pero estos últimos autores no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, las diferencias se observaron entre los estudiantes que ya habían tenido alguna experiencia sexual y los que nunca habían tenido relaciones sexuales, teniendo una actitud más favorable los primeros. En el estudio que aquí presentamos los hombres y quienes ya han tenido relaciones sexuales, estuvieron más de acuerdo en que el condón disminuye la satisfacción sexual, es decir una actitud desfavorable hacia el condón, resultado que también fue reportado por Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al. (2004) con adolescentes mexicanos que viven en la frontera con Estados Unidos, en el reactivo que indica que el uso del condón disminuye el placer sexual.

Los resultados descritos sugieren la importancia de diseñar estrategias de intervención que posiblemente contemplen grupos de discusión conformados por hombres y mujeres en donde se analicen los roles de género que cada uno juega en su vida cotidiana, los estilos y estrategias de poder que ambos utilizan para comunicarse (Rivera y Díaz-Loving, 2000) y las posibilidades que tanto ellas como ellos tienen para asumir la responsabilidad para protegerse sexualmente, desarrollando habilidades específicas que les permitan negociar con éxito el uso del condón, además de considerar las distintas opciones de condones que podrían aumentar la sensibilidad sexual para los hombres y mujeres.

*Historia de encuentros sexuales*

Bayés (1992b) considera como parte de los factores históricos que son susceptibles de influir en cada nueva situación que implica relacionarse sexualmente, aspectos relacionados con lo que tradicionalmente se ha manejado como personalidad y temperamento, que en el contexto de una teoría interconductual (Ribes y López, 1985), se consideran como *estilos interactivos* (Ribes y Sánchez, 1990) que implican modos consistentes, únicos e idiosincráticos de comportarse (Piña, 2004); como ejemplo de ello Bayés (1992b) señala la *tendencia al riesgo*. Analizar la experiencia que una persona ha tenido con respecto a la edad en la que inició sus relaciones sexuales, el número de parejas sexuales que ha tenido y con qué frecuencia tiene relaciones sexuales proporciona un indicador importante sobre la tendencia al riesgo que tienen los jóvenes, ya que hay mayor riesgo de transmisión del VIH y otras ITS cuando la vida sexual inicia a edades más tempranas y se tiene un mayor número de parejas sexuales (Kaplan et al., 2001).

Más de la mitad de los estudiantes que participaron en este estudio reportaron haber tenido relaciones sexuales, siendo mayor la proporción de hombres que de mujeres; en promedio los jóvenes iniciaron sus relaciones sexuales a los 17.41 años, pero los hombres (16.8) las iniciaron a edades más tempranas que las mujeres (17.7). Resultados similares han sido consistentemente reportados con poblaciones de adolescentes y jóvenes mexicanos por Caballero y Villaseñor (2001), Díaz-Loving y Alfaro (1995; 1999), Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003), López y Moral (2001), Martínez, Hovell, Blumberg et al. (2004) Micher y Silva (1997), Moreno y Robles (2003), Odriozola e Ibáñez (1992), Robles y Moreno (2000) y Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho (1990). Si se toma en consideración que más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a jóvenes de 15 a 24 años de edad (ONUSIDA, 2005), que entre 1997 y el 2003 ocurrieron 3 mil defunciones por VIH/SIDA en personas entre los 25 y 34 años (CENSIDA, 2005) y que la fase asintomática del SIDA puede durar de 7 a 15 años (Lui, Darrow y Rutherford, 1988; Medley, Anderson, Cox y Billard, 1987), es probable que el virus del VIH se esté transmitiendo en jóvenes que tienen entre los 15 y 25 años de



edad, rango en el que generalmente inician sus relaciones sexuales. Por esta razón ellos resultan ser altamente vulnerables y adquiere sentido trabajar con este tipo de población a nivel preventivo analizando con detalle las formas específicas en las que se involucran en comportamientos de riesgo.

Además de iniciar su vida sexual a edades más tempranas que las mujeres, los hombres de este estudio tuvieron un mayor número de parejas sexuales en toda la vida, sin embargo, el número de parejas sexuales en los últimos tres meses y la frecuencia de las relaciones sexuales en el mismo periodo no resultó significativamente diferente entre hombres y mujeres, resultado que también fue reportado por Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al. (2004) con jóvenes mexicanos entre los 14 y 25 años de edad. Esto indica que a pesar de que los hombres iniciaron su vida sexual a edades más tempranas que las mujeres y tuvieron más parejas sexuales en toda la vida, durante los últimos tres meses fue igualmente probable para hombres y mujeres que se involucraran en relaciones sexuales. Sin embargo, el uso de protección en los últimos tres meses fue más probable en los hombres que en las mujeres, es decir, considerando la historia sexual más reciente de los estudiantes se observa que las mujeres se involucran más en prácticas de sexo no protegido que los hombres. Esto podría indicar que hay una mayor tendencia al riesgo en los hombres si se considera su experiencia sobre encuentros sexuales en toda la vida, pero la tendencia al riesgo cambia si se considera la historia más reciente de encuentros sexuales, estando más en riesgo las mujeres.

Al parecer, las mujeres sexualmente activas de la FES Iztacala tienen un alto riesgo de transmisión del VIH y alguna otra ITS, sobre todo si se considera que, biológicamente hablando, son más vulnerables a la transmisión heterosexual del VIH (Cohen y Miller, 1998; Edwards y Carne, 1998), por lo que resulta necesario diseñar estrategias de intervención dirigidas a este tipo de población.

## VARIABLES PREDICTORAS DEL USO DE CONDÓN

El propósito de este estudio fue evaluar las variables definidas en el modelo de prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992b) para determinar su poder predictivo sobre la conducta de uso del condón, medida ésta con dos indicadores: la proporción de encuentros sexuales protegidos (consistencia) y la frecuencia del uso del condón. Partiendo del análisis de las investigaciones empíricas que han evaluado la contribución de los factores psicosociales definidos en los modelos Creencias de Salud (Thato, Charron-Prochownik, Dorn et al., 2003), Teoría de la Acción Razonada (Díaz Loving y Rivera, 1999; Perelló y Villagrán, 2000; Villagrán y Díaz-Loving, 1999a), Teoría de la Conducta Planeada (Albarracin, Jonson, Fishbein y Muellerleile, 2001; De Visser y Smith, 2001) y el Modelo de Autoeficacia (Baele, Dusseldorp y Maes, 2001; Meekers y Klein, 2002; Peterson y Gabany, 2001), sobre la conducta de uso del condón, se planteó la necesidad de considerar la contribución relativa de variables cognitivas y conductuales sobre la conducta sexual preventiva. Al mismo tiempo, este estudio intentó demostrar que los factores determinantes de la conducta de uso del condón pueden cambiar de acuerdo con la medida que se realice de dicha conducta.

Se evaluaron cinco variables conductuales y tres cognitivas. Las conductuales fueron: tipo de práctica sexual (sexo vaginal, anal, oral y masturbación), tipo de pareja sexual (estable, ocasional, amistades, desconocidos y sexoservidores), número de parejas sexuales (en toda la vida y en los últimos tres meses), edad de inicio de las relaciones sexuales y frecuencia de los encuentros sexuales (en los últimos tres meses). Las variables cognitivas fueron: autoeficacia percibida para prevenir el SIDA (con 5 factores), conocimientos sobre el VIH/SIDA (con tres áreas) y actitudes (con tres dimensiones: hacia el uso del condón, hacia la planificación de las relaciones sexuales y hacia la monogamia). Los resultados del análisis multivariado mostraron que la única variable conductual predictora del uso consistente del condón fue la frecuencia de las relaciones sexuales, quedando fuera del modelo el tipo de pareja sexual, el tipo de práctica sexual, la edad del debut sexual y el número de parejas sexuales. Las variables

cognitivas que quedaron en el modelo fueron autoeficacia para usar y comprar condones y actitud favorable hacia el condón, quedando fuera del modelo las cuatro dimensiones restantes de autoeficacia, los conocimientos y las actitudes hacia la planificación de las relaciones sexuales y hacia la monogamia. Sin embargo, las variables predictoras de la autoeficacia para usar y comprar condones fueron una actitud favorable hacia el condón, el tipo de práctica sexual realizada y el número de parejas sexuales en los últimos tres meses. Esto indica que entre menor variedad de prácticas sexuales se realicen y menor número de parejas sexuales se tengan, habrá mayor autoeficacia para usar y comprar condones, que a su vez, incrementará la probabilidad de que el condón se use consistentemente. Al mismo tiempo, entre menos encuentros sexuales se tengan será más probable el uso consistente del condón.

Los resultados mostraron que la autoeficacia percibida para usar y comprar condones fue la única variable de los factores del presente definidos en el modelo de Bayés (1992), que contribuyó en la determinación del uso consistente del condón. Esto confirma la importancia que se le ha atribuido a esta variable en estudios realizados con adolescentes y jóvenes (Baele, Dusseldorf y Maes, 2001; Sieving, Resnick, Bearinger et al., 1997; Torres y Díaz-Loving, 1999), con población adulta (Abdullah, Fielding, Hedley et al, 2002), con hombres que tienen relaciones con sexoservidoras (Wee, Barrett, Lian et al., 2004) y con adolescentes gay y bisexuales (Rotheram-Borus, Reid, Rosario y Kasen, 1995).

En relación con las variables que forman parte de los factores históricos del modelo, una actitud favorable hacia el condón y frecuencias bajas de las relaciones sexuales fueron los determinantes del uso consistente del condón. Considerando la investigación generada bajo la Teoría de la Acción Razonada y de la Conducta Planeada, Albarracín et al. (1999) muestran que las actitudes influyen más en la intención de uso del condón que en la propia conducta de uso del condón, sin embargo, los trabajos de Perelló y Villagrán (2000) y Perelló, Villagrán y Barocio (1998) muestran que esta relación depende del sexo, ya que en hombres con pareja regular las actitudes fue el mejor predictor de la conducta

de uso del condón, mientras que en las mujeres, también con pareja regular, fue la intención de uso. En el presente estudio el análisis multivariado realizado por separado para hombres y mujeres mostró que las actitudes hacia el uso del condón formaron parte de los predictores del uso consistente del condón sólo en las mujeres, en los hombres las variables predictoras sólo fueron autoeficacia percibida para usar y comprar condones y frecuencias bajas de relaciones sexuales. Este último aspecto también fue reportado por DiClemente, Lodico, Grinstead et al. (1996) con adolescentes afroamericanos, quienes encontraron una relación inversa entre uso consistente del condón y frecuencia de las relaciones sexuales, a mayor frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos 6 meses el uso del condón fue menos probable.

Conceptualmente hablando, los factores conductuales no han sido incorporados dentro de los modelos cognitivo-conductuales como variables que podrían explicar la conducta sexual preventiva, generalmente la investigación se ha interesado en probar el poder predictivo de las variables definidas en los modelos cognitivos antes referidos sobre la conducta de uso del condón (Albarracín et al., 2001; Díaz-Loving y Rivera, 1999; Poss, 2001; Sheeran y Orbel, 1998; Sheeran y Taylor, 1999; Thato, Charron-Prochownik, Dorn et al, 2003; Villagrán y Díaz-Loving, 1999a). Sin embargo, en forma separada –o considerados como factores externos o distales (Wiggers, de Wit, Gras et al., 2003) –, los factores conductuales han sido incorporados, junto con factores cognitivos y sociodemográficos, en los análisis multivariados realizados para determinar la importancia que ejercen en el comportamiento sexual preventivo. Veamos algunos ejemplos.

Ao, Sam, Manongi et al. (2003) evaluaron como factores sociodemográficos el sexo, edad, educación, estado civil, número de hijos, religión y etnicidad; como factores cognitivos evaluaron conocimientos sobre VIH/SIDA y sobre el condón, riesgo percibido, percepción sobre la efectividad del condón, percepción social sobre el uso del condón (norma subjetiva), dificultad (o vergüenza) hacia el condón y autoeficacia para negociar el uso del condón; como factores

conductuales evaluaron número de parejas sexuales, tipo de pareja sexual, uso de alcohol durante las relaciones sexuales y tener sexo para recibir dinero; los predictores del uso consistente del condón fueron percepción social sobre el uso del condón, conocimientos sobre el condón, autoeficacia para negociar el uso del condón y número de hijos, entre los factores conductuales sólo el tener sexo para obtener dinero resultó significativo.

En el estudio de Sieving, Resnick, Bearinger et al. (1997), se evaluaron como factores cognitivos las variables definidas en el modelo de Creencias de Salud y la autoeficacia para negociar el condón, y como variables conductuales se evaluaron comunicación con la pareja sobre ITS, uso de píldoras anticonceptivas y uso de alcohol durante las relaciones sexuales; los predictores fueron autoeficacia, comunicación y uso de anticonceptivos.

Wiggers, de Wit, Gras et al. (2003) evaluaron como variables sociodemográficas el sexo y la edad, como variables cognitivas las definidas en el modelo de Creencias de Salud y como factores conductuales evaluaron el número de parejas sexuales en toda la vida, tipo de pareja sexual, etnicidad de la pareja sexual y haberse hecho la prueba del VIH; los predictores del uso consistente del condón (*siempre*) fueron sexo, tipo de pareja (regular u ocasional), etnicidad de la pareja, haberse hecho la prueba del VIH, norma subjetiva, control conductual percibido y conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH.

DiClemente, Lodico, Grinstead et al. (1996) evaluaron como factores sociodemográficos el sexo y edad; como factores cognitivos los definidos en el modelo de Creencias de Salud, la autoeficacia para prevenir el VIH y estados emocionales que median la conducta del uso del condón (p.ej. soledad); como factores conductuales evaluaron número de compañeros sexuales en toda la vida y en los últimos 6 meses y frecuencia de relaciones sexuales. Los predictores del uso consistente del condón (*siempre*) fueron autoeficacia asertiva para demandar el uso del condón, norma subjetiva, estados emocionales, edad, sexo y frecuencias bajas de las relaciones sexuales.

Barret, Lian, Jayabaskar y Chan (2004) evaluaron como variables sociodemográficas la edad, nacionalidad, estado civil, nivel educativo, ocupación, ingresos mensuales, pero aún cuando son conductuales, incluyeron en esta categoría de variables sociodemográficas la edad del debut sexual y el consumo de alcohol. Como variables conductuales evaluaron número de encuentros sexuales con trabajadores del sexo en los últimos 6 meses, tipo de práctica sexual (sexo vaginal u oral), tipo de pareja sexual y autoreporte de ITS. Como variables cognitivas se evaluaron conocimientos sobre transmisión de ITS y VIH y sobre el uso correcto del condón; y refieren como variables psicosociales severidad percibida, vulnerabilidad percibida, autoeficacia, conductas maladaptativas, actitudes y norma subjetiva. Las variables predictoras del uso consistente del condón (usarlo en cada encuentro sexual con sexoservidoras) fueron conocimientos sobre ITS, frecuencia de encuentros sexuales con sexoservidoras, autoeficacia, norma subjetiva y consumo de alcohol.

Caballero y Villaseñor (2001) evaluaron como variables sociodemográficas el sexo, edad y estrato socioeconómico; como aspectos psicosociales evaluaron percepción de riesgo personal de contraer el VIH/SIDA, comunicación con los amigos sobre el VIH/SIDA e importancia de la religión; como aspectos situacionales (así los clasificaron) evaluaron nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y edad de inicio de las relaciones sexuales. Los predictores del uso consistente del condón (siempre) fueron estrato socioeconómico, sexo, comunicación con amigos y nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA.

Partiendo de una perspectiva interconductual, Piña (2004) evaluó como variables cognitivas conocimientos y creencias sobre el VIH, como variables conductuales evaluó circunstancias sociales en que ocurren los encuentros sexuales con diferentes parejas, motivos (o razones) para tener relaciones sexuales con diferentes parejas, motivos para no usar consistentemente condón en toda la vida y motivos para tener relaciones sexuales con parejas ocasionales y para no usar consistentemente condón con este tipo de parejas. Los predictores de la frecuencia de uso del condón en toda la vida (siempre, ocasionalmente,

nunca) fueron los motivos para usar condón en toda la vida (a la pareja del momento no le gustaba utilizarlo, o disponía de uno, nunca lo he sabido utilizar y le resta placer a la relación).

Los resultados de los estudios referidos muestran que las experiencias conductuales predicen la conducta de uso del condón, por tanto, conceptualmente los modelos debieran incorporarlas como parte de los factores que explican la conducta sexual de riesgo. El modelo de Bayés (1992b) ofrece esta posibilidad, pero además tiene la característica de ser un modelo que concibe la naturaleza funcional de comportamiento, en donde la conducta de interés la constituyen interacciones específicas que van integrándose en forma ininterrumpida en la historia psicológica de un individuo, misma que a su vez influirá en las nuevas interacciones que tengan lugar. Lograr un cambio de comportamientos de riesgo a comportamientos preventivos, implica, desde esta perspectiva, poner atención en lo que la gente hace bajo circunstancias específicas. Con qué tipo de persona se tienen relaciones sexuales, qué tipo de práctica sexual se realiza y con qué frecuencia ocurren los encuentros sexuales, son ejemplos de comportamientos que se integran en la historia interactiva de un individuo y pueden afectar la forma en la que una nueva situación interactiva sexual ocurrirá.

Por otra parte, los análisis realizados con el indicador de frecuencia del uso del condón –el segundo indicador de la conducta de uso del condón–, muestran resultados distintos a los obtenidos con el indicador de consistencia. De las variables que forman parte de los factores del presente del modelo evaluado, las que se correlacionaron fueron autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la pareja, autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo y tipo de práctica sexual realizada; de las que forman parte de los factores históricos y correlacionaron con la frecuencia del uso del condón fueron edad del debut sexual, parejas sexuales en toda la vida y en los últimos tres meses y frecuencia de las relaciones sexuales. Las variables que no se correlacionaron con la frecuencia del uso del condón fueron autoeficacia percibida para usar y comprar condones, autoeficacia percibida para rechazar

propuestas sexuales de personas conocidas y desconocidas, tipo de pareja sexual, conocimientos sobre el VIH/SIDA y actitudes hacia el uso del condón. De las variables que sí correlacionaron con la frecuencia del uso del condón cinco fueron de tipo conductual y dos de tipo cognitivo (ambas referentes a la autoeficacia). Estos resultados indican que los estudiantes que usan con mayor frecuencia el condón son los que tienen mayor capacidad percibida para investigar la historia sexual de su pareja y para usar correctamente el condón, son los que tienen mayor experiencia en términos de la variedad de prácticas sexuales que realizan, son los que iniciaron su vida sexual a edades más tempranas, los que han tenido más parejas sexuales y los que han tenido encuentros sexuales con mayor frecuencia. El análisis de regresión múltiple mostró sólo tres variables predictoras del uso frecuente del condón: mayor número de parejas sexuales en los últimos tres meses, mayor diversidad de prácticas sexuales y mayor autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo.

Los resultados con ambos indicadores de la conducta de uso del condón tienen implicaciones distintas e interesantes. Ser consistente en el uso del condón no es lo mismo que usar frecuentemente el condón. Para ser consistentes, de acuerdo con los valores obtenidos en las correlaciones, se necesita tener un nivel elevado de autoeficacia percibida para usar y comprar condones y una actitud favorable hacia el uso del condón, sin embargo, se necesita tener menor experiencia sexual en términos del número de veces que se tienen relaciones sexuales, el número de parejas y la variedad de prácticas sexuales, es decir, entre menos experiencias conductuales se tengan habrá mayor probabilidad de usar el condón en cada encuentro sexual y entre más autoeficaz se sea para usar el condón y mayor actitud favorable hacia el uso del condón se tenga habrá también mayor probabilidad de usar el condón en cada acto sexual. En cambio, para usar frecuentemente el condón se necesita tener mayor autoeficacia percibida para usar correctamente el condón y para investigar la historia sexual de la pareja, no importa si se tiene o no información sobre el VIH/SIDA ni si se tiene una actitud favorable hacia el uso del condón, y se requieren más experiencias conductuales



en términos del número de parejas y de relaciones sexuales, pero también se necesita haber iniciado la vida sexual a edades más tempranas. Como puede observarse, para el indicador de consistencia se requiere de menores experiencias conductuales, mientras que para el indicador de frecuencia resulta lo contrario; para ambos indicadores la autoeficacia resultó importante, pero las actitudes se presentan sólo en el indicador de consistencia. Pareciera ser, entonces, que la variable más importante que se asocia con la conducta de uso del condón, medida ésta con cualquiera de los dos indicadores, es la autoeficacia.

Si lo que se busca es lograr que los jóvenes usen frecuentemente el condón, sin importar si éste es utilizado en todos y cada uno de sus encuentros sexuales, sería suficiente con emprender múltiples campañas para promover el uso del condón, ya que no se necesita promover que los jóvenes tengan más relaciones sexuales, más parejas sexuales y que inicien a edades tempranas su vida sexual, pues justo eso es lo que está ocurriendo en las nuevas generaciones (Kaplan et al., 2001; Gayet et al., 2003), pero si lo que se busca es lograr que los jóvenes usen consistentemente el condón, es decir, en todos sus encuentros sexuales, sin importar el tipo de pareja que tengan ni el tipo de práctica sexual que realicen, entonces los esfuerzos deben encaminarse hacia otra dirección, pues aunque es necesario generar programas que incidan en los niveles de autoeficacia y en actitudes favorables hacia el uso del condón, difícilmente se podría lograr que los jóvenes eviten tener relaciones sexuales o lo hagan con poca frecuencia y que sólo tengan una pareja de por vida e inicien su vida sexual hasta el matrimonio. La literatura sobre las tendencias actuales en el comportamiento sexual de los jóvenes muestra justamente lo contrario (Kaplan et al., 2001; Gayet et al., 2003). De acuerdo con los datos del presente estudio, para lograr que los jóvenes usen consistentemente el condón se requiere diseñar estrategias de intervención orientadas a disminuir la frecuencia con la que se tienen relaciones sexuales, promover niveles elevados de autoeficacia para usar el condón y una actitud favorable hacia el condón.

Como puede observarse, el uso de medidas distintas del comportamiento de riesgo puede llevar a conclusiones diferentes sobre la forma de proceder para diseñar estrategias de intervención que efectivamente incidan en la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. El problema se intensifica cuando ambas medidas de la conducta de uso del condón son vía el autoreporte de los participantes, pues éste no necesariamente refleja con fidelidad lo que realmente ocurrió al verse involucrados problemas de memoria, comprensión y/o deseabilidad social por parte de quien emite el autoreporte (Geary et al., 2003; Fishbein y Pequegnat, 2000) y problemas relativos al formato de las preguntas utilizado en los cuestionarios de evaluación (Bruine de Bruin y Fischhoff, 2000). De acuerdo con Fishbein y Pequegnat (2000) estos problemas de validez pueden disminuirse si se asegura a los participantes la confidencialidad y anonimato de sus respuestas; si se les enfatiza la importancia que tiene para el investigador el que sus respuestas sean honestas; y si se utilizan evaluaciones que eviten que el participante responda cara-a-cara con el investigador, disminuyendo así el problema de respuestas socialmente aceptables (deseabilidad social). En este estudio las tres recomendaciones se siguieron, por tanto, podría suponerse que no hay problemas que afecten la validez del instrumento utilizado. De las dos medidas utilizadas sobre la conducta de uso del condón, la consistencia resultó ser un indicador más sensible, ya que los valores de la  $R^2$  fueron mayores que los obtenidos con el de la frecuencia del uso del condón, indicando un mayor porcentaje de la varianza explicada.

Un problema adicional de validez se presenta cuando la evaluación de la conducta de uso del condón no incluye información sobre la habilidad que los jóvenes tienen para usarlo correctamente, pues se ha demostrado que quienes dicen usar el condón en todas sus relaciones sexuales cometen errores cuando se les pide que coloquen un condón en un pene de enseñanza (Fishbein y Pequegnat, 2000; Lindemann y Brigham, 2003; Warner, Warner, Boles y Williamson, 1998), o presentan fallas relativas al uso del condón durante el encuentro sexual, tales como ponérselo antes de eyacular permitiendo una penetración inicial sin protección, que el condón se rompa o que se resbale y

salga durante el coito (Grady y Tanfer, 1994; Spruyt, Steiner, Joanis et al., 1998). En este sentido, resulta necesario considerar medidas más confiables de la conducta de uso del condón que aseguren que no hay riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual. Una posibilidad sería el uso de reportes diarios de la conducta a evaluar, ya que se ha encontrado que cuando la conducta de interés se evalúa registrando su ocurrencia en el día en que se da un encuentro sexual, resulta ser mejor predictor de la consistencia del uso del condón que cuando ésta se reporta en una sola ocasión a través de cuestionarios de autoreporte (De Vissier y Smith, 2001 y 2004). La otra posibilidad, que no se contrapone con la anterior, es obtener medidas directas de la habilidad para usar correctamente el condón, de tal forma que se asegure que quienes reportan usar el condón sepan usarlo correctamente, disminuyendo, de esta manera, las posibilidades de adquirir el VIH o alguna otra ITS.

## CONCLUSIONES

1. El estudio muestra la necesidad de evaluar el uso del condón en cada práctica sexual, ya que un alto porcentaje de hombres y mujeres no lo usaron al tener sexo anal, oral y masturbación. Se sugiere investigar si la evaluación de la proporción de encuentros sexuales protegidos es un indicador representativo de la consistencia del uso del condón en cada práctica sexual.
2. El uso del condón fue menos probable en las mujeres que en los hombres, a pesar de haber tenido una actitud más favorable hacia el condón, mayores niveles de autoeficacia percibida para usarlo y menor número de parejas sexuales que los hombres. Por tanto, se sugiere el desarrollo de investigaciones que proporcionen información sobre los factores que impiden que las mujeres se protejan en cada encuentro sexual. Específicamente, se propone abordar el problema de las habilidades de comunicación en la pareja implicadas en la negociación del uso del condón.
3. Los estudiantes que tienen relaciones ocasionales también las tienen con amistades, con desconocidos y con sexoservidores, pero esta diversidad de parejas sexuales no tuvo un impacto sobre la conducta de uso del condón. Considerando los estudios que muestran una mayor implicación emocional con la pareja estable y un mayor nivel de atracción física con la pareja ocasional, el presente estudio sugiere la necesidad de investigar el tipo de pareja ocasional que tienen los jóvenes y determinar si el uso del condón está mediado por la presencia de un vínculo afectivo y/o de atracción física entre la pareja.
4. Tener información sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA no resultó ser un factor importante que impactara la conducta de uso del condón, aún cuando el nivel de conocimientos encontrado en la muestra de universitarios aquí estudiada fue muy elevado, ellos se involucraron en conductas sexuales de riesgo, más las mujeres que los hombres. Por tanto, se comprueba una vez más que la información es necesaria mas no suficiente para lograr cambiar los comportamientos de riesgo a preventivos.

5. La frecuencia del uso del condón es un indicador diferente de la consistencia de su uso. Usar frecuentemente el condón no significa que se use en cada encuentro sexual. Cada indicador arrojó resultados diferentes en términos de las variables que resultaron estar asociadas a ellos. La consistencia en el uso del condón se asoció con variables que implicaron una menor experiencia sexual en términos de variedad de prácticas sexuales, de parejas sexuales y de frecuencia de las relaciones sexuales; mientras que la frecuencia del uso del condón se asoció con variables que reflejaron mayor experiencia sexual en términos de la variedad de prácticas realizadas, del número de parejas sexuales, frecuencia de las relaciones sexuales y edad de inicio de la vida sexual.
6. Los análisis multivariados realizados para determinar las variables predictoras del uso consistente del condón indicaron que los estudiantes universitarios de la FES Iztacala se protegen con mayor consistencia en sus encuentros sexuales cuando tienen la capacidad percibida para usar y comprar condones, cuando su actitud hacia el condón es favorable y cuando sus encuentros sexuales ocurren con poca frecuencia. En los hombres, la actitud hacia el condón no tiene un efecto importante sobre su comportamiento preventivo, esto ocurrió sólo en las mujeres. En otras palabras, una actitud desfavorable hacia el condón, niveles bajos de autoeficacia percibida para usarlo y frecuencias altas de las relaciones sexuales, son los factores que hacen menos probable el uso consistente del condón, por tanto, los programas orientados a promover el uso consistente del condón deben considerar estos elementos.
7. Las variables predictoras del uso frecuente del condón fueron mayor número de parejas sexuales en los últimos tres meses, mayor variedad de prácticas sexuales realizadas y mayor nivel de autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo. Siguiendo la misma lógica de sugerencias basadas en los resultados, este hallazgo implicaría que los programas que buscan que los jóvenes usen con mayor frecuencia el condón deben procurar promover que tengan con más frecuencia

relaciones sexuales, tengan un mayor número de parejas en un tiempo relativamente corto y tengan la experiencia de practicar sexo anal, oral y vaginal. Evidentemente, esto es justo lo contrario a lo que se busca en los programas de prevención del VIH/SIDA. Lo que están demostrando estos resultados es que se debe poner especial atención en la forma en la que se está midiendo el comportamiento sexual sobre el cual se quiere incidir para lograr disminuir los niveles de incidencia del VIH/SIDA en poblaciones jóvenes.

8. La mejor medida de la conducta de uso del condón la constituye la consistencia, entendida ésta como la proporción de encuentros sexuales protegidos. Por tanto, se sugiere que se considere como medida de la variable dependiente sobre la cual se evaluarán los efectos de los programas de intervención preocupados por prevenir la transmisión de VIH/SIDA en jóvenes universitarios.
9. Finalmente, el estudio sugiere la necesidad de evaluar si los jóvenes que dicen usar el condón en cada uno de sus encuentros sexuales, tienen la habilidad para utilizarlo correctamente, de lo contrario, de nada serviría saber que lo usan consistentemente.

## *Capítulo 6*

### **Comunicación sexual asertiva y uso correcto del condón: programa de intervención conductual**

#### **Objetivo general**

Evaluar el impacto de un programa de entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual asertiva y uso correcto del condón sobre la consistencia en el uso del condón en una muestra de estudiantes universitarios sexualmente activos.

#### **Objetivos específicos**

1. Describir en toda la muestra el estado civil, preferencia sexual, con quién viven, planeación de la primera relación sexual y lugar de la primera relación sexual.
2. Describir y comparar (por sexo) a la muestra, considerando edad del debut sexual y número de parejas sexuales en toda la vida.
3. Describir y comparar (por grupo) a la muestra considerando sexo, edad, estado civil, preferencia sexual, planeación de la primera relación sexual, lugar de la primera relación sexual, edad del debut sexual y parejas sexuales en toda la vida.
4. Describir y comparar por grupo, antes y después de la intervención, el uso de condón en relaciones sexuales en general, el uso de condón en la última relación sexual y la consistencia en el uso de condón.
5. Describir en cada grupo los cambios ocurridos después de la intervención en el uso de condón en relaciones sexuales en general, uso de condón en la última relación sexual y consistencia en el uso de condón.

6. Determinar en cada grupo las diferencias por sexo en el uso de condón en las relaciones sexuales en general, uso de condón en la última relación sexual y consistencia en el uso de condón.
7. Describir y comparar por grupo, antes y después de la intervención, el tipo de práctica sexual (sexo vaginal, sexo oral, sexo anal y masturbación con la pareja) y el uso de condón en cada una de ellas.
8. Describir en cada grupo los cambios ocurridos después de la intervención en el tipo de práctica sexual (sexo vaginal, sexo oral, sexo anal y masturbación con la pareja) y uso de condón en cada una de ellas.
9. Describir y comparar por grupo el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y los niveles de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA.
10. Describir en cada grupo los cambios ocurridos después de la intervención en el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y los niveles de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA.
11. Describir y comparar por sexo y grupo el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y los niveles de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA.
12. Describir y comparar por grupo el porcentaje de respuestas correctas obtenido después de la intervención en la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre temas de sexualidad, la habilidad para negociar con la pareja el uso de condón y la habilidad para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza.
13. Describir en el grupo experimental los cambios ocurridos después de la intervención en la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre temas de sexualidad, la habilidad para negociar con la pareja el uso de condón y la habilidad para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza.
14. Determinar, para cada grupo después de la intervención, la relación entre las habilidades conductuales entrenadas (habilidad para iniciar y mantener una



conversación sobre temas de sexualidad, habilidad para negociar con la pareja el uso de condón y habilidad para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza) y el uso de condón (en relaciones sexuales en general, en la última relación sexual y la consistencia en el uso de condón).

15. Determinar, para cada grupo después de la intervención, la relación entre las habilidades conductuales entrenadas (habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre temas de sexualidad, habilidad para negociar con la pareja el uso de condón y habilidad para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza) y el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y nivel de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA.
16. Determinar, para cada grupo, la relación entre las medidas indirectas (uso de condón en relaciones sexuales en general, uso de condón en la última relación sexual y uso consistente del condón) y de observación directa (habilidad para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza) del uso de condón.

## HIPÓTESIS

1. No se observarán diferencias entre los grupos en las medidas obtenidas durante la fase de preevaluación.
2. El grupo experimental presentará, después de la intervención, mayores puntuaciones en la consistencia del uso del condón, en el uso de condón en relaciones sexuales en general y en el uso de condón en la última relación sexual, que el grupo control.
3. El uso de condón en cada práctica sexual será mayor en el grupo experimental que en el grupo control después de la intervención.
4. El grupo experimental presentará, después de la intervención, un nivel más alto que el grupo control en las dos habilidades de comunicación sexual asertiva evaluadas y en la habilidad para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza.
5. El grupo de intervención mostrará un incremento de la preevaluación a la postevaluación en las dos habilidades de comunicación sexual asertiva evaluadas y en la habilidad para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza.
6. El grupo experimental tendrá niveles más altos que el grupo control en los conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia percibida para prevenir el SIDA, después de la intervención.
7. En el grupo de intervención se observará un incremento de la preevaluación a la postevaluación en el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA y los niveles de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA.
8. La habilidad conductual para usar correctamente el condón y las habilidades de comunicación sexual asertiva no se correlacionarán con las medidas indirectas del uso de condón (consistencia en el uso del condón, uso de condón en relaciones sexuales en general y uso de condón en la última relación sexual).

## MÉTODO

### Participantes

Ocho meses antes de que iniciara la intervención se aplicó un cuestionario al 50% de 104 grupos escolares de seis carreras que se imparten en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, y corresponde al estudio presentado en el Capítulo 5 de este trabajo. El cuestionario contenía preguntas que permitieron seleccionar a aquellos estudiantes que tenían relaciones sexuales y usaban el condón inconsistentemente. De 1168 estudiantes (70.1% mujeres) que respondieron voluntariamente el cuestionario, 691 (63% mujeres) fueron sexualmente activos y de éstos 354 (63.5% mujeres) usaron inconsistentemente el condón; de éstos últimos se eligieron aleatoriamente a 70 (74% mujeres) y se asignaron 35 al azar al grupo experimental y 35 al grupo control. Este procedimiento de selección de la muestra tuvo una duración de tres meses, al final de los cuales se contactó por vía telefónica a los 70 estudiantes elegidos para invitarlos a participar en un taller sobre comunicación sexual en la pareja, sin embargo, la mayoría sólo podía asistir al finalizar su curso escolar, por tanto el taller inició 8 meses después de la aplicación del cuestionario que permitió seleccionar a la muestra. Por razones prácticas, y bajo el supuesto de homogeneidad entre los grupos en los factores de confusión que subyace al uso de procedimientos de selección y asignación aleatorios (Méndez et al., 2001), se contactó a los estudiantes del grupo control hasta finalizar la fase de intervención del grupo experimental.

Para determinar si en el periodo de 8 meses que transcurrieron entre la preevaluación y el inicio de la fase de intervención había ocurrido un cambio en las variables relativas al uso del condón, en el grupo experimental se aplicó un día antes de la intervención una evaluación corta (véase Anexo 2) que consistió en obtener información sobre el uso del condón en la última relación sexual, frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses y frecuencia del uso del condón en el mismo periodo. No se encontraron cambios significativos en

la frecuencia de las relaciones sexuales ( $t=-.772$ ,  $p=.446$ ) ni en la frecuencia del uso del condón ( $t=-.402$ ,  $p=.691$ ), respecto al uso del condón en la última relación sexual, se encontró que 14 de los 31 estudiantes que conforman el grupo experimental, reportaron usarlo 8 meses antes de la intervención y también esos mismos 14 estudiantes reportaron usarlo en la evaluación corta. De acuerdo con estos resultados, para ambos grupos los datos de preevaluación sobre la conducta de uso del condón corresponden a la aplicación del instrumento que se hizo 8 meses antes de la fase de intervención.

## Escenario

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

## Materiales

Se utilizaron formatos de registro y lápices para la dinámica de "autógrafos". Para la dinámica de "el sistema inmunológico" se utilizaron 4 juegos de gafetes con las siguientes leyendas: "persona", "enfermedad", "VIH" y "sistema inmunológico". Para la dinámica de "transmisión del VIH" se utilizaron 20 juegos de 4 tarjetas cada uno con los colores violeta, verde, rosa y amarillo. Para la dinámica de "el rosa y el azul" se utilizaron hojas de rotafolio, marcadores e imágenes del hombre y la mujer. Se emplearon 4 presentaciones en Power Point que ilustraron las temáticas sobre VIH/SIDA, el condón, sexualidad en la pareja, roles de género en nuestra cultura y modelos de comunicación asertiva. Para el entrenamiento del uso correcto del condón se utilizó un modelo de pene para enseñanza, 20 piezas de unicel de un modelo estándar de pene para enseñanza y una muestra de 20 condones que ilustraron la variedad de éstos en colores, formas, tamaños, sabores, texturas, marcas, precios y distintas fechas de caducidad. Para las sesiones de filmación se utilizaron casetes mini VD de 60 minutos de duración y un tripié.

## Equipo

Para las presentaciones en Power Point se utilizó una computadora Pentium III y un cañón ubicados en la CRAPA; para las sesiones de filmación del Aprendizaje Estructurado se utilizó una cámara de video digital SONY JVC y para codificar las filmaciones un televisor SONY de 19 pulgadas en el que se reproducían los videos directamente de la videocámara JVC. Para el análisis de los datos se utilizó un equipo de cómputo con Windows XP y el programa SPSS versión 10.0.

## Diseño experimental

Se utilizó un diseño pretest-postest con un grupo experimental y uno control. De los 35 sujetos que se asignaron aleatoriamente a cada grupo, sólo 31 del grupo experimental permanecieron hasta la fase de postevaluación y sólo 19 del grupo control asistieron a la sesión correspondiente a la fase de postevaluación. Los grupos no fueron balanceados por sexo pero guardaron una proporción de hombres y mujeres semejante a la muestra de donde fueron elegidos. El grupo experimental finalmente estuvo formado por 10 hombres y 21 mujeres (67.7%) y recibió un entrenamiento durante 8 sesiones consecutivas de 2 horas cada una; el grupo control estuvo formado por 5 hombres y 14 mujeres (73.7%) y no recibió entrenamiento, quedando en lista de espera para participar en el mismo taller en una siguiente ocasión. La edad promedio de todos los participantes fue de 20.66 años (rango de 18 a 29) y desviación estándar de 1.95.

## Variables

### Variables descriptivas

Edad, sexo, estado civil, preferencia sexual, con quién viven, planeación y lugar de la primera relación sexual, edad del debut sexual, parejas sexuales en toda la vida y en los últimos tres meses y frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses.

**Variables de comparación**

- *Grupo* (experimental-control)
- *Sexo* (hombre-mujer).

**Variables dependientes**

- *Conducta sexual preventiva*
  1. Uso del condón en relaciones sexuales en general
  2. Uso del condón en la última relación sexual
  3. Uso del condón en cada práctica sexual
  4. Consistencia en el uso del condón
- *Tipo de práctica sexual*
  1. Penetración vaginal
  2. Sexo oral
  3. Penetración anal
  4. Masturbación con pareja
- *Tipo de pareja sexual*
  1. Pareja estable
  2. Pareja ocasional
  3. Amistades
  4. Personas desconocidas
  5. Sexoservidores
- *Conocimientos acerca del VIH/SIDA*
  1. Sintomatología
  2. Transmisión
  3. Prevención

- *Autoeficacia percibida para prevenir el SIDA*
  1. Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas bajo circunstancias de riesgo.
  2. Capacidad percibida para usar y comprar condones.
  3. Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas y estar de acuerdo con la monogamia y la fidelidad.
  4. Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del SIDA.
  5. Capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo.
  
- *Uso correcto del condón:* Se consideró como la habilidad conductual para usar correctamente el condón, realizar los siguientes pasos al colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza:
  1. Revisar burbuja de aire en el condón
  2. Revisar fecha de caducidad
  3. Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete
  4. Bajar el condón antes de abrir el paquete
  5. Abrir el paquete sin usar uñas o dientes
  6. Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo
  7. Ver hacia qué lado se desenrolla
  8. Apretar el receptáculo de depósito del semen
  9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas
  10. Colocar en el glande el condón
  11. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene
  12. Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo
  13. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas
  14. Retirar el condón
  15. Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura

- *Habilidades de comunicación sexual asertiva:* Para la comunicación asertiva se definieron 4 habilidades precurrentes y dos de comunicación sexual. Los participantes del grupo experimental recibieron entrenamiento en las 6 habilidades, pero sólo las habilidades de comunicación sexual fueron evaluadas antes y después de la intervención, mientras que los participantes del grupo control no recibieron entrenamiento y fueron evaluados en las mismas habilidades sólo en la fase de postevaluación. Las habilidades precurrentes fueron: 1. *Saber escuchar*, 2. *Conocer y expresar sentimientos negativos*, 3. *Entender sentimientos de otros* y 4. *Expresar afecto*. Estas 4 habilidades se retomaron del trabajo desarrollado por Roth (1986) con adolescentes y están constituidas por componentes verbales y no verbales. Las habilidades de comunicación sexual asertiva fueron: 1. *Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad* y 2. *Negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón*. Estas habilidades también se retomaron del trabajo de Roth (1986) y se ajustaron a la temática de sexualidad. En el Anexo 3 se presentan sus definiciones.

### **Variable Independiente**

Se consideró como variable independiente el conjunto de estrategias que se utilizaron en el programa de intervención que contempló los siguientes elementos: 1) Información sobre aspectos epidemiológicos, sintomatología y mecanismos de transmisión y prevención del VIH/SIDA; 2) Información, análisis y discusión sobre los roles de género en nuestra cultura; 3) Entrenamiento en el uso correcto y consistente del condón y 4) Entrenamiento en habilidades conductuales de comunicación sexual asertiva. A todo esto le denominó Taller de Comunicación Sexual en la Pareja y constituyó el programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA.

### **Instrumentos y medidas**

Las variables relativas al comportamiento sexual, *conocimientos acerca del VIH/SIDA* y *autoeficacia para prevenir el SIDA* fueron evaluadas con los mismos instrumentos de autoreporte que se describieron en el primer estudio.



El uso correcto del condón se evaluó a cada sujeto por separado bajo el siguiente procedimiento: sobre una mesa estaban dispuestos en forma separada 20 paquetes de condones de diferentes marcas y con distintas fechas de caducidad y un modelo de pene para la enseñanza, se le solicitaba al estudiante que eligiera el condón que él quisiera, lo colocara en el pene y después lo retirara; se filmó la ejecución de cada estudiante utilizando una cámara de video digital. Posteriormente dos observadores entrenados analizaron los videos en forma independiente y registraron para cada sujeto la ocurrencia de cada uno de los pasos arriba indicados sobre la colocación correcta del condón. La medida para el uso correcto del condón fue el porcentaje de respuestas correctas que presentaron los estudiantes, registrando primeramente la ocurrencia correcta de cada uno de los pasos arriba indicados sobre la colocación correcta del condón y transformando, después, el dato en porcentaje. Se determinó el porcentaje de acuerdo entre observadores dividiendo el total de acuerdos entre el total de acuerdos más desacuerdos y se multiplicó el resultado por cien. El porcentaje de acuerdos obtenido en la habilidad para usar correctamente el condón fue de 93.0%.

Las habilidades de comunicación sexual asertiva estuvieron definidas por componentes verbales y no verbales y se evaluaron a través del Test Analógico de Simulación (TAS) propuesto y validado por Roth (1986). Éste es un instrumento de registro de ocurrencia de los componentes verbales y no verbales que definen cada habilidad bajo situaciones semiestructuradas, que consisten en describir una situación lo más semejante a un escenario natural donde es posible que ocurra la habilidad en cuestión. Cada participante pasaba a una sala donde se encontraba un experimentador y un observador que filmada la interacción. El experimentador proporcionaba las instrucciones y hacía el papel de la pareja del estudiante, se controló que el sexo del experimentador fuera contrario al del participante. Para la habilidad de *iniciar y mantener una conversación sobre sèxualidad* las instrucciones eran las siguientes: "imagina que yo soy tu pareja y estamos en una fiesta platicando sobre diversos temas; tú quieres que hablemos sobre algunos temas que te interesan de sexualidad, ¿qué me dirías y cómo le harías para

empezar a hablar conmigo sobre esos temas?” Para la habilidad de *negociar el uso del condón* las instrucciones eran las siguientes: “Imagina que estás con tu pareja en un lugar propicio para tener un encuentro sexual; imagina que tu pareja te empieza a insinuar que quiere tener relaciones sexuales contigo pero no está dispuesta a usar el condón y tú sí quieres utilizarlo porque quieres cuidar de tu salud sexual; ¿qué le dirías y cómo le harías para convencer a tu pareja de que usen el condón?”

Ambas habilidades fueron evaluadas a través de filmaciones que en promedio tuvieron una duración de 4 minutos por alumno. Estas habilidades se evaluaron antes y después de la intervención en los 31 estudiantes del grupo experimental, pero en los 19 estudiantes del grupo control sólo se evaluaron en la fase de postevaluación. De acuerdo con esto, se analizaron en la preevaluación un promedio de 372 minutos de videos y en la fase de postevaluación un promedio de 600 minutos. Las habilidades fueron codificadas por dos observadores independientes que previamente habían sido entrenados para identificar, con base en sus definiciones, la ocurrencia de cada componente verbal y no verbal. La medida concreta para cada habilidad fue la suma de los porcentajes asignados a cada componente de la habilidad en cuestión, de tal forma que al ocurrir correctamente todos los componentes la suma total que se obtiene es del 100%. En el Anexo 3 se presenta el instrumento con los pesos específicos dados a cada componente. El porcentaje de acuerdos obtenido para la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad fue de 80.0% y para la habilidad de negociar el uso del condón fue de 86.6%.

## **Procedimiento**

### **Fase de Preevaluación**

La preevaluación de las variables relativas al comportamiento sexual preventivo, tipo de práctica sexual, tipo de pareja sexual, conocimientos sobre VIH/SIDA y autoeficacia para prevenir el SIDA se consideró analizando los cuestionarios aplicados 8 meses antes de la intervención, ya que estos incluían a

los estudiantes del grupo control. Un día antes de que iniciara la fase de intervención, se llevó a cabo en forma individual la preevaluación de las habilidades conductuales de uso correcto del condón y de comunicación sexual asertiva sólo en el grupo experimental. En esta sesión primeramente se utilizó una dinámica de integración del grupo llamada "autógrafos" (véase Anexo 4), enseguida se hizo una exposición sobre los temas que se abordarían a lo largo del taller y posteriormente se aplicó el instrumento de evaluación corta y se realizó, en una sala contigua a la del taller, la evaluación de las habilidades de comunicación sexual asertiva y de uso correcto del condón.

### **Fase de Intervención**

Esta fase se llevó a cabo en 8 sesiones consecutivas distribuidas de martes a viernes de la primera semana y de lunes a jueves de la segunda semana del taller, las sesiones tuvieron una duración de 2 horas cada una. Las temáticas y dinámicas a seguir en cada una de ellas se presentan a continuación:

**Sesión 1:** Inició con una dinámica sobre el funcionamiento del Sistema Inmunológico del organismo humano (véase Anexo 4). Posteriormente se hizo una presentación en Power Point donde se abordó información relativa a aspectos epidemiológicos del SIDA, características del VIH y del SIDA, formas de transmisión y mecanismos de prevención del virus, señalando los cambios que se han venido reportando en las proporciones de casos hombre/mujer. Al final se hizo una conclusión general de la sesión.

**Sesión 2:** Inició con una dinámica sobre la transmisión del VIH/SIDA (véase Anexo 4). Posteriormente se abordaron temáticas sobre sexualidad en la pareja y roles de género en nuestra cultura, utilizando una dinámica llamada "El Rosa y el Azul" (véase Anexo 4) para ejemplificar dichos roles de género. Se formaron equipos de 5 integrantes y se llevó a cabo un juego de roles ejemplificando las relaciones de poder y toma de decisiones en la pareja a partir de propuestas hechas por los mismos participantes de cada equipo.

**Sesión 3 y 4:** Se hizo una presentación en Power Point que abordó aspectos históricos del condón masculino y femenino, procesos de fabricación, pruebas de efectividad, tipos de condones (tamaños, texturas, materiales, colores, sabores, etc.), fecha de caducidad y forma correcta para usarlo. Posteriormente se llevó a cabo un entrenamiento sobre la forma correcta de colocar y quitar un condón, a través de un modelamiento y ensayo conductual. La sesión se cerró con una discusión sobre la importancia de usar el condón, no solamente de forma correcta, sino de manera consistente, es decir, en todas y cada una de las relaciones sexuales.

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

**Sesiones 6, 7 y 8:** En estas sesiones se llevó a cabo el entrenamiento de las 4 habilidades precurrentes y de las 2 habilidades de comunicación sexual asertiva a través de las cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado. Dicho entrenamiento se llevó a cabo bajo el siguiente procedimiento:

1. Presentación de la habilidad y discusión de sus componentes conductuales con el grupo de estudiantes.
2. Modelamiento *en vivo* de la integración de los componentes que definen la habilidad.
3. Práctica sistemática de la habilidad a través del juego de roles, seguida de retroalimentación y comentarios sobre la ejecución individual.
4. Se hicieron videograbaciones de todas las sesiones de intervención en las que se instrumentó el juego de roles, dando retroalimentación

a cada participante por su ejecución en cada habilidad. 5. Planificación de las actividades que debían practicarse en contextos naturales.

### **Fase de Postevaluación**

Esta fase se llevó a cabo en la última sesión del taller y se evaluaron los mismos aspectos definidos en la fase de preevaluación. La habilidad conductual para usar correctamente el condón y las 2 habilidades de comunicación sexual asertiva se evaluaron en los dos grupos.

## ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el programa SPSS para Windows 10.0. Para el análisis descriptivo de las variables se utilizaron medidas de tendencia central y análisis bivariados.

Con las variables medidas en escala intervalar se realizaron comparaciones entre grupos, antes y después de la intervención, utilizando la *t* de Student para muestras independientes; los cambios observados de la fase de preevaluación a la fase de postevaluación para cada grupo se analizaron con la *t* de Student para muestras relacionadas.

La Ji Cuadrada se utilizó para comparar, entre los grupos y por sexo, el porcentaje de sujetos que respondieron a una u otra categoría medida en escala nominal. Los cambios observados en estas categorías de la fase de preevaluación a la fase de postevaluación se analizaron utilizando la prueba no paramétrica de Rangos de Wilcoxon.

El análisis de relación entre variables medidas en escala intervalar, se realizó utilizando el coeficiente *r* de *Pearson*. Cuando alguna de las variables implicadas en el análisis estuvo medida en escala nominal, se utilizó el coeficiente *rho* producto-momento de *Spearman*.

## RESULTADOS

Las conductas relacionadas con la prevención del VIH/SIDA consideradas en este estudio fueron el uso del condón en las relaciones sexuales y en la última relación sexual, la consistencia en el uso del condón y su uso correcto. Se partió del supuesto de que entrenando habilidades de comunicación sexual asertiva para hablar sobre temas de sexualidad y negociar el uso del condón y entrenando también la habilidad conductual para usar correctamente el condón, se produciría un incremento en estas conductas y un incremento en el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y los niveles de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA. Los resultados se presentan describiendo cada una de las variables por separado y finaliza con un análisis que indica cómo éstas se relacionaron.

La mayoría de los estudiantes de ambos grupos reportaron estar solteros (93.1%), tener preferencia heterosexual (93.1%) y vivir con su familia (89.7%); un poco más de la mitad (53.7%) no planearon su primera relación sexual y un 70% la tuvo en casa. La edad de inicio de las relaciones sexuales (debut sexual) fue de 16.83 en los hombres y de 17.96 años en las mujeres de toda la muestra, la diferencia por sexo no resultó significativa ( $t=-1.247$ ,  $p=.219$ ); el número promedio de parejas sexuales en toda la vida fue de 5.80 en los hombres y 1.89 en las mujeres, resultando significativa esta diferencia ( $t=3.058$ ,  $p=.004$ ); el número de parejas sexuales en los últimos tres meses fue de 1.07 en hombres y .86 en mujeres y la frecuencia promedio de las relaciones sexuales en los últimos tres meses fue de 7.73 en los hombres y 8.85 en las mujeres de toda la muestra, en ninguno de los dos casos se encontraron diferencias significativas debidas al sexo. Ambos grupos fueron homogéneos antes de la intervención en términos del sexo ( $X^2=0.198$ ,  $p=0.656$ ), edad ( $t=0.823$ ,  $p=0.415$ ), estado civil ( $X^2=2.880$ ,  $p=0.237$ ) preferencia sexual ( $X^2=2.859$ ,  $p=0.239$ ), planeación de la primera relación sexual ( $X^2=0.023$ ,  $p=0.880$ ), lugar de la primera relación sexual ( $X^2=4.729$ ,  $p=0.450$ ), edad del debut sexual ( $t= 0.834$ ,  $p=0.408$ ) y parejas sexuales en toda la vida ( $t=0.266$ ,  $p=0.791$ ). En la Tabla No. 6.1 se presentan los resultados obtenidos en estas variables, tanto para el grupo experimental como para el grupo control.

Tabla No. 6.1  
Comparación entre los grupos en las variables descriptivas.

	Grupo experimental	Grupo control	Prueba estadística
	%(n)	%(n)	
<i>Sexo</i>			$\chi^2=0.198, p=0.656$
Hombres	32.3 (10)	26.3 (5)	
Mujeres	67.7 (21)	73.7 (14)	
<i>Edad</i>	20.84	20.37	$t=0.823, p=0.415$
<i>Estado civil</i>			$\chi^2=2.880, p=0.237$
Soltero	96.8 (30)	84.2 (16)	
Casado	3.2 (1)	10.5 (2)	
Viudo		5.3 (1)	
<i>Preferencia sexual</i>			$\chi^2=2.859, p=0.239$
Homosexual	6.5 (2)	0.0 (0)	
Bisexual	0.0 (0)	5.3 (1)	
Heterosexual	93.5 (29)	94.7 (18)	
<i>Planeación de la primera relación sexual</i>			$\chi^2=0.023, p=0.880$
Sí	48.1 (13)	45.5 (5)	
No	51.9 (14)	54.5 (6)	
<i>Lugar de la primera relación sexual</i>			$\chi^2=4.729, p=0.450$
Casa	65.4 (17)	81.8 (9)	
Auto	3.8 (1)	0.0 (0)	
Hotel	23.1 (6)	9.1 (1)	
Despoblado	3.8 (1)	0.0 (0)	
Calle	3.8 (1)	0.0 (0)	
Otro	0.0 (0)	9.1 (1)	
<i>Edad del debut sexual</i>	17.58	17.05	$t=0.834, p=0.408$
<i>Parejas sexuales en toda la vida</i>	3.19	2.84	$t=0.266, p=0.791$

## Conducta sexual preventiva

Las conductas de riesgo de VIH/SIDA consideradas en este estudio fueron el uso del condón en las relaciones sexuales y en la última relación sexual, la consistencia en el uso del condón y la habilidad conductual para usar correctamente el condón. Se partió del supuesto de que entrenando habilidades de comunicación sexual asertiva para hablar sobre temas de sexualidad y



negociar el uso del condón y entrenando también la habilidad conductual para usar correctamente el condón, se produciría una reducción en estas conductas de riesgo. En la Tabla No. 6.2 se presenta el porcentaje de sujetos de ambos grupos que respondió usar el condón antes y después de la intervención, medida esta conducta a través de tres preguntas; la  $n$  corresponde al número de sujetos que sí usaron el condón de un total que respondieron a la pregunta correspondiente. Se observa que en la fase de preevaluación no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el *uso del condón en las relaciones sexuales en general* y *uso del condón en la última relación sexual*. En la fase de postevaluación tampoco se encontraron diferencias significativas en ninguna de estas dos medidas del uso del condón, sin embargo, al aplicar la prueba de Wilcoxon se encontró un incremento importante ( $Z=-1.732$ ,  $p=.083$ ) después de la intervención sólo en el porcentaje de sujetos del grupo experimental que reportaron usar el condón en su última relación sexual; en el grupo control los incrementos observados no fueron significativos en ninguno de estos dos indicadores (véase Figura No. 6.1). No se encontraron diferencias por sexo, únicamente antes de la intervención fue mayor el porcentaje de hombres (90%) comparado con el de las mujeres (57.1%) que reportó usar el condón en las relaciones sexuales en general ( $\chi^2=3.347$ ,  $p=.067$ ), pero después de la intervención las diferencias por sexo no fueron significativas en el uso del condón en las relaciones sexuales en general (70% de los hombres y 68.4% de las mujeres) y en la última relación sexual (66.7% de los hombres y 66.7% de las mujeres). Los resultados relativos a la consistencia en el uso del condón se muestran también en la Figura No. 6.2; al determinar la diferencias de medias entre grupos aplicando la  $t$  de Student para muestras independientes no se encontraron diferencias significativas en la fase de preevaluación, mientras que en la postevaluación las diferencias observadas sí fueron importantes, siendo mayor el valor de la consistencia en el grupo experimental (.73) que en el grupo control (.48); en este último las diferencias por sexo no fueron significativas ( $t=-.063$ ,  $p=0.951$ ), ya que los hombres obtuvieron una puntuación de .72 y las mujeres de .73.

Tabla No. 6.2

Porcentaje de sujetos del grupo experimental y grupo control que reportaron usar el condón antes y después de la intervención. Se presentan 3 indicadores de esta conducta obtenidos a través de un cuestionario de autoreporte.

Medidas de autoreporte del uso del condón	Grupo experimental				Grupo control				Comparaciones entre grupos	
	PRE		POST		PRE		POST		PRE	POST
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Uso del condón en relaciones sexuales en general	21/31	67.7	20/29	69.0	11/19	57.9	12/18	66.7	$\chi^2=.496, p=.481$	$\chi^2=.027, p=.869$
Uso del condón en la última relación sexual	14/30	46.7	16/24	66.7	5/11	45.5	7/14	50.0	$\chi^2=.005, p=.945$	$\chi^2=1.028, p=.311$
Índice de consistencia en el uso del condón	20/31	.56	17/31	.73	14/19	.47	14/19	.48	$t=.600, p=.553$	$t=1.800, p=.082$

### USO DEL CONDÓN

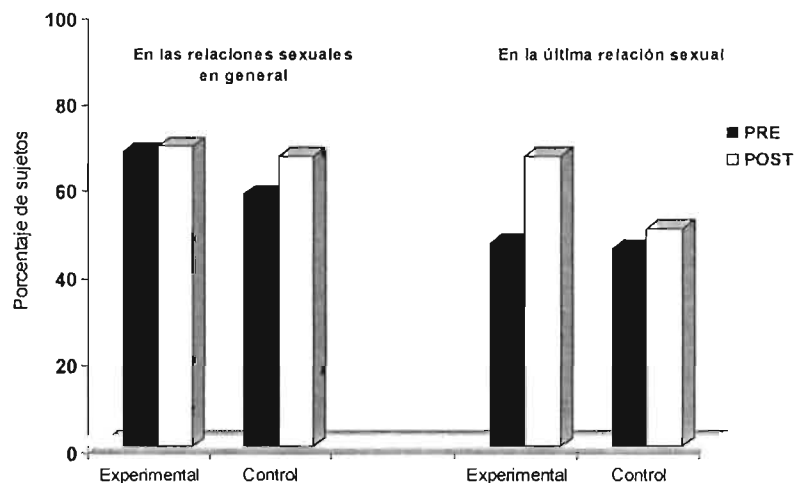


Figura No. 6.1. Porcentaje de estudiantes de ambos grupos que reportaron usar el condón en las relaciones sexuales en general y en la última relación sexual, antes y después de la intervención.

### CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN

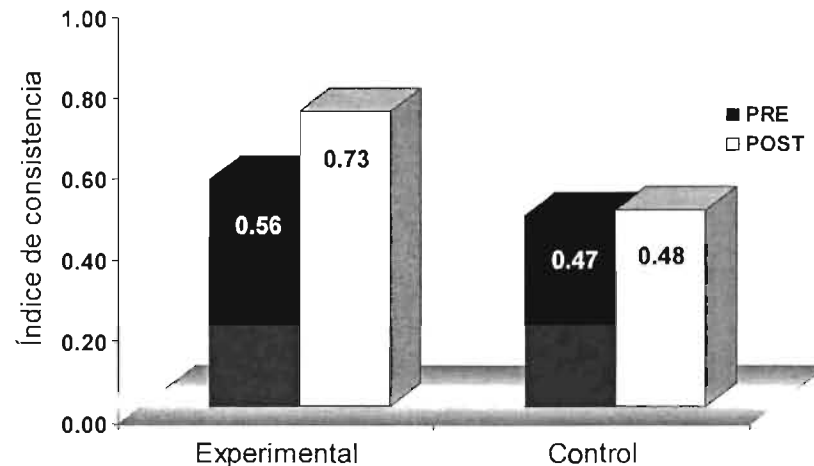


Figura No. 6.2. Índice de consistencia en el uso del condón obtenido en ambos grupos antes y después de la intervención.

El porcentaje de sujetos de ambos grupos que reportaron usar el condón en cada práctica sexual se muestra en la Figura No. 6.3 a) y b). La prueba Ji Cuadrada indicó que no hubo diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las prácticas ni antes ni después de la intervención (véase Tabla No. 6.3). La prueba de Wilcoxon indicó que los incrementos de la preevaluación a la postevaluación fueron significativos para el grupo experimental sólo en la práctica de *relaciones orales* ( $Z=-2.00$ ,  $p=.046$ ), en el grupo control los incrementos observados en el porcentaje de estudiantes que reportaron usar condón en cada práctica sexual no fueron significativos. En ningún caso se encontraron diferencias significativas por sexo.

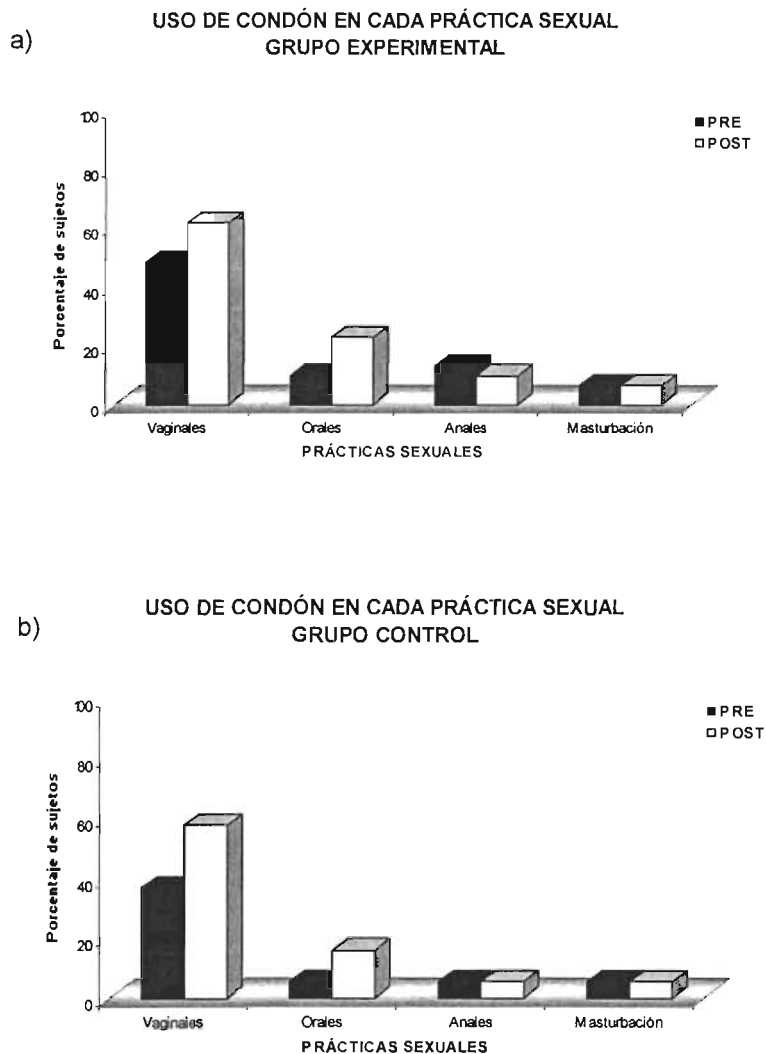


Figura No. 6.3. Porcentaje de estudiantes del grupo experimental (a) y grupo control (b) que reportaron usar el condón en distintas prácticas sexuales, antes y después de la intervención.

Tabla No. 6.3

Porcentaje de sujetos (la *n* está entre paréntesis) de cada grupo que usaron condón en cada práctica sexual, antes y después de la intervención.

Grupo	Sexo vaginal		Sexo oral		Sexo anal		Masturbación	
	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>
Exp.	48.4(15)	61.3(19)	9.7(3)	22.6(7)	12.9(4)	9.7(3)	6.5(2)	6.5(2)
Control	36.8(7)	57.9(11)	5.3(1)	15.8(3)	5.3(1)	5.3(1)	5.3(1)	5.3(1)
$\chi^2$	.637	.057	.312	.340	.764	.312	.030	.030
<i>p</i>	.42	.81	.57	.56	.38	.57	.86	.86
Wilcoxon								
Exp.	Z=-1.633, <i>p</i> =.102		Z=-2.000, <i>p</i> =.04		Z=-577, <i>p</i> =.564		Z=.000, <i>p</i> =1.0	
Control	Z=-1.414, <i>p</i> =.157		Z=-1.414, <i>p</i> =.157		Z=.000, <i>p</i> =1.0		Z=.000, <i>p</i> =1.0	

## Prácticas sexuales

El porcentaje de estudiantes de ambos grupos que respondieron tener cada práctica sexual se presenta en la Figura No. 6.4. para el grupo experimental (a) y grupo control (b). Se observa que el sexo anal es la práctica que menos se realiza en ambos grupos; en el grupo experimental el porcentaje de sujetos que reportaron tener sexo vaginal, oral y anal se mantuvo de la pre a la postevaluación, mientras que en el grupo control se observaron incrementos en todas las prácticas. Sin embargo, como se muestra en la Tabla No. 6.4, la prueba Ji Cuadrada indicó que no hubo diferencias entre grupos ni antes ni después de la intervención en ninguna de las prácticas evaluadas; la prueba de Wilcoxon muestra que en el grupo experimental incrementó significativamente, después de la intervención, el porcentaje de estudiantes que reportaron tener masturbación con la pareja ( $Z=-2.00$ ,  $p<.05$ ), en el caso del grupo control, a pesar de haberse observado incrementos después de la intervención en todas las prácticas sexuales, éstos fueron significativos sólo en la práctica de masturbación con la pareja ( $Z=-2.236$ ,  $p<.05$ ).

## Tipo de pareja sexual

En la Figura No. 6.5 se muestra el porcentaje de sujetos de cada grupo que reportaron tener relaciones sexuales con pareja estable, ocasional, amistades, desconocidos y con sexoservidores. Lo que se observa es que la mayoría de los sujetos del grupo experimental y todos los del grupo control, reportaron tener relaciones sexuales con su pareja estable, pero también las tienen con parejas

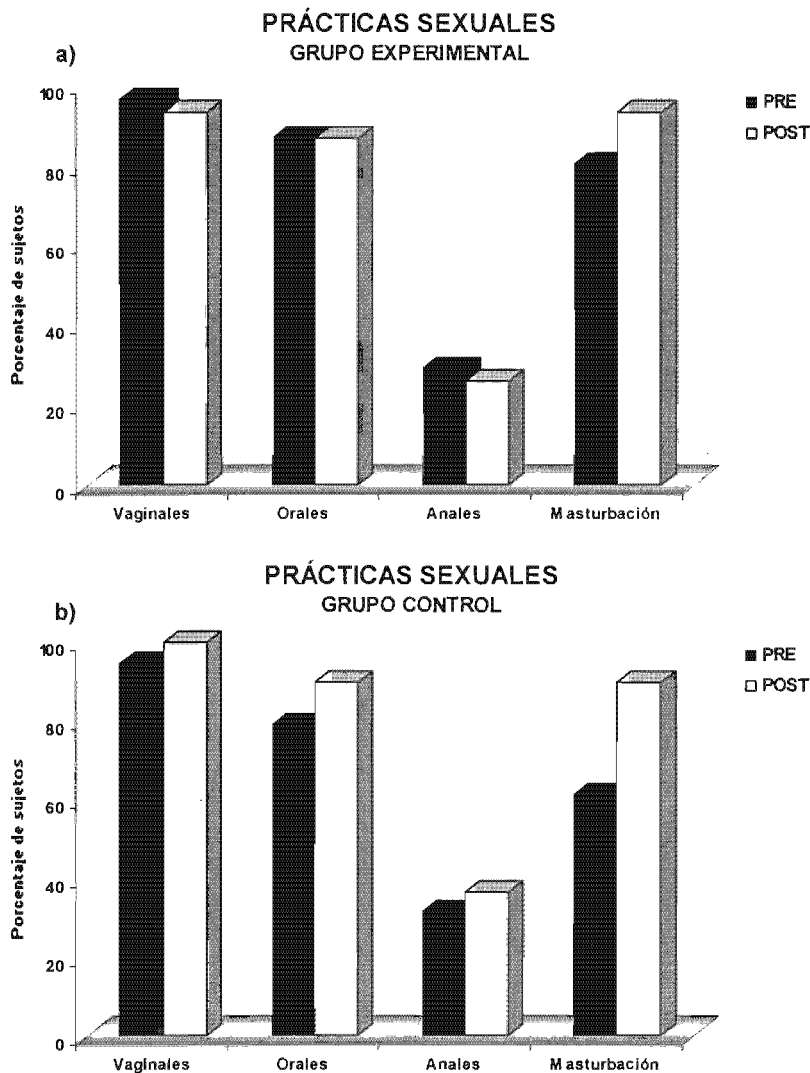


Figura No. 6.4. Porcentaje de estudiantes del grupo experimental (a) y grupo control (b) que reportaron tener distintas prácticas sexuales antes y después de la intervención.

Tabla No. 6.4

Porcentaje de sujetos (la *n* está entre paréntesis) de ambos grupos que reportaron tener cada práctica sexual, antes y después de la intervención.

Grupo	Sexo vaginal		Sexo oral		Sexo anal		Masturbación	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Experimental	96.8(30)	93.5(29)	87.1(27)	87.1(27)	29.0(9)	25.8(8)	80.6(25)	93.5(29)
Control	94.4(17)	100.0(19)	78.9(15)	89.5(17)	31.6(6)	36.8(7)	61.1(11)	89.5(17)
$\chi^2$	.158	1.277	.582	.063	.036	.683	2.229	.266
<i>P</i>	.69	.25	.44	.80	.84	.40	.13	.60
Wilcoxon								
Experimental	Z=-1.000,	<i>p</i> =.31	Z= 0.000,	<i>p</i> =1.0	Z=-.577,	<i>p</i> =.56	Z=-2.000,	<i>p</i> =.04
Control	Z=-1.000,	<i>p</i> =.31	Z=-1.414,	<i>p</i> =.15	Z=-.447,	<i>p</i> =.65	Z=-2.236,	<i>p</i> =.02

ocasionales, con amistades y en menor medida con desconocidos, ningún estudiante reportó tener relaciones sexuales con sexoservidores.

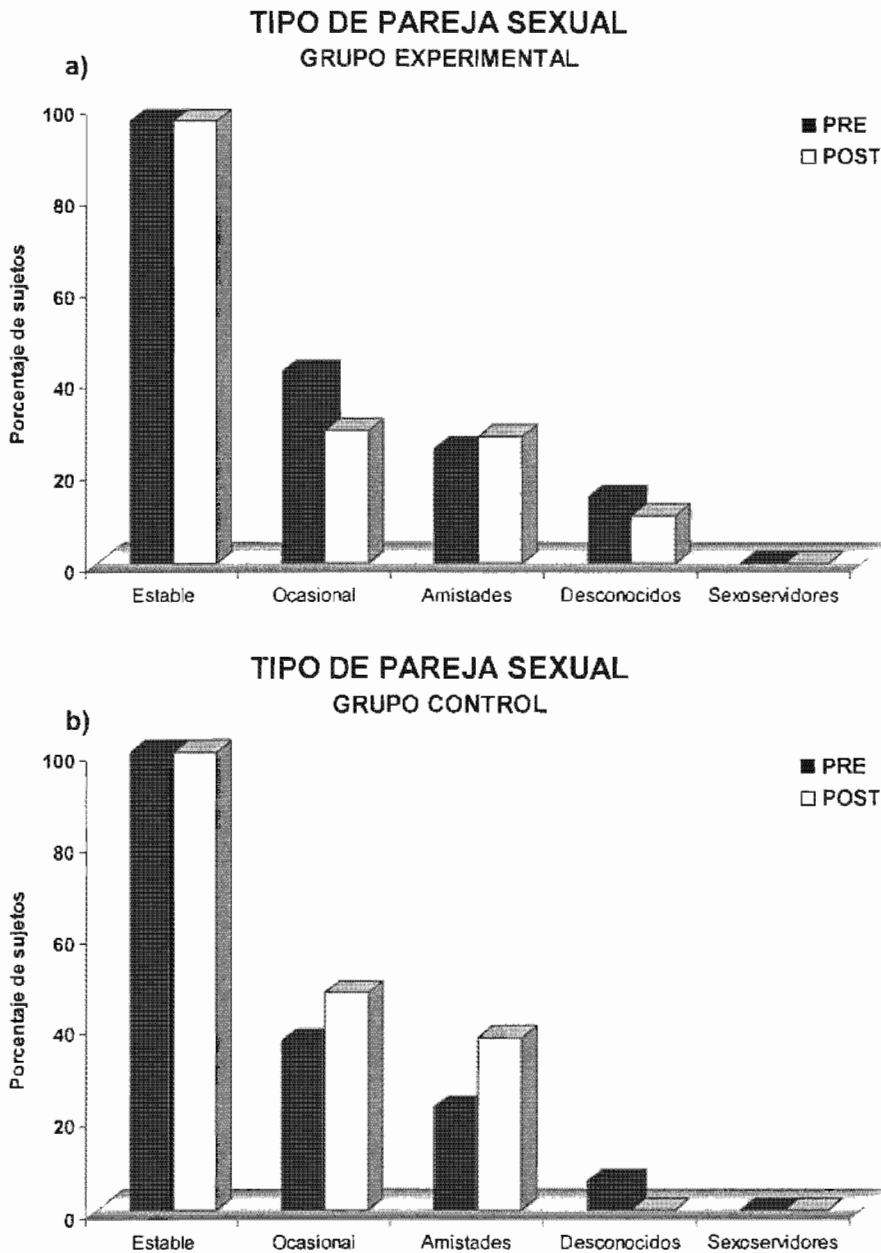


Figura No. 6.5. Porcentaje de estudiantes del grupo experimental (a) y grupo control (b) que reportaron tener distintas parejas sexuales, antes y después de la intervención.

Al comparar ambos grupos se observa un aumento, después de la intervención, en la proporción de estudiantes del grupo control que tuvieron relaciones sexuales con parejas ocasionales y con amistades, mientras que en el

grupo experimental se observa una disminución en la proporción de estudiantes que tuvieron relaciones con parejas ocasionales y con personas desconocidas. Sin embargo, en ningún caso las diferencias entre los grupos fueron significativas (véase Tabla No. 6.5).

Tabla No. 6.5

Porcentaje de sujetos de ambos grupos que reportaron tener relaciones sexuales con distintas parejas, antes y después de la intervención

Tipo de pareja	Grupo Experimental		Grupo Control		$\chi^2$		$p$	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Estable	96.7(29)	96.7(29)	100.0(19)	100.0(19)	.647	.647	.421	.421
Ocasional	41.9(13)	29.0(9)	36.8(7)	47.4(9)	.127	1.719	.721	.190
Amistades	25.0(7)	27.6(8)	22.2(4)	37.5(6)	.046	.473	.829	.492
Desconocidos	14.3(4)	10.3(3)	6.3(1)	0.0(0)	.653	1.773	.419	.183
Sexoservidores	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)				

## Conocimientos acerca del VIH/SIDA

En la Figura No. 6.6 se presenta el porcentaje de respuestas correctas obtenido en los grupos experimental (a) y control (b) en cada área de conocimientos evaluada y en el nivel global, antes y después de la intervención. Para determinar las diferencias de medias entre los grupos en cada fase de evaluación se aplicó la  $t$  de Student para muestras independientes y los resultados muestran diferencias importantes en la fase de preevaluación en las áreas de *transmisión* ( $t=-1.980$ ,  $p=.054$ ), *prevención* ( $t=-1.801$ ,  $p=.078$ ) y el porcentaje *global* de conocimientos ( $t=-1.797$ ,  $p=.07$ ), en la fase de postevaluación no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las áreas evaluadas. Esto es, el grupo control obtuvo un puntaje más alto que el grupo experimental en la fase de preevaluación en las áreas de transmisión, prevención y porcentaje global de conocimientos, sin embargo, al compararlos en la postevaluación las diferencias no resultaron significativas entre grupos, ya que el grupo experimental incrementó significativamente de la preevaluación a la postevaluación el porcentaje de respuestas correctas en *sintomatología* ( $t=-2.628$ ,  $p=.014$ ) y en el porcentaje

global de conocimientos ( $t=-2.529$ ,  $p=.017$ ), con un incremento importante, pero no significativo, en transmisión ( $t=-1.750$ ,  $p=.091$ ).

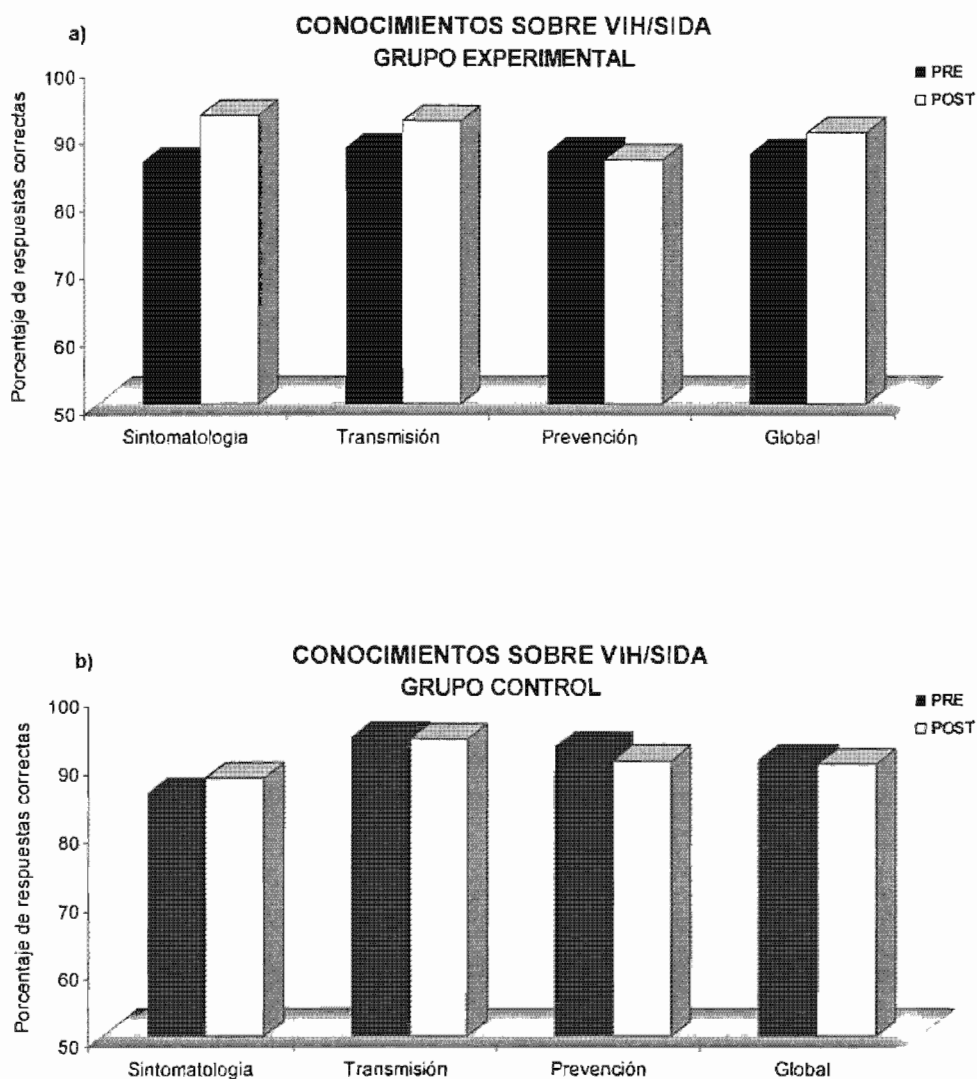


Figura No. 6.6. Porcentaje de respuestas correctas en las áreas sintomatología, transmisión y prevención del VIH/SIDA y porcentaje global de conocimientos obtenido en el grupo experimental (a) y grupo control (b), antes y después de la intervención



## Autoeficacia percibida para prevenir el SIDA

En este apartado se reportan los datos obtenidos en cada uno de los 5 factores de la escala de autoeficacia, que resultaron de la validación realizada en el estudio exploratorio, y los correspondientes a la autoeficacia total (la suma de los 25 reactivos). Se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes para determinar las diferencias entre los grupos antes y después de la intervención, sin embargo, la representación gráfica de los resultados ya no se ilustra en términos de niveles de autoeficacia baja, media y alta, ya que los valores obtenidos en los percentiles de cada factor fueron diferentes a los obtenidos en el primer estudio, que suponemos puede deberse al tamaño de la muestra evaluada. En este sentido, se ilustra la puntuación promedio obtenida en cada factor, presentando en cada figura, el valor máximo que puede obtenerse para cada factor y para toda la escala (autoeficacia total).

En la Figura No. 6.7 se muestra la puntuación promedio de autoeficacia total obtenida en cada grupo antes y después de la intervención.

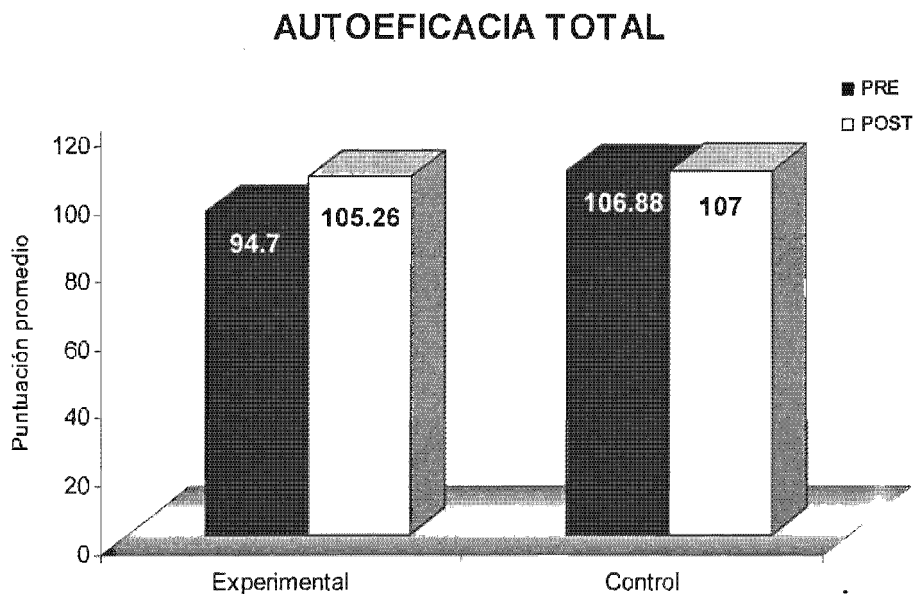


Figura No. 6.7. Puntuación promedio de toda la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA obtenida por ambos grupos antes y después de la intervención.

Se observa que en la fase de preevaluación el grupo experimental presentó una puntuación menor (94.70) que la del grupo control (106.88), resultando significativa esta diferencia ( $t=-3.002$ ,  $p=.005$ ). Sin embargo, en la fase de postevaluación ya no se observaron diferencias entre los grupos ( $t=-.497$ ,  $p=.62$ ) porque el grupo experimental incrementó significativamente la puntuación promedio de la pre a la postevaluación ( $t=-4.538$ ,  $p<.001$ ) mientras que en el grupo control no hubo incrementos ( $t=-.949$ ,  $p=.359$ ). Para determinar si había un efecto importante debido al sexo de los estudiantes, se aplicó una *t de Student* para muestras independientes para cada uno de los grupos y se encontró que las mujeres del grupo experimental obtuvieron en la fase de preevaluación una puntuación mayor (99.6) que los hombres (84.71) resultando significativa esta diferencia ( $t=-2.605$ ,  $p=.017$ ), similarmente en la fase de postevaluación las mujeres fueron más autoeficaces (110) que los hombres (94.43), resultando también significativa esta diferencia ( $t=-3.534$ ,  $p=.002$ ). En la Figura 6.7 se ilustran estos resultados.

### AUTOEFICACIA TOTAL POR SEXO

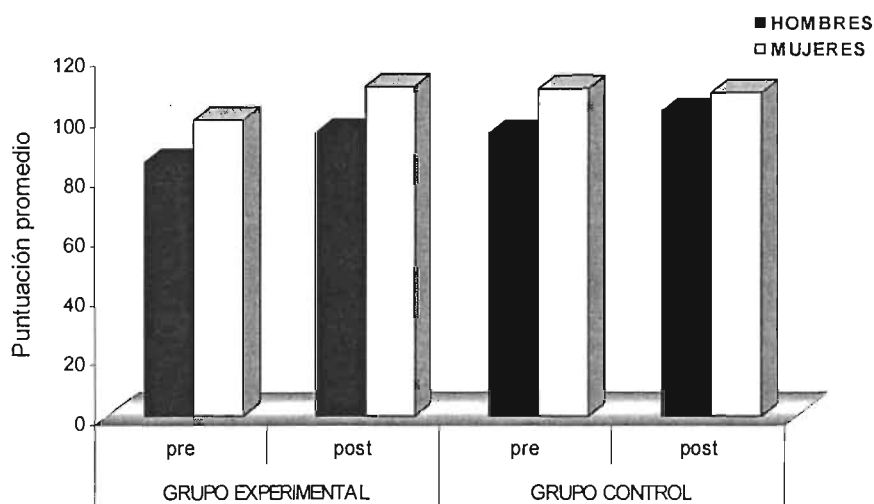


Figura No. 6.8. Puntuación promedio de toda la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA obtenida en hombres y mujeres de cada grupo, antes y después de la intervención.

En las figuras 6.9 a), b), c), d) y e) se muestran los resultados obtenidos antes y después de la intervención para cada grupo en los 5 factores de la escala

de autoeficacia. En la fase de preevaluación, los estudiantes del grupo control obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que el grupo experimental en los factores 1 ( $t=-2.70$ ,  $p=.045$ ) y 4 ( $t=-10.937$ ,  $p<.001$ ), que estiman, respectivamente, la capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas y la capacidad percibida para investigar la historia sexual de riesgo del compañero [figuras a) y d)]. Sin embargo, los estudiantes del grupo experimental incrementaron significativamente su puntuación, de la pre a la postevaluación, en la autoeficacia para investigar la historia sexual de su pareja ( $t= -27.136$ ,  $p<.001$ ), obteniendo una puntuación muy semejante a la del grupo control [figura d)], mientras que los incrementos observados en la autoeficacia percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas [figura a)] no fueron significativos ( $t=-1.651$ ,  $p=.113$ ).

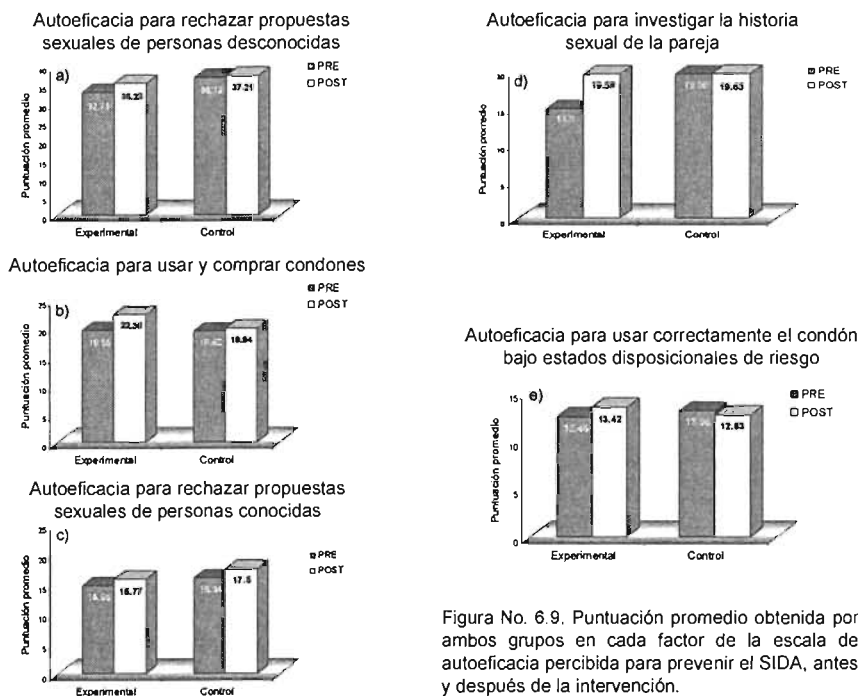


Figura No. 6.9. Puntuación promedio obtenida por ambos grupos en cada factor de la escala de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA, antes y después de la intervención.

También se observa que en los factores 2 y 5, que estiman la capacidad para comprar y usar condones [figura b)] y usarlos correctamente bajo circunstancias de riesgo [figura e)], respectivamente, los estudiantes del grupo experimental incrementaron significativamente su puntuación en el Factor 2 ( $t=-3.792$ ,  $p<.001$ ) y Factor 5 ( $t=-2.281$ ,  $p=.032$ ), mientras que los cambios

observados en el grupo control no resultaron significativos (Factor 2:  $t=-.639$ ,  $p=.532$ ; Factor 5:  $t=.823$ ,  $p=.422$ ). En el factor que estima la capacidad para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas [figura c)], no se observaron diferencias importantes entre grupos antes ( $t=-.854$ ,  $p=.398$ ) y después ( $t=-1.523$ ,  $p=.135$ ) de la intervención y tampoco los cambios que ocurrieron de la pre a la postevaluación en el grupo experimental ( $t=-1.044$ ,  $p=.308$ ) y grupo control ( $t=-1.464$ ,  $p=.162$ ) resultaron significativos.

Para determinar si había un efecto importante en las puntuaciones obtenidas en cada factor, que estuviera relacionado con el sexo, se calculó en cada grupo la *t* de Student para muestras independientes y se encontraron diferencias significativas solamente en el grupo experimental en los factores 1 y 3 –que son los que estiman la capacidad para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas (Factor 1) y conocidas (Factor 3)–, tanto en la fase de preevaluación como en la de postevaluación, resultando más autoeficaces las mujeres que los hombres (véase Tabla No. 6.6).

Tabla No. 6.6  
Puntuaciones de autoeficacia obtenidas en cada factor de la escala en hombres y mujeres del grupo experimental

Factores de la escala		PUNTUACIONES		<i>t</i>	<i>p</i>
		Hombres	Mujeres		
Factor 1: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas bajo circunstancias de riesgo	<i>pre</i>	<b>26.38</b>	<b>35.42</b>	<b>-3.369</b>	<b>.002</b>
	<i>post</i>	<b>31.38</b>	<b>36.94</b>	<b>-2.798</b>	<b>.01</b>
Factor 2: Capacidad percibida para usar y comprar condones	<i>pre</i>	18.90	19.89	-.760	.454
	<i>post</i>	21.13	22.94	-1.358	.188
Factor 3: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas, posponer las relaciones sexuales hasta el matrimonio y ser monógamo	<i>pre</i>	<b>11.0</b>	<b>16.15</b>	<b>-3.334</b>	<b>.003</b>
	<i>post</i>	<b>12.63</b>	<b>17.17</b>	<b>-3.220</b>	<b>.004</b>
Factor 4: Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del sida	<i>pre</i>	14.70	15.0	-.433	.668
	<i>post</i>	19.00	19.80	-1.299	.206
Factor 5: Capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo	<i>pre</i>	11.89	12.74	-1.007	.323
	<i>post</i>	12.88	13.67	-.957	.348

## Habilidades de comunicación sexual asertiva y uso correcto del condón

Los resultados obtenidos en las habilidades conductuales medidas a través de la observación directa se ilustran en la Figura No. 6.10. Al aplicar la *t* de Student para muestras relacionadas se encontró en el grupo experimental un incremento significativo de la preevaluación (43% de respuestas correctas) a la postevaluación (86.45% de respuestas correctas) en la habilidad conductual para usar correctamente el condón ( $t=-18.464$ ,  $p=.000$ ); los incrementos observados de la preevaluación a la postevaluación no resultaron ser significativos en la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad ( $t=-1.394$ ,  $p=.174$ ) ni en la habilidad para negociar el uso del condón ( $t=-0.996$ ,  $p=.327$ ).

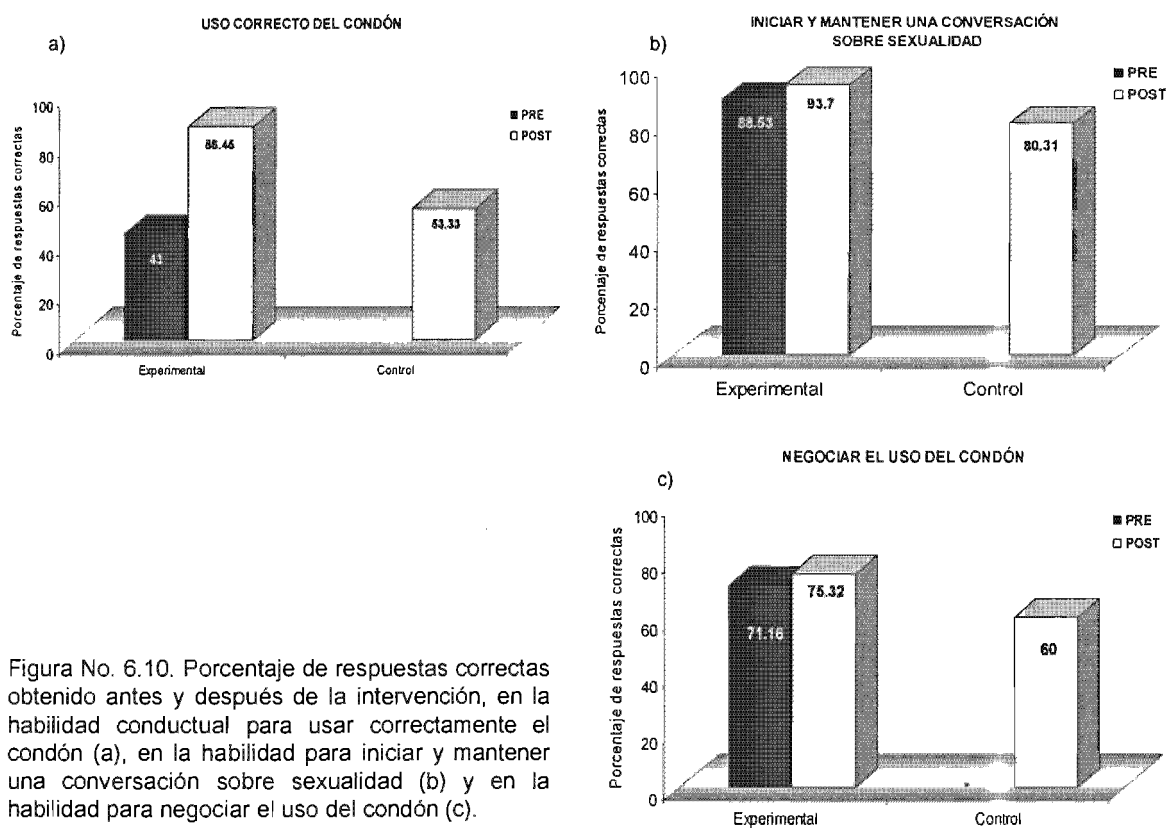


Figura No. 6.10. Porcentaje de respuestas correctas obtenido antes y después de la intervención, en la habilidad conductual para usar correctamente el condón (a), en la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad (b) y en la habilidad para negociar el uso del condón (c).

Para determinar las diferencias de medias entre ambos grupos en la fase de postevaluación se aplicó la *t* de Student para muestras independientes y se encontraron diferencias significativas en la habilidad conductual para usar correctamente el condón ( $t=9.763$ ,  $p<.001$ ), en la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad ( $t=2.841$ ,  $p=.007$ ) y en la de negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón ( $t=3.069$ ,  $p=.004$ ), siendo siempre mayor el porcentaje de respuestas correctas en el grupo experimental (véase Tabla No. 6.7).

Tabla No. 6.7

Porcentaje promedio de respuestas correctas obtenido por los estudiantes de ambos grupos en las tres habilidades conductuales evaluadas a través de la observación directa.

Habilidades conductuales	Grupo experimental				Grupo control		Comparaciones entre grupos
	<i>pre</i>		<i>post</i>		<i>post</i>		
	n	%RC	n	%RC	n	%RC	
Uso correcto del condón	31	43.00	31	86.45	19	53.33	$t=9.763, p=.000$
Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	30	88.53	31	93.79	19	80.31	$t=2.841, p=.007$
Negociar el uso del condón	30	71.16	31	75.32	19	60.00	$t=3.069, p=.004$

%RC: Porcentaje de respuestas correctas.

## Relación entre las variables

Para determinar en qué medida el autoreporte del uso del condón en relaciones sexuales en general y uso del condón en la última relación sexual se asociaban con cada una de las tres habilidades conductuales entrenadas, se calculó el índice de correlación *rho* de *Spearman*, y para determinar el grado de asociación entre conocimientos sobre VIH/SIDA, autoeficacia para prevenir el SIDA, las habilidades conductuales entrenadas y la consistencia en el uso del condón, se calculó el índice de correlación *r* de *Pearson*, tanto en el grupo experimental como en el grupo control en la fase de postevaluación. Los resultados para el grupo experimental muestran que ninguna de las tres habilidades conductuales

entrenadas se correlacionó significativamente con el autoreporte del uso del condón en las relaciones sexuales en general y en la última relación sexual y tampoco con la consistencia en el uso del condón. El nivel global de conocimientos se correlacionó negativamente con el Factor 2 de la escala de autoeficacia, que estima la capacidad percibida para usar y comprar condones ( $r=-.484, p<.05$ ). La autoeficacia total que considera la suma de los 25 reactivos de la escala no se correlacionó con ninguna variable. La habilidad para conversar sobre temas de sexualidad se correlacionó positivamente con la capacidad percibida para usar y comprar condones ( $r=.494, p<.05$ ) y la capacidad percibida para investigar la historia sexual del compañero ( $r=.836, p<.01$ ), pero no se correlacionó con la habilidad para negociar el uso del condón ni con la habilidad para usarlo correctamente. La habilidad conductual para usar correctamente el condón únicamente se correlacionó significativamente con la habilidad para negociarlo ( $r=.461, p<.01$ ). En el grupo control no se correlacionó ninguna variable.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó la importancia de un programa de intervención conductual para prevenir la transmisión del VIH/SIDA dirigido a estudiantes de nivel superior, el cual contempló no sólo aspectos de carácter informativo, sino un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva y de uso correcto del condón. El impacto de dicho programa se evaluó tomando medidas indirectas y directas del comportamiento sexual preventivo de los estudiantes. En el primer caso se utilizó un instrumento de autoreporte para obtener información sobre el uso consistente del condón y su uso en las relaciones sexuales en general, en la última relación sexual y en 4 prácticas sexuales específicas: sexo vaginal, sexo oral, sexo anal y masturbación con la pareja; la medida directa del uso de condón fue la observación en vivo de los pasos a seguir para colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza. Asimismo, se evaluó el impacto de este programa sobre el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA, el nivel de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA y el tipo de pareja sexual que tienen los estudiantes.

Los principales resultados indican que la estrategia de intervención resultó importante para incrementar la consistencia en el uso del condón y el porcentaje de estudiantes que lo usaron en su última relación sexual, pero no tuvo un impacto significativo en el reporte de su uso en las relaciones sexuales en general ni en cada práctica sexual en particular, excepto en sexo oral, ya que tanto en el grupo experimental como en el control se observaron incrementos (no significativos) en el porcentaje de estudiantes que reportaron usar condón.

De acuerdo con Fishbein y Pequegnat (2000) y Geary, Tchupo, Johnson et al. (2003), la evaluación del uso del condón determina en gran medida si se está teniendo o no un impacto en la reducción de conductas de riesgo. Si sólo se hubiera evaluado el uso del condón en las relaciones sexuales en general, la conclusión hubiera sido que no se lograron efectos positivos de la intervención. El uso del condón en la última relación sexual y la consistencia en el uso del condón



fueron más sensibles que el uso del condón en las relaciones sexuales en general y en cada práctica sexual. En este punto es importante tomar en consideración los planteamientos de Geary et al. (2003) respecto a los errores de memoria y comprensión que pueden ocurrir en los sujetos cuando se les pregunta sobre el uso del condón. Es más fácil recordar si se usó o no el condón cuando la pregunta hace referencia a la última relación sexual que cuando la pregunta se plantea en un nivel más general, como lo es *¿cuando tienes relaciones sexuales usas el condón?* Un segundo aspecto que cuestiona la validez de las medidas de autoreporte del uso del condón, es que en este estudio ninguna de las tres variables que evaluaron el uso del condón a través del autoreporte se correlacionó con la habilidad conductual para usarlo correctamente, lo que sugiere, apoyando a Crosby et al. (2001) y Fishbein y Pequegnat (2000), que quienes reportan usar el condón no necesariamente saben usarlo correctamente, esto es, el “decir” no necesariamente predice el “hacer”.

Los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran la importancia de considerar en los programas de intervención conductual para prevenir el VIH/SIDA un entrenamiento en la habilidad para usar correctamente el condón. Los efectos más importantes de la intervención se observaron en esta habilidad, ya que a pesar de haberse encontrado diferencias significativas entre los grupos en la postevaluación de las habilidades de comunicación, los datos de preevaluación de estas habilidades en el grupo experimental muestran un nivel semejante al obtenido en la postevaluación, mientras que los relativos a la habilidad conductual para usar correctamente el condón estuvieron por debajo del 45% de respuestas correctas en la preevaluación y por arriba del 85% en la postevaluación. Es decir, antes de la intervención los estudiantes que recibieron entrenamiento contaban con algunos repertorios conductuales en las habilidades de comunicación sexual, pero no sabían usar correctamente el condón; después de la intervención la ejecución mejoró en las habilidades de comunicación, pero la mejoría fue significativamente mayor en la habilidad conductual para usar el condón. Esto sugiere que es más probable que el incremento observado en la postevaluación tanto en la consistencia en el uso del condón como en el uso del

condón en la última relación sexual, se deba al haber aprendido a usar correctamente el condón y no tanto a la habilidad para negociarlo. También es posible que el entrenar una actividad manual como es el uso correcto del condón, sólo requiera de una sesión grupal de dos horas, mientras que para que un adolescente aprenda a conversar sobre sexualidad y negociar el uso del condón, tres sesiones diarias de 2 horas no sea suficiente, ya que prácticamente solo tuvieron en promedio una oportunidad para actuar frente al grupo para cada habilidad y recibir su retroalimentación al respecto. Tal vez haya un tiempo mínimo para la adquisición de estas habilidades complejas que implican la interacción con otras personas, en donde las diferencias individuales probablemente jueguen un papel importante a diferencia del aprendizaje de habilidades manuales concretas que hay que memorizar para usar correctamente el condón, donde se minimiza la influencia de esas mismas variables.

El entrenamiento en las habilidades de comunicación sexual asertiva se realizó a través de un juego de roles en el que los estudiantes pasaban frente al grupo a escenificar un episodio en el que tuvieran que negociar el uso del condón y se les daba retroalimentación, por parte del mismo grupo y de los entrenadores, sobre la forma en la que expresaban verbalmente su demanda y sobre la forma en la que componentes conductuales no verbales —contacto visual, entonación y volumen de voz—, ocurrían en dicho episodio. La evaluación se hizo a través de la observación directa de la habilidad, y aun cuando la intervención produjo un incremento en la consistencia del uso del condón, esta última no se correlacionó con la habilidad para negociar su uso, lo cual indica que no necesariamente los que usan consistentemente el condón saben negociarlo. La habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad no se correlacionó con la habilidad para negociar el uso del condón ni con la habilidad conductual para usarlo correctamente, lo cual sugiere que el poder abordar con la pareja el tema del condón no necesariamente significa que se pueda negociar su uso en una situación que implica relacionarse sexualmente. Sin embargo, la habilidad para negociarlo se correlacionó con la habilidad conductual para usarlo correctamente,

lo cual sugiere que es más probable que quienes tengan la habilidad para usar correctamente el condón puedan negociar su uso con su pareja.

Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smyth (2004) llevaron a cabo un estudio de intervención muy semejante al aquí reportado; trabajaron con parejas heterosexuales que, bajo el modelo de Información, Motivación y Conducta de Fisher y Fisher (1992), recibieron entrenamiento en información sobre VIH/SIDA, en motivación para usar el condón (creencias, actitudes e intenciones) y en habilidades de comunicación para usar el condón con su pareja, pero no fueron entrenados en la habilidad para usar correctamente el condón. Estos autores evaluaron la consistencia en el uso del condón en forma también semejante a la del presente estudio, y encontraron un incremento después de la intervención en las habilidades de comunicación pero no en el uso consistente del condón, lo cual sugiere, considerando los resultados del presente estudio, que el impacto de una intervención conductual sobre el uso consistente del condón es más efectivo si la intervención incluye un entrenamiento en el uso correcto del condón.

Tulloch et al. (2004) señalan 3 posibles explicaciones a sus resultados. En primer lugar, es probable que los estudiantes que respondieron apropiadamente en el juego de roles bajo circunstancias de laboratorio no sean capaces de transferir las habilidades a escenarios naturales, cuestión que es apoyada por Roth (1986) en relación a la necesidad de practicar en escenarios reales la habilidad que está siendo entrenada. En segundo lugar, la intervención pudo ser lo suficientemente efectiva como para producir efectos positivos a corto plazo, pero carece de intensidad o perfección para producir efectos a largo plazo. Estos autores -y la del presente estudio- no realizaron una evaluación de seguimiento en las habilidades de comunicación, por lo que esta explicación tiene sus limitaciones, sin embargo, hay evidencia que muestra que los cambios observados en habilidades sociales (negociación del condón, discusión sobre el riesgo de adquirir el SIDA, habilidad para usar correctamente el condón y enseñar a un amigo habilidades para reducir el riesgo del SIDA) después de una intervención conductual, no se mantienen en un periodo de seguimiento de 6 meses (Hovell,

Blumberg, Liles et al, 2001). En tercer lugar, es posible que los estudiantes hayan decidido no usar en escenarios reales las habilidades de negociación aprendidas, simplemente porque no tenían la intención de usar el condón al no percibirse en riesgo de contraer alguna ITS con su pareja, lo cual indica que la intervención no tuvo un efecto sobre las variables motivacionales que estos autores entrenaron.

En relación con el último punto referido en el párrafo anterior, el programa de intervención utilizado en este estudio produjo un efecto importante en los niveles de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA. Comparado con el grupo control, el grupo que recibió el entrenamiento conductual incrementó de manera importante la autoeficacia percibida para usar y comprar condones, para usarlo correctamente y para investigar la historia sexual de su pareja, sin embargo, esta variable (autoeficacia) no se correlacionó con la habilidad conductual para usar correctamente el condón ni con su uso consistente. También se encontró que las mujeres fueron más autoeficaces que los hombres para usar correctamente el condón, sin embargo, fueron ellas las que más reportaron no usarlo. Los que tienen la capacidad percibida para investigar la historia sexual de su pareja son los que saben hablar sobre sexualidad, pero no significa que usen el condón ni que sepan negociarlo con su pareja; los que perciben que tienen la capacidad para usar correctamente el condón no necesariamente lo usan ni tampoco saben negociarlo con su pareja, pero sí son hábiles para hablar sobre diversos temas de sexualidad.

Resultados semejantes fueron reportados por Crosby, DiClemente, Wingood et al. (2001) con mujeres afroamericanas, utilizando una escala de 9 reactivos para evaluar autoeficacia percibida para usar correctamente el condón, la observación directa de 6 pasos a seguir para la colocación correcta de un condón en un pene de enseñanza y la evaluación de conductas sexuales de riesgo (uso del condón en la última relación sexual y en los últimos 5 encuentros sexuales con pareja regular y casual y frecuencia de sexo vaginal no protegido). Estos autores encontraron que los niveles altos de autoeficacia percibida para usar correctamente el condón no se asociaron con niveles altos de la habilidad

conductual para usarlo correctamente; además, tampoco encontraron una relación entre los niveles altos de la habilidad conductual y las conductas sexuales de riesgo, lo cual sugiere que el saber usar correctamente el condón no se traduce automáticamente en una reducción del riesgo del VIH/SIDA y otras ITS. Estos hallazgos y los del presente estudio ponen en duda el poder predictivo de la autoeficacia sobre el uso del condón y resaltan la importancia de considerar en los programas de prevención del VIH/SIDA un entrenamiento en la habilidad para usar correctamente el condón.

En términos generales el presente estudio muestra que el programa de intervención produjo incrementos en los niveles de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA, el nivel general de conocimientos acerca de este problema de salud sexual, en la consistencia en el uso del condón y en las habilidades para negociarlo y usarlo correctamente, pero ninguna de estas variables se correlacionó con el uso consistente del condón. Comparando estos resultados con los obtenidos por Tulloch et al. (2004) pareciera ser que el haber incorporado en la estrategia de intervención el entrenamiento en la habilidad para usar correctamente el condón fuera el elemento que jugó un papel central en la generación de estos resultados, ya que la estrategia de intervención que utilizaron estos autores difiere, en lo general, sólo en este elemento. Sin embargo, debe resaltarse que la estrategia de intervención utilizada en este estudio contempló elementos definidos en el modelo de Bayés (1992b), atendiendo a un conjunto de factores definidos en las etapas del *pasado* y del *presente*, lo cual podría ser el elemento clave de este programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. Se requiere, sin embargo, probar empíricamente este supuesto.

Por otra parte, es importante señalar que, aun cuando en el presente estudio hubo en ambos grupos una mayor proporción de mujeres que de hombres, las diferencias por sexo en las distintas medidas del uso del condón después de la intervención no fueron significativas. Esto sugiere que tanto los hombres como las mujeres de este estudio aprendieron a negociar el uso del condón, a usarlo correctamente y a usarlo consistentemente en sus relaciones sexuales; en la

medida en que el uso correcto del condón se correlacionó significativamente con la habilidad para negociarlo, el estudio sugiere que el haber aprendido a usar correctamente el condón facilitó también el aprendizaje de la habilidad para negociarlo. Esto resulta particularmente importante en el contexto de los roles de género asignados culturalmente al hombre y la mujer, ya que se ha reportado que los hombres usan más el condón que las mujeres (Caballero y Villaseñor, 2001; Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Gayet et al., 2003; Ao, Sam, Manongi et al., 2003; Baele, Dusseldorf y Maes, 2001; Martínez-Donate, Hovell, Blumberg et al., 2004; Robles y Moreno, 2000; Wiggers, De Wit, Gras et al., 2003), atribuyendo el uso inconsistente del condón reportado por las mujeres a una falta de poder en sus relaciones sexuales que dificulta la negociación del sexo protegido (Pulerwitz, Amaro, Jong et al., 2002). En el presente estudio, aun cuando no se obtuvo ningún indicador de esta variable, el haber aprendido a usar correctamente el condón y a negociarlo con la pareja pudo haber promoviendo un estilo de comunicación positivo (Sánchez y Díaz-Loving, 2003) o de colaboración-equidad en la relación de pareja (Rivera y Díaz-Loving, 2002), y por tanto, haber incidido en el comportamiento sexual preventivo, sin embargo, esta es una cuestión que debe demostrarse empíricamente.

Si bien este no es un estudio antropológico sobre relaciones de género, el entrenamiento en una habilidad específica como el uso adecuado del condón, por parte de las mujeres, puede ser un factor detonador que podría tener repercusiones en el cambio o apoderamiento de funciones no tradicionales en las interacciones mujer-hombre de las mujeres participantes, esto es, las mujeres capaces de usar adecuadamente el condón, pueden actuar asertivamente al hablar sobre el condón y negociar su uso con la pareja y, quizás, generalizar ese tocar el tema y negociar con su compañero, hacia otros temas de interés no-sexuales como los aspectos económicos, la toma de decisiones en general, el tiempo a pasar con las familias respectivas, etc. Aunque la medición de estos aspectos no fue el objetivo de este estudio preliminar, valdría la pena tomar mediciones que puedan documentar esta posible generalización de las habilidades

de comunicación y negociación de las mujeres con sus parejas a partir del entrenamiento del uso correcto del condón, en replicaciones posteriores.

En este contexto también se ha visto que el uso del condón es más probable con parejas esporádicas que con la regular (Gebhardt, Kuyper y Greusven, 2003; Meekers, 2003; Semple, Patterson y Grant, 2003; Wiggers et al., 2003; Williams, Ross, Bowen et al., 2001), sugiriendo la existencia de un vínculo de atracción relacionado con el placer cuando se tienen relaciones sexuales con parejas casuales. En algunos estudios se ha demostrado que los que tienen relaciones sexuales con pareja casual tiene un menor grado de intimidad con su pareja y mayores motivos para tener sexo con ellas por placer y cuando los jóvenes tienen una nueva pareja es más probable que usen el condón en sus relaciones sexuales, pero conforme la van percibiendo como estable, baja la frecuencia del uso del condón (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1995, 1996; Fortenberry, Tu, Harezlak et al., 2002; Gebhardt et al., 2003; Sánchez y Muñoz, 2001; Seoane, 2002). En el presente estudio se encontró que una proporción importante de los jóvenes tiene relaciones sexuales con parejas ocasionales y con amistades, pero no se evaluó el uso de condón con dichas parejas. Sin embargo, si se toma en consideración que tanto hombres como mujeres incrementaron su uso consistente a pesar de que los hombres reportaron tener más parejas sexuales en toda la vida que las mujeres, se podría suponer que independientemente del tipo de pareja sexual que se tenga, el entrenamiento conductual utilizado fue efectivo para incrementar el uso consistente del condón, su uso correcto y la habilidad para negociarlo con la pareja. Será una tarea posterior indagar si este incremento sólo ocurre con parejas esporádicas y no afecta su probabilidad con parejas regulares, que es un tema independiente que reviste el interjuego de factores múltiples. Es conveniente, además, evaluar empíricamente si un entrenamiento en el uso correcto del condón y en la habilidad para negociarlo tiene un impacto sobre el grado de intimidad que se desarrolla en la pareja y el que el uso del condón con una pareja regular puede ser interpretado como un signo de infidelidad.

Por otra parte, la estrategia de intervención produjo un incremento en las habilidades de comunicación pero no se logró que la ejecución llegara al 100%. Posiblemente se deba a que las sesiones de entrenamiento se programaron en forma consecutiva y no semanalmente como lo establece el Aprendizaje Estructurado, estrategia de cambio conductual empleada en este estudio. Goldstein (1981) y Roth (1986) señalan que debe darse la oportunidad a los participantes de practicar en escenarios reales la habilidad que está siendo entrenada y no iniciar el entrenamiento de la siguiente hasta que se haya logrado el 100% de respuestas correctas en la habilidad anterior. En este estudio el entrenamiento en las habilidades ocurrió en tres sesiones consecutivas de 2 horas cada una, ya que el programa completo contempló información sobre VIH/SIDA, discusión sobre las diferencias en el papel asignado al hombre y a la mujer en la sociedad mexicana y su impacto en la toma de decisiones en el terreno sexual, un entrenamiento en el uso correcto del condón y finalmente el entrenamiento en las habilidades, que incluyó, además de conversar sobre temas de sexualidad y negociar el uso del condón, cuatro habilidades básicas que se consideraron como repertorios precurrentes de las de comunicación sexual asertiva. Por tanto, no hubo oportunidad de que los jóvenes practicaran cada habilidad durante tiempos prolongados.

Los resultados del presente estudio también apoyan la importancia de utilizar medidas de observación directa de las habilidades de comunicación sexual asertiva. Evaluar la asertividad sexual a través de escalas tipo Likert implica no observar directamente en los sujetos cómo ocurre la habilidad para demandar y negociar el uso del condón, en lugar de ello se obtiene información, por ejemplo, sobre la "...habilidad percibida para defender el deseo de uno para usar el condón" (Noar, Morokoff y Redding, 2002, pág. 331). Saber que un entrenamiento en asertividad sexual incrementa la habilidad percibida para decir asertivamente a la pareja que quiere usar el condón, no significa que realmente se vaya a presentar la habilidad conductual de verbalizar o expresar asertivamente esta demanda. De aquí la importancia de profundizar en la investigación sobre formas concretas y fáciles de medir, a través de la observación directa, habilidades de



comunicación asertiva en la pareja, de tal manera que se asegure que quienes dicen que tienen la capacidad para demandar el uso del condón a su pareja realmente lo hagan en forma correcta y efectiva, considerando la ocurrencia de las expresiones verbales y no verbales involucradas en dichas habilidades.

### **Limitaciones del estudio**

El presente estudio tiene algunas limitaciones que es importante tomar en consideración. Por un lado, el número de participantes que finalizaron el estudio disminuyó y no fue homogéneo en cada grupo, y tampoco lo fue la proporción de hombres y mujeres, por tanto, habría que tomarse con reserva los resultados que se obtuvieron, sin embargo, el estudio tiene la ventaja de haber utilizado un procedimiento de selección y asignación aleatorio, lo que permite suponer homogeneidad en los posibles factores de confusión presentes en ambos grupos. Otra limitación fue que a pesar de haberse entrenado el uso correcto del condón femenino, no se obtuvieron medidas de su uso en las relaciones sexuales de las mujeres. Se sugiere medir esta conducta sexual preventiva utilizando tanto medidas indirectas como de observación directa, determinando el impacto del programa de intervención aquí referido sobre este comportamiento preventivo y su vinculación con la habilidad para negociar el uso de protección en parejas heterosexuales. Por otra parte, el estudio no consideró un periodo de seguimiento que permitiera evaluar el mantenimiento de las conductas sexuales preventivas entrenadas y su impacto sobre el uso consistente del condón, por tanto, los resultados son limitados. Finalmente, no se consideró la variable edad como elemento importante en el aprendizaje de conductas sexuales preventivas. En otros trabajos (Fernández, Molina, Ramírez et al., 2000) se ha demostrado que los efectos de un programa de intervención son más efectivos en adolescentes de menor edad (12 y 15 años), comparados con los de mayor edad (18 y 19 años), por tanto, se sugiere instrumentar el programa de intervención aquí referido en estudiantes de secundaria y preparatoria, evaluando su impacto no sólo en el uso correcto y consistente del condón, sino en la prolongación de la edad de inicio de las relaciones sexuales.

## CONCLUSIONES

- Los hallazgos del presente estudio muestran que para lograr un cambio en las conductas sexuales de riesgo es necesario dar un entrenamiento en la habilidad conductual para usar correctamente el condón usando un pene de enseñanza y siguiendo los 15 pasos indicados para tener una ejecución correcta, ya que se logró un incremento en la consistencia en el uso del condón y en la habilidad para negociarlo, correlacionándose esta última variable con la habilidad conductual para usarlo correctamente.
- El presente estudio tienen implicaciones importantes en el aprendizaje de habilidades que inciden en la toma de decisiones en el terreno sexual de parejas heterosexuales, sugiriendo que el aprender a negociar el uso del condón puede promover un estilo de colaboración-equidad en la pareja, impactando en el desarrollo de comportamientos sexuales preventivos.
- Para determinar el impacto de un programa de intervención conductual en la prevención de conductas sexuales de riesgo, es necesario poner atención en la forma en la que se miden las variables en cuestión. Particularmente, se deben considerar los problemas de validez de las medidas de autoreporte del uso del condón con respecto a la habilidad conductual para usarlo correctamente. Es necesario observar directamente que los estudiantes pueden usar correctamente el condón, mediante un modelo como el que aquí se ha empleado, y no contar tan sólo con la información del autoreporte de su uso, el “decir” no refleja necesariamente el “hacer”.
- Los resultados obtenidos en la presente investigación, así como la revisión de la literatura sobre el tema, sugiere que los estudios que consideran un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual, deben contar con medidas directas de las habilidades para asegurar que los estudiantes efectivamente tengan los repertorios conductuales para negociar el uso del condón con su pareja. Se requiere, además, programar el tiempo oportuno

para que los estudiantes practiquen en escenarios reales las habilidades que están siendo entrenadas.

- El estudio sugiere la necesidad de investigar con mayor profundidad si el entrenamiento en la habilidad conductual para usar correctamente el condón tiene un mayor efecto en la consistencia del uso del condón que el entrenamiento en la habilidad para negociarlo o si ambas habilidades son necesarias para lograr un efecto en la reducción de conductas sexuales de riesgo.
- Para determinar los efectos del entrenamiento conductual sobre las conductas sexuales preventivas, se sugiere la inclusión de un período de seguimiento por 6 y 12 meses que permita evaluar si se mantienen tanto las habilidades de comunicación sexual y uso correcto del condón como el autoreporte de su uso, determinando, en su caso, las variables relacionadas con la reincidencia de conductas sexuales de riesgo.
- Finalmente, tener un nivel alto de autoeficacia para usar correctamente el condón no significa que los estudiantes lo usen ni que lo sepan usar correctamente, mucho menos que sepan negociarlo con su pareja, por tanto, los esfuerzos en los programas preventivos deben orientarse hacia el entrenamiento de habilidades conductuales que involucren la negociación del uso del condón y su uso correcto.

# *Capítulo 7*

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES**

Ante el panorama desalentador sobre la salud sexual de los adolescentes mexicanos que se ha reportado en estudios de carácter epidemiológico (Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis, 2003; Santos, Villa, García et al., 2003), adquiere sentido, y gran relevancia, orientar los esfuerzos hacia la investigación psicológica que permita contribuir con la prevención primaria y secundaria —en el sentido señalado por Kaplan, Feinstein, Fisher et al. (2001)— de VIH/ITS y embarazos no deseados. La investigación científica no debe limitarse sólo a la generación de evidencia empírica, fundamentada en un marco conceptual específico, que permita entender y explicar por qué los adolescentes y jóvenes incurrir en comportamientos de riesgo; debe, además, ser capaz de generar propuestas efectivas de carácter aplicado, congruentes con un marco conceptual, que contribuyan con la solución de estos problemas de salud sexual. La revisión de la literatura sobre el tema expuesta en la Parte I de este trabajo, muestra la variedad y diversidad de estudios enfocados hacia el primero de estos aspectos, identificando, definiendo y evaluando las variables que predicen un comportamiento preventivo muy específico: usar protección al tener relaciones sexuales, y pocos son los que se distinguen por evaluar la efectividad de estrategias de intervención orientadas hacia la prevención de los problemas de salud sexual referidos.

La investigación reportada en este trabajo contempló la evaluación de los dos aspectos antes referidos. En el primer estudio se hizo una evaluación de las variables definidas en el modelo de prevención del VIH/SIDA (Bayésb) para determinar aquellas que resultaban ser las predictoras del uso de condón; en el segundo estudio se evaluó la efectividad de una estrategia de intervención, diseñada con base en este modelo, para producir cambios en esta conducta

preventiva tan estudiada por todos (véase Crosby, 1998). Esto es, la investigación no sólo se limitó a la evaluación de un modelo de predicción del comportamiento preventivo, más allá de esto, propuso y evaluó una estrategia de intervención que contribuye con la solución de problemas de salud sexual. Integrandos los hallazgos obtenidos en ambos estudios, podemos hacer los siguientes comentarios.

Los dos estudios que aquí presentamos estuvieron organizados conceptualmente bajo la lógica de un modelo conductual que se fundamenta en el análisis funcional del comportamiento humano (Kantor, 1967; Ribes, 1990; Ribes y López, 1985). El primer estudio se realizó para investigar el papel que juegan en la predicción de la conducta de uso del condón, las variables definidas por Bayés (1992b) en su modelo de prevención del VIH/SIDA, considerando la evaluación de variables tanto cognoscitivas –que en la literatura aparecen como conocimientos, actitudes y autoeficacia– como conductuales. El segundo estudio se diseñó para probar la efectividad de una estrategia de intervención basada en el entrenamiento conductual de habilidades específicas vinculadas con el desarrollo de competencias funcionales que les permitan a los jóvenes enfrentar con éxito situaciones que ponen en riesgo su salud sexual. En conjunto, ambos estudios también fueron diseñados para demostrar empíricamente la importancia de utilizar medidas de observación directa de los comportamientos que son objeto de interés y en los que se pretende incidir para prevenir problemas de salud sexual.

Los resultados del primer estudio mostraron dos aspectos interesantes. Por un lado, las variables que resultaron ser predictoras de la conducta de uso del condón fueron tanto cognoscitivas como conductuales. Los modelos que más investigación han generado en este campo definen variables cognoscitivas o de carácter motivacional (creencias, actitudes, autoeficacia, intenciones) que son consideradas como factores mediacionales que son responsables de la ocurrencia del comportamiento de riesgo o preventivo, dejando fuera del modelo variables de tipo conductual que proporcionan información relevante sobre lo que los individuos hacen, cómo lo hacen y bajo qué circunstancias lo hacen. En este estudio se obtuvo evidencia empírica que demuestra la importancia de las experiencias

conductuales en el desarrollo del comportamiento preventivo. Por el otro lado, el estudio también demostró que la importancia relativa de cada una de estas variables (cognoscitivas y conductuales) dependió de la medida utilizada sobre la conducta de uso de condón. Los predictores del uso consistente del condón fueron autoeficacia percibida para usar y comprar condones, actitud favorable hacia el condón y frecuencias bajas de las relaciones sexuales; los predictores de la frecuencia del uso del condón fueron tener mayor número de parejas sexuales en los últimos tres meses, mayor diversidad de prácticas sexuales realizadas y mayor nivel de autoeficacia percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo (uso de alcohol y/o drogas). Atendiendo a las variables conductuales, la consistencia en el uso del condón se asoció con variables que implican tener poca experiencia sexual, mientras que la frecuencia del uso del condón se asoció con una mayor experiencia sexual. Estos resultados sugieren la importancia de considerar en los modelos que pretenden explicar y predecir el comportamiento sexual de riesgo, variables conductuales relativas a experiencias sexuales específicas y poner atención en el tipo de medida que se utilice para evaluar la conducta de uso del condón.

La actitud hacia el condón resultó ser un predictor importante de la consistencia en el uso del condón sólo en las mujeres, mientras que la autoeficacia fue la única variable cognoscitiva que formó parte de los predictores tanto de la consistencia como de la frecuencia del uso del condón en hombres y mujeres. Sin embargo, el estudio de intervención mostró que la autoeficacia percibida para usar el condón no se relacionó con la habilidad conductual para usarlo correctamente ni con la habilidad para negociarlo con la pareja. Tener la capacidad percibida para usar el condón y además para usarlo correctamente no significa que en la práctica se negocie con éxito su uso y se utilice correctamente, lo cual sugiere, por un lado, la necesidad de desarrollar modelos conceptuales que den importancia a las variables conductuales, y por otro, que las intervenciones orientadas hacia la prevención del VIH/SIDA deben poner más atención en el entrenamiento de estas habilidades conductuales.

El nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA encontrado en los estudiantes que participaron en ambos estudios, a pesar de ser elevado, no se relacionó con el uso consistente del condón, lo que lleva a confirmar una vez más que la información es necesaria pero no suficiente para lograr cambios en las conductas de riesgo (Bayés, 1992b). Sin embargo, esta variable no consideró la información específica que se debe tener en relación con los condones (material de fabricación, textura, tamaños, colores, sabores y condones especiales para sexo anal, oral y vaginal), por tanto, se sugiere evaluar este tipo de información como parte de los conocimientos que los jóvenes deben manejar para promover cambios en su comportamiento.

Los resultados del primer estudio sugieren que las mujeres están más en riesgo de adquirir alguna ITS/VIH que los hombres, ya que una mayor proporción de ellas no usan el condón o lo usan inconsistentemente; además de tener relaciones con penetración vaginal, ellas también han practicado el sexo anal, lo que las pone en mayor riesgo por haber mayor probabilidad de transmisión del VIH de hombre a mujer que de mujer a hombre (Brody, 1995) y mayor probabilidad en el sexo anal no protegido (Cohen y Miller, 1998). El programa de intervención utilizado en el segundo estudio produjo un aumento en el porcentaje de estudiantes que reportaron practicar la masturbación con su pareja, un decremento en el porcentaje que reportó tener relaciones con parejas ocasionales y un aumento en el uso del condón en el sexo oral, pero no se pudieron determinar sus efectos diferenciales entre los hombres y las mujeres, ya que los grupos no estuvieron conformados con la misma proporción de hombres y mujeres, por tanto, es limitado para explicar las diferencias por sexo.

En el primer estudio la conducta de uso del condón fue evaluada a través de distintos indicadores: uso del condón en relaciones sexuales en general, en la última relación sexual, en cada práctica sexual, frecuencia del uso del condón y consistencia. Todas estas medidas fueron vía el autoreporte. El estudio de intervención mostró que la habilidad para usar correctamente el condón y la habilidad para negociarlo, no se relacionaron con ninguna de estas medidas, lo

cual indica que el autoreporte del uso del condón no necesariamente significa que se sepa usar ni tampoco que se sepa negociar su uso con la pareja, por tanto, como medida de éxito de los programas de intervención es limitada. Lo que permite tener mayor seguridad de que se está incidiendo en la disminución de nuevas infecciones por VIH y otras ITS, es el uso de medidas de observación directa, tanto de la habilidad conductual para usar correctamente el condón como de las habilidades de comunicación sexual asertiva; cuando éstas se correlacionen con el autoreporte del uso consistente del condón, se podrá entonces confiar en este último como medida de éxito de las intervenciones dirigidas a prevenir estos problemas de salud sexual.

El programa de intervención utilizado en el segundo estudio mostró su efectividad para incidir en variables cognitivas y conductuales. Se observaron incrementos en los niveles de autoeficacia y de conocimientos sobre el VIH/SIDA e incrementos muy importantes en la habilidad para usar correctamente el condón y para negociarlo con la pareja. Se redujo además la proporción de estudiantes que tuvieron relaciones con una pareja ocasional y se aumentó la proporción de aquellos que practicaron sexo seguro, particularmente, la masturbación con la pareja. En conjunto estos hallazgos muestran que la estrategia de intervención conductual diseñada bajo la lógica de una perspectiva interconductual, que considera un análisis funcional del comportamiento, tuvo un impacto importante en la modificación de conductas de riesgo relacionadas con el VIH/SIDA.

Finalmente, es importante señalar algunas limitaciones de la investigación aquí presentada. Por un lado, en el primer estudio no se evaluaron todas las variables que Bayés (1992b) considera en su modelo de prevención del VIH/SIDA, por lo que es posible que existan otros comportamientos que estén jugando un papel importante en la predicción de la conducta de uso del condón. Pero como lo señala el propio Bayés (1992b), se deben orientar los esfuerzos de la investigación hacia la consecución del mejor conocimiento posible de los factores que se presentan en el modelo, y, por tanto, de orientar la investigación hacia el diseño de instrumentos de evaluación, fiables y válidos, como condición necesaria



para poder valorar la eficacia de las acciones preventivas y terapéuticas que se lleven a cabo. Esfuerzos en este sentido lo constituyen los trabajos de Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz-González (2001), Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías (2003), Díaz-González, Rodríguez, Moreno et al. (2005), Robles, Piña y Moreno (en dictamen), Moreno, Robles y Piña (en dictamen), Rodríguez, Díaz-González, Moreno et al. (en dictamen). Por otro lado, aún cuando la estrategia de intervención diseñada y utilizada en la presente investigación logró el cambio de conductas de riesgo a conductas preventivas, los resultados son limitados en la medida en que no se consideró un periodo de seguimiento que permitiera evaluar el mantenimiento de las habilidades conductuales entrenadas. Por tanto, la investigación sobre la efectividad del programa de prevención aquí utilizado, debe continuar considerando un periodo de seguimiento, pero además, debe probar también su efectividad en poblaciones más amplias de adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres.

# Referencias

- Abdullah, A.S., Fielding, R., Hedley, A.J., Ebrahim, S.H. y Luk, Y.K. (2002). Reasons for not using condoms among the Hong King Chinese population: implications for HIV and STD prevention. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 180-184.
- AIDS Vaccine (2003). International Annual Conference. New York, New York. S.f., obtenido desde <http://www.aidsvaccine2003.org>.
- Ajzen, I. (1985). From intention to actions: a theory of planned behavior. In J. Kul & J. Beckmann (Eds.). *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (1998). Models of human social behaviour and their application to health psychology. *Psychology and Health*, 13, 735-740.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T. (1986). Prediction of goal-directed behaviour: attitude, intentions, and perceived behaviour control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Albarracín, D., Johnson, B., Fishbein, M. & Muellerleile, P. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161.
- Albarracín, D., McNatt, P., Klein, C., Ho, R., Mitchell, A. y Tarcan, K. (2003). Persuasive communications to change actions: an analysis of behavioral and cognitive impact in HIV prevention. *Health Psychology*, 22(2), 166-177.
- Alfaro, M.L., Harada, O.E. y Díaz-Loving, R. (2000). Factores psicosociales que determinan la intención y uso del condón en adolescentes. *La Psicología Social en México*, VIII, 711-717.
- Alfaro, M.L., Rivera, A.S. y Díaz-Loving, R. (1991). Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 4(2), 151-165.
- Alfaro, M.L., Rivera, A.S. y Díaz-Loving, R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. *La Psicología Social en México*, IV, 95-100.

- Anaya, L. (1997). Actualización epidemiológica de las ETS/VIH/SIDA. Análisis de la situación del SIDA y las ETS en el cuarto trimestre de 1997. *SIDA/ETS*, 4(1), II-XVI.
- Ao, T., Sam, N., Manongi, R., Seage, G. & Kapiga, S. (2003). Social and behavioural determinants of consistent condom use among hotel and bar workers in Northern Tanzania. *International Journal of STD & AIDS*, 14, 688-696.
- Auerbach, J.D. & Coates, T.J. (2000). HIV prevention research: accomplishments and challenges for the third decade of AIDS. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1029-1036.
- Baele, J.A., Dusseldorp, E. & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 421-431.
- Balter, M. (1996). A Second coreceptor for HIV in early stages of infection. *Science*, 272, 1740.
- Balter, M. (1998a). Chemokine mutation slows progression. *Science*, 279, 327.
- Balter, M. (1998b). Impending AIDS vaccine trial opens old wounds. *Science*, 279, 650.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En: R. DiClemente & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp.25-60). New York: Plenum Press.
- Barrett, W.S., Lian, M.E., Jayabaskar, W.M., & Chan, T. (2004). Determinants of inconsistent condom use with female sex workers among men attending the STD clinic in Singapore. *Sexually Transmitted Infections*, 80(4), 310-314.
- Bayés, R. (1990). Psicología y SIDA: Análisis Funcional de los Comportamientos de Riesgo y Prevención. *Papeles del Colegio*, 46, 30-36.
- Bayés, R. (1992a). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 35-56.
- Bayés, R. (1992b). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 0, 33-50.
- Bayés, R. (2001). Infección por VIH: aspectos psicológicos. En: F. Bueno, R. Nájera (Eds.) *Salud Pública y SIDA*. Madrid: Ediciones Doyma.
- Bayés, R. y Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cófactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *JANO, Medicina y Humanidades*, 34, 1313-1322.

- 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.
- Blanc, A. (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence. *Studies in Family Planning*, 32(3), 189-213.
- Bloom, F.E. (1996). Breakthroughs of the Year, 1996 (Editorial). *Science*, 274, 1987.
- Brody, S. (1995). Lack of evidence for transmission of Human Immunodeficiency Virus through vaginal intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 24(4), 383-393.
- Bruine de Bruin, W. & Fischhoff, B. (2000). The effect of question format on measured HIV/AIDS knowledge: detention center teens, high school students, and adults. *AIDS Education and Prevention*, 12(3), 187-198.
- Caballero, H.R. y Villaseñor, S.A. (2001). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Revista de Saude Publica*, 35(6):531-538.
- Castro, V.G. (2000). Masculinity and condom use among Mexican teenagers: the Escuela Nacional Preparatoria No. 1's case. *Gender and Education*, 12(4), 14p.
- Catania, J.A., Coates, T.J., Kegeles, S., Fullilove, M.T., Peterson, J., Marin, B., et al. (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(2), 284-287.
- Catania, J.A., Kegeles, S.M. & Coates, T.J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: an AIDS reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- CENSIDA. (2002). *El uso del condón, factor esencial en las Campañas para prevenir el SIDA*. Obtenido el 17 de junio del 2004 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida>.
- CENSIDA (2003a). *Asumir el liderazgo en el combate al SIDA*. Obtenido el 5 de enero del 2004 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/otraspub/letraese/ls2003/lsjunio.htm>.
- CENSIDA (2003b). *Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003*. S.f., obtenido desde <http://www.salud.gob.mx/conasida>
- CENSIDA (2004). *El uso del condón, factor esencial en las campañas para prevenir el SIDA*. Dirección General de Comunicación Social. Obtenido el 17 de junio de 2004 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida>.
- CENSIDA (2005). *El SIDA en cifras: 2004*. Obtenido el 31 de mayo de 2005 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida>.

- Cerwonka, E.R., Isbell, T.R. & Hansen, C.E. (2000). Psychosocial factor as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*, 12(2), 141-153.
- Chan, D.K., Cheung, S.F., Gray, A., Ip, A. & Lee, B. (2004). Identifying the psychosocial correlates of condom use by female sex workers in Hong Kong. *AIDS Care*, 16(4), 530-539.
- Coates, T.J. y Makadon, H.J. (1995). ¿Sirven los condones? *SIDA-ETS*, 1(1), 20-26.
- Cocchi, F., DeVico, A.L., Garzine-Demo, A., Arya, S.K., Gallo, R.C. & Lusso, P. (1995). Identification of RANTES, MIP-1 $\alpha$  and MIP $\beta$  as the major HIV-suppressive factors produced by CD8+ T cells. *Science*, 270, 1811-1815.
- Cohen, J. (1996). Likely HIV Cofactor Found. *Science*, 272, 809-910.
- Cohen, J. (1997a). AIDS. Advances painted in shades of gray at a D.C. Conference. *Science*, 275, 615-616.
- Cohen, J. (1997b). Exploiting the HIV-Chemokine Nexus. *Science*, 275, 1261-1264.
- Cohen, M.S. & Miller, W.C. (1998). Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection: cause, effect, or both? *International Journal of Infectious Diseases*, 3(1), 1-4.
- Coker, A. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451-457.
- Coker, A. & Richter, D. (1998). Violence against women in Sierra Leone: frequency and correlates of intimate partner violence and forced sexual intercourse. *African Journal of Reproductive Health*, 2(1), 61-72.
- Condón.pon. (2004). *Condomes*. Obtenido el 29 de mayo de 2004 desde <http://www.condonpuntopon.com>.
- Crosby, R.A. (1998). Condom use as a dependent variable: measurement issues relevant to HIV prevention programs. *AIDS Education and Prevention*, 10(6), 548-557.
- Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Lang, D. & Harrington, K.F. (2003). Value of consistent condom use: a study of Sexually Transmitted Disease prevention among African American adolescent females. *American Journal of Public Health*, 93(6), 901-902.
- Crosby, R., DiClemente, R., Wingood, G., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., et al. (2001). Correct condom application among African-american adolescent females: the relationship to perceived self-efficacy and the association to confirmed STDs. *Journal of Adolescent Health*, 29, 194-199.
- Crosby, R.A., Yarber, W.L., Sanders, S.A. & Graham, C.A. (2004). Condom use as a dependent variable: a brief commentary about classification of inconsistent users. *AIDS and Behavior*, 8(1), 99-103.

- De Vincenzi, I. (1994). A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 331, 341-346.
- De Visser, R.O. & Smith, A.M.A. (2000). When always isn't enough: implications of the late application of condoms for the validity and reliability of self-reported condom use. *AIDS Care*, 12(2), 221-224.
- De Visser, R.O. & Smith, A.M.A. (2001). Inconsistent users of condoms: a challenge to traditional models of health behaviour. *Psychology, Health and Medicine*, 6(1), 41-46.
- De Visser, R.O. & Smith, A.M.A. (2004). Which intention? Whose intention? Condom use and theories of individual decision making. *Psychology, Health and Medicine*, 9(2), 193-204.
- Del Río, A., Liguori, A., Magis, C., Valdespino, J., García, M. y Sepúlveda, J. (1995). La Epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública de México*, 37(6), 581-591.
- Del Río, C. y Uribe, P. (1995). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. *SIDA-ETS*, 1(1), 11-19.
- DíazGonzález, E., Rodríguez, M.L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 15(1), 5-12.
- Díaz-González, E., Rodríguez, M.L., Robles, S., Moreno, D. y Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13, 149-159. Revista del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. México.
- Díaz-Loving, R. y Alfaro, M.L. (1995). Factores psicosociales relacionados con el contagio de VIH en estudiantes de preparatoria. *Revista Interamericana de Psicología*, 29(2), 215-226.
- Díaz-Loving, R. y Alfaro, M.L. (1999). Predicción del uso del condón en adolescentes con base en el modelo de Acción Razonada. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XV(2), 179-188.
- Díaz-Loving, R. y Rivera, A.S. (1992). Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*, 1(2).
- Díaz-Loving, R. y Rivera, A.S. (1999). Aplicación de la Teoría de la Acción Razonada a la predicción del uso del condón. En: R. Díaz Loving y Torres Maldonado, K.B. (Coordinadores), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: UNAM-Porrúa.
- DiClemente, R.J., Lodico, M., Grinstead, O.A., Harper, G., Richkman, R.L., Evans, P.E. & Coates, T.J. (1996). African-american adolescents residing in high-

- risk urban environments do use condoms: correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments. *Pediatrics*, 98(2), 269-278.
- DiClemente, R.J. & Wingood, G.M. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk-reduction intervention for young african-american women. *Journal of the American Medical Association*, 274(16), 1271-1276.
- Du Guerny, J. (1993). Inter-relationship between gender relations and the HIV/AIDS epidemic: some possible considerations for policies and programmes. *AIDS*, 7, 1027-1034.
- Edwards, S. & Carne, C. (1998). Oral sex and the transmission of viral STIs. *Sexually Transmitted Infections*, 74(1), 6-10.
- El-Bassel, N., Witte, S.S., Bilbert, L., Wu, E., Chang, M., Hill, J. & Steinglass, P. (2003). The efficacy of a relationship-based HIV/STD prevention program for heterosexual couples. *American Journal of Public Health*, 93(6), 963-969.
- Enríquez, D. y Sánchez, R. (2004). Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios. Tesis de licenciatura no publicada. Carrera de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. México.
- Fernández, G.C., Molina, Q.R., Ramírez, S.C., Pérez, E., Castilla, C.J., Marrodán, G.J. et al. (2000). Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescents sobre la infección por VIH tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997. *Revista Española de Salud Pública*, 74(2), 163-176.
- Fischbach, R. & Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*, 45 (8), 1161-1176.
- Fishbein, M. (1996). Uso correcto del condón e incidencia de enfermedades de transmisión sexual. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XII(1 y 2), 61-73.
- Fishbein, M. & Ajzen, Y. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. & Pequegnat, W. (2000). Evaluating AIDS prevention interventions using behavioral and biological outcome measures. *Sexually Transmitted Diseases*, 27, 101-110.
- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Bryan, A.D. & Misovich, S.J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21(2), 177-186.

- Flores, M.M. y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Miguel Ángel Porrúa y Universidad Autónoma de Yucatán.
- Ford, M.T. (1994). *¿Qué onda con el Sida?* México, Editorial Selector.
- Fortenberry, J., Tu, W., Harezlak, J. & Orr, D. (2002). Condom use as a function of time in new and established adolescent sexual relationships. *American Journal of Public Health*, 92(2), 211-213.
- Franzini, L.R.; Sideman,, L.M.; Dexter, K.E. & Elder, J.P. (1990). Promoting AIDS risk reduction via behavioral training. *AIDS Education and Prevention*, 2(4), 313-321.
- García, M.H. (1983). *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud*. México, La Prensa Médica Mexicana.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L.A. y Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(5), S632-S640.
- Geary, C.W., Tchupo, J.P., Johnson, L., Cheta, C. & Nyama, T. (2003). Respondent perspectives on self-report measures of condom use. *AIDS Education and Prevention*, 15(6), 499-515.
- Gebhardt, W.A., Kuyper, L. & Greunsvan, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health*, 33, 154-164.
- Giffin, K. (1998). Beyond empowerment: heterosexualities and the prevention of AIDS. *Social Science and Medicine*, 46(2):151-156.
- Glasner, P.D. & Kaslow, R.A. (1990). The Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus Infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1), 13-21.
- Goldstein, A.P. (1981). *Psychological Skill Training. The Structured Learning Technique*. New York: Pergamon Press.
- Gómez, H. (1997). SIDA y ETS: qué se ha hecho y qué se debe hacer. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, Mor., México.
- Grady, W.R. & Tanfer, K. (1994). Condom breakage and slippage among men in the United States. *Family Planning Perspectives*, 26(3), 107-112.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2004). *Embarazo adolescente*. Obtenido el 10 de febrero de 2004 desde <http://www.gire.org.mx/derechos/d4.html>.
- Gurman, T. & Borzekowski, D. (2004). Condom use among latino college students. *Journal of American College Health*, 4(52), 169-178.



- Harrison, J.S., Moore, J.S. & Deren, S. (1995). HIV-related communication and condom use among Hispanic women and their male partners. *HIV Infect Women Conf.* Feb 22-24, p S56.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44:554-564.
- Hira, S.K., Feldblum, P.J., Kamanga, J., Mukelebai, G., Weir, S.S. & Thomas, J.C. (1997). Condoms and nonoxynol-9 use and the incidence of HIV infection in serodiscordant couples in Zambia. *International Journal of STD AIDS*, 8, 243-250.
- Hovell, M.F., Blumberg, E.J., Liles, S., Powell, L., Morrison, T.C., Duran, G., et al. (2001). Training AIDS and anger prevention social skills in at-risk adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 79(3), 347-355.
- Iwuagwu, S., Ajuwon, A. & Olaseha, O. (2000). Sexual behavior and negotiation of the male condom by female students of the University of Ibadan, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 20(5), 507-513.
- Jaccard, J. & Wan, C.K. (1995). A paradigm for studying the accuracy of self-reports of risk behavior relevant to AIDS: empirical perspectives on stability, recall bias, and transitory influences. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1831-1858.
- Joffe, A. & Radius, S.M. (1993). Self-efficacy and intent to use condoms among entering college freshmen. *Journal of Adolescent Health*, 14, 262-268.
- Kantor, J.R. (1967). *Interbehavioral psychology*. Ganville, Ohio: Principia Press.
- Kaplan, D.W., Feinstein, R.A., Fisher, M.M., Klein, J.D. et al. (2001). Condom use by adolescents. *Pediatrics*, 107(6), 1463-1469.
- Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Betts, R., Brasfield, T.L. & Hood, H.V. (1990). A skills-training group intervention model to assist persons in reducing risk behaviors for HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 2(1), 24-35.
- Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Hood, H.V. & Betts, R. (1989). The impact of community-based behavioral group intervention to help persons reduce high-risk sexual behaviors. *International Conference of AIDS*, Junio 4-9; 5, 714 (abstract no. M.D.P.21).
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Washington, C.D., Wilson, T.S., et al. (1994). The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *American Journal of Public Health*, 84(12), 1918-1922.
- Kim, N., Stanton, B., Li, X., Dickersin, K. & Galbraith, J. (1997). Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: a quantitative review. *Journal of Adolescent Health*, 20, 204-215.
- Kipke, M.D., Boyer, C. & Hein, K. (1993). An evaluation of an AIDS risk reduction education and skills training (ARREST) program. *Journal of Adolescence Health*, 14(7), 533-539.

- Klausner R., Fauci, A., Corey, L., Nabel, G., Gayle, H., Berkley, S., *et al.* (2003). Enhanced: The need for a global HIV vaccine enterprise. *AIDS Science. Prevention and vaccine research.* s.f., obtenido desde <http://www.aidsscience.com/searcharticles.asp?/svalue=vaccines>.
- Kulbok, P., Baldwin, J., Cox, C. & Duffy, R. (1997). Advancing Discourse on Health Promotion: Beyond Mainstream Thinking. *Advances in Nursing Science*, 20(1), 12-20.
- Lahai-Momoh, J.C. & Ross, M.W. (1997). HIV/AIDS prevention-related social skills and knowledge among adolescents in Sierra Leone, West Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 1(1), 37-44.
- Lam, A.G., Mak, A., Lindsay, P.D. & Russell, S.T. (2004). What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 160-171.
- Lange, J.M.A. (1997). Current Problems and the Future of Antiretroviral Drug Trials. *Science*, 276.
- Laurie, M.L. & Green, K.L. (2000). Health risk and opportunities for harm reduction among injection-drug-using clients of Saskatoon's needle exchange program. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 350-352.
- Lawrence, J.S., Eldridge, G.D., Reitman, D., Little, C.E., Shelby, M.C. & Brasfield, T.L. (1998). Factors influencing condom use among African American women: implications for risk reduction interventions. *American Journal of Community Psychology*, 26(1), 7-28.
- Lazcano-Ponce, E.C., Hernández, B., Cruz-Valdez, A., Allen, B., Díaz, R., Hernández, C., Anaya, R. & Hernández-Avila, M. (2003). Chronic disease risk factors among healthy adolescents attending public schools in the state of Morelos, Mexico. *Archives of Medical Research*, 34(3), 222-236.
- Lindemann, D.F. & Brigham, T.A. (2003). A Guttman Scale for assessing condom use skills among college students. *AIDS and Behavior*, 7(1), 23-27.
- Logan, T.K., Cole, J. & Leukefeld, C. (2002). Women, sex and HIV: Social and contextual factors, meta-Analysis of published interventions, and implications for practice and research. *Psychological Bulletin*, 12(6), 851-885.
- López, R.F. y Moral de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43, 421-432.
- Lui, K.J., Darrow, W.W. & Rutherford, G.W. (1988). A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. *Science*, 240, 1333-1335.
- Magis, R.C., Ruiz, B.A., Bravo, E., Ortiz, R., Silva, B. y Uribe, Z. (1998). La investigación sobre VIH/SIDA en México: 1984-1996. Obtenido el 15 de febrero de 1998 desde <http://www.ssa.gob.mx/conasida>.

- Maman, S. & Campbell, J. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*, 50(4), 459-478.
- Marchetti, R. (1997). Las campañas de prevención del VIH/SIDA en los medios de comunicación. *SIDA-ETS*, 3(1), 16-20.
- Martínez, Y., Villagrán, G. y Díaz-Loving, R. (1992). Medios de comunicación masiva y conocimientos sobre SIDA. *La Psicología Social en México*, IV, 115-121.
- Martínez-Donate, A.P., Hovell, M.F., Blumberg, E.J., Zellner, J.A., Sipan, C.L., Shillington, A.M. & Carrizosa, C. (2004). Gender differences in condom-related behaviors and attitudes among Mexican adolescents living on the U.S.-Mexico border. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 172-186.
- Martínez-Donate, Hovell, M.F., Zellner, J., Sipan, C., Blumberg, E.J. & Carrizosa, C. (2004). Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 267-278.
- McNicholl, J.M., Smith, D.K., Qari, S.H. & Hodge, T. (1997). Host Genes and HIV: The Role of the Chemokine Receptor Gene CCR5 and Its Allele ( $\Delta 32$  CCR5). *Emerging Infectious Diseases*, 3(3), 261-271.
- Medley, C.F., Anderson, R.M., Cox, D.R. & Billard, L. (1987). Incubation period of AIDS in patients infected via blood transfusion. *Nature*, 328, 719-721.
- Meekers, D. (2003). Patterns of condom use in urban males in Zimbabwe: evidence from 4,600 sexual contacts. *AIDS Care*, 15(3), 291-301.
- Meekers, D. & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14(1), 62-72.
- Méndez, I. Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación*. México: Trillas.
- Micher, C.J. y Silva, B.J. (1997). Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS). *Revista SIDA-ETS*, 3(3), 68-73.
- Michinobu, R. (2003). Sexual relations and condom use among young male factory workers in northern Thailand. *Japanese Journal of Public Health*, 50(6), 495-507. Resumen.
- Molitor, F., Facer, M. & Ruiz, J.D. (1999). Safer sex communication and unsafe sexual behavior among young men who have sex with men in California. *Archives of Sexual Behavior*, 28(4), 335-343.
- Moore, J., VanDevanter, N., Padian, N., Skurnick, J., Jankowski, M., Bromberg, J., et al. (1995). Women's safer sex communications with male partners: a study of HIV-discordant couples. *HIV Infect Women Conf*. Feb 22-24, pS56.

- Moreno, D., Robles, S., Frías, B. y Rodríguez, M. (2003). Un estudio exploratorio de las variables de riesgo asociadas al uso del condón en una muestra de varones universitarios. *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria*. Libro Electrónico, PSICOM Editores, Bogotá, Colombia. ISBN: 958-33-6974-8.
- Moreno, D., Robles, S. y Piña, J. (en dictamen). Análisis discriminante de variables que predicen la conducta de prevención posponer una relación sexual en mujeres. *Salud Pública de México*.
- Noar, S.M., Morokoff, P.J. & Redding, C.A. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men: a test of three samples. *AIDS Education and Prevention*, 14(4), 330-342.
- Nyanzi, S., Pool, R. & Kinsman, J. (2000). The negotiation of sexual relationships among school pupils in south-western Uganda. *AIDS Care*, 13(1), 83-98.
- Odriozola, U.A. e Ibáñez, B.B. (1992). Actitudes y conducta sexual en estudiantes universitarios. *La Psicología Social en México*, IV, 123-134.
- Oliva, A., Serra, L. y Vallejo, R. (1992). Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces: estudio cuantitativo. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Universidad de Sevilla.
- ONUSIDA/OMS (2003). Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. S.f., obtenido desde <http://www.unaids.org>.
- ONUSIDA (2004). Situación de la epidemia de SIDA: diciembre del 2003. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas para la lucha contra el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido el 6 de enero de 2004 desde [www.cinu.org.mx/temas/vih\\_sida/situacion.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/situacion.htm).
- ONUSIDA. (2005). Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en un momento crucial. Obtenido el 31 de mayo de 2005 desde <http://www.unaids.org/EN/other/functionalities/Search.asp?StartRow=20>.
- OPS (1989). *SIDA: Perfil de una epidemia*. Organización Panamericana de la Salud.
- Parsons, J., Halkitis, P., Bimbi, D. & Borkowski, T. (2000). Perceptions of the benefits and cost associated with condom use and unprotected sex among late adolescent college students. *Journal of Adolescence*, 23, 377-391.
- Perelló, V.M. y Villagrán, V.G. (2000). Predictores del uso del condón en hombres. *La Psicología Social en México*, 8, 741-747.
- Perelló, V.M., Villagrán, V.G. y Barocio, R.S. (1998). Predictores de uso de condón en mujeres. *La Psicología Social en México*, 7, 318-323.
- Peterson, Y. & Gabany, S.G. (2001). Applying the NIMH Multi-Site Condom Use Self-Efficacy Scale to collage students. *American Journal of Health Studies*, 17(1), 15-19.
- Piña, J.A. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de

- conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20(1):23-32.
- Piña, J.A. y Corral, V. (2001). Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19, 7-24.
- Piña, J.A., González, D., Molina, C. y Cota, M. (2003). Variables psicológicas y VIH/SIDA en estudiantes de educación superior: estudio comparativo en función del sexo y de la edad. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 19-27.
- Piña, J.A. y Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 71-83.
- Piña, J.A. y Urquidi, L. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 227-236.
- Poss, J.E. (2001). Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Advances in Nurseries Science*, 23(4), 1-15
- Prochaska, J.O & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Reserarch, and Practice*, 19, 276-288.
- PROFECO. (2004). Estudio de calidad de condones. *Revista del Consumidor*. México. 31 de enero, 33-43.
- Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gotmaker, S.L. & Rudd, R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*, 14(6), 789-800.
- Raiteri, R., Fora, R. y Sinicco, A. (1994). No HIV-1 transmission through lesbian sex. *The Lancet*, 344, 270.
- Rew, L., Fouladi, R.T. & Yockey, R.D. (2002). Sexual health practices of homeless youth. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 139-145.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. y Sánchez, S. (1990). El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes (Ed.) *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Richters, J., Donovan, B. y Gerofi, J. (1993). How often do condoms break or slip off in use? *International Journal of STD-AIDS*, 4, 90-94.
- Rico, B. (1995). Mujer y SIDA. *SIDA/ETS*, 1(2), 58-62.

- Rico, B., Bronfman, M. y Del Río, Ch. (1995). Las campañas contra el SIDA en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?. *Salud Pública de México*, 37 (6), 643-653.
- Rivera, A.S. y Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: Facultad de Psicología y Miguel Ángel Porrúa.
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Ethier, K., Ches, J., et al. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34, 3-26.
- Robles, S. (1999). Evaluación de conocimientos y prácticas sexuales relacionados con el VIH/SIDA en estudiantes universitarios. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Estado de México, México.
- Robles, S., Barroso, R., Frías, B., Rodríguez, M., Moreno, D., DíazGonzález, E. y Rodríguez, M.L. (2004). Factores conductuales relacionados con la autoeficacia para usar correctamente el condón en hombres y mujeres universitarios. *La Psicología Social en México*, X, 439-446.
- Robles, S. y Guevara, Y. (1997). Análisis de la Competencia Social en niños con diferentes trastornos psicológicos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(2), 105-138.
- Robles, S. y Moreno, D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *La Psicología Social en México*, 8, 748-755.
- Robles, S. y Moreno, D. (2002). Evaluación psicológica en la prevención del VIH/SIDA. En: L.E. Aragón y A. Silva (compiladores) *Evaluación psicológica en el área clínica*. México: Editorial PAX, pp. 103-147.
- Robles, S. y Moreno, D. (en prensa). Conocimientos y comportamiento sexual relacionados con la transmisión del VIH/SIDA en hombres y mujeres universitarios. En: M. A. Mata Mendoza, M. R. Hernández Pozo y J. C. P. Arriaga Ramírez (Compiladores), *Comportamiento Saludable: Investigaciones*. México: Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud y Ritoz, S. A. de C.V.
- Robles, S, Moreno, D., Rodríguez, M., Frías, B., Barroso, R., DíazGonzález, E. y Rodríguez, M.L. (2004). Consistencia en el uso del condón en hombres y mujeres universitarios: implicaciones para la prevención del VIH/SIDA. Trabajo presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología. Santiago de Chile, 19-22 de julio, 2004.
- Robles, S., Piña, J. y Moreno, D. (en dictamen). Determinantes del uso inconsistente de condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*. España.
- Rodríguez, M.L., Díaz-González, E., Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (en dictamen). El concepto interconductual de competencia

- y la prevención del VIH/SIDA. Una propuesta de evaluación. *Revista Psicología y Ciencia Social*.
- Rodríguez, M.L., Moreno, D., Robles, S. y DíazGonzález, A. Eugenio. (2001). El sida desde el modelo psicológico de la salud biológica. *Psicología y Salud (Psychology and Health)*, 10(2), 161-175. Revista del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. México.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Roth, E. (1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Editorial Trillas.
- Rotheram, B.M., Reid, H., Rosario, M. & Kasen, S. (1995). Determinants of safer sex patterns among gay/bisexual male adolescents. *Journal of Adolescence*, 18, 3-15.
- Sánchez, A.R. y Díaz-Loving, R. (2003). Patrones y estilos de comunicación en la pareja: diseño de un inventario. *Anales de Psicología*, 19(2), 257-277.
- Sánchez-Sosa, J.J. y Hernández, G.L. (1995). Perfil sexológico del adolescente escolar de la Ciudad de México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 1(2), 169-200.
- Sánchez, M. y Muñoz, A. (2001). Análisis de respuestas abiertas en un cuestionario sobre conductas relacionadas con el SIDA. *Revista de Psicología Social*, 16(3), 261-273.
- Santín, 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.
- Santos, P.J., Villa, B.J., García, A.M., León, A.G., Quezada, B.S. y Tapia, C.R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(S1), S140-S152.
- Saracco, A., Musicco, M. & Nicolosi, A. (1993). Man-to-woman sexual transmisión of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 6, 497-502.
- Sarnghadharan, M.G., Popovic, M., Bruch, L., Schupbach, J. & Gallo, R.C. (1984). Antibodies reactive with human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS. *Science*, 224, 506-508.
- Saudeau, J. (1998). El "sexo seguro" y el preservativo ante el desafío del SIDA. *Medicina y Ética*, 2, 243-279.
- Secretaría de Salud. (1997). *El condón en la prevención de la infección por el VIH*. Obtenido el 17 de mayo del 2004 desde <http://www.jornada.unam.mx>.
- Semple, S., Patterson, T.L. & Grant, I. (2003). HIV-positive gay and bisexual men: predictors of unsafe sex. *AIDS Care*, 15(1), 3-15.

- Seoane, P.L. (2002). Evaluación cualitativa de una campaña de promoción de uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 509-516.
- Sheeran, P., Abraham, Ch. & Orbel, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(1), 90-132.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (1998). Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables. *Br. J. Sc. Psychol.* 37, 231-250.
- Sheeran, P. & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: a meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 1624-1675.
- Sieving, R., Resnick, M., Bearinger, L., Remafedi, G., Taylor, B. & Harmon, B. (1997) Cognitive and Behavioral predictors of sexually transmitted disease risk behavior among sexually active adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151(3), 243-251.
- Sikand, A. & Fisher, M. (1992). The role of barrier contraceptives in prevention of pregnancy and disease in adolescents. *Adolescence Medicine*, 3, 223-240.
- Sikkema, K.J., Winett, R.A. & Lombard, D.N. (1995). Development and evaluation of an HIV-risk reduction program for female college students. *AIDS Education and Prevention*, 7(2), 145-159.
- Silva, C.G. (2002). The meaning of fidelity and AIDS prevention strategies among married men. *Revista de Saude Publica*, 36(4 Suppl), 40-49.
- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behaviour in female university students. *AIDS Care*, 15(1), 71-76.
- Slymker, E. (2004). A critique of international indicators of sexual risk behaviour. *Sexual Transmitted Infections*, 80(Suppl II), ii13-ii21.
- Smith, L. (2003). Partner influence on noncondom use: gender and ethnic differences. *The Journal of Sex Research*, 4(40), 346-350.
- Smith, L.W., Carlin, L., Cauce, M. & Tenner, A. (2001). A snapshot of homeless youth in Seattle: their characteristics, behaviors and beliefs about HIV protective strategies. *Journal of Community Health*, 26(3), 219-232.
- Soler, H., Quadagno, D., Sly, D., Riehman, K., Eberstein, L. & Harrison, D. (2000). Relationship dynamics, ethnicity and condom use among low-income women. *Family Planning Perspectives*, 32(2), 82-88.
- Soto, C.A., Izazola, L.J. y Tolbert, K. (1993). Prácticas sobre el uso del condón en adolescentes y adultos jóvenes. Trabajo presentado en el Cuarto Congreso Nacional de SIDA, octubre, Ciudad de México.
- Spruyt, A., Steiner, M.J., Joanis, C., Glover, L.H., Piedrahita, C., Alvarado, G. Y Ramos, R. (1998). Identifying condom users at risk for breakage and



- slippage: findings from three international sites. *American Journal of Public Health*, 88(2), 239-244.
- Sturdevant, M.S., Elmore, G.R., Fish, L., McCutchen, T., Williams, L., Brown, P., DiClemente, R. & Kohler, C.L. (1997). Psychosocial determinants of assertive communication about condom use by adolescent females. *National Conference of Women HIV*. May 4-7; 131 (abstract no. 208.3).
- Taylor, B.M. (1995). Gender-power relations and safer sex negotiation. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 687-693.
- Tena, O. y Hickman, H. (2003). Supuestos morales que favorecen u obstaculizan la negociación sexual y reproductiva en la soltería. En: R. Landero Hernández (Ed.) *Familia, poder, violencia y género*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Senado de la República.
- Thato, S., Charron-Prochownik, K., Dorn, L.D., Albrecht, S.A. & Stone C.A. (2003). Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 157-163.
- Toledo, V.H., Navas, P.J., Navas, P.L. y Pérez, M.N. (2002). Los adolescentes y el SIDA. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 54(2), 150-155.
- Torres, K.B. y Díaz-Loving, R. (1999). Un modelo integral predictivo del uso del condón. En: R. Díaz Loving y K.B. Torres Maldonado (Coordinadores), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: UNAM-Porrúa.
- Tulloch, H.E., McCaul, K.D., Miltenberger R.G. & Smyth, J.M. (2004). Partner communication skills and condom use among collage copules. *Journal of American Collage Health*, 52(6), 263-267.
- Urquidí, L.E. y Piña, J.A. (2005). Efecto de los conocimientos, creencias y motivos sobre el uso de condón en hombres. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 369-380.
- Villagrán, V.G., Alfaro, M.L. y Torres, M.K. (2004). Asociación alcohol-sexo y autoconcepto en HSH. *La Psicología Social en México*, X, 453-460.
- Villagrán, V.G., Cubas, C.E., Díaz-Loving, R. y Camacho, V.M. (1990). Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes. *La Psicología Social en México*, III, 305-309.
- Villagrán, V.G. y Díaz-Loving, R. (1999a). Aplicación de la Teoría de la Acción Razonada a la predicción del uso del condón. En: R. Díaz Loving y Torres Maldonado, K.B. (Coordinadores), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: UNAM-Porrúa.
- Villagrán, V.G. y Díaz-Loving, R. (1999b). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. En: R. Díaz-Loving y K.B. Torres Maldonado (Coordinadores), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: UNAM-Porrúa.

- Wagner, L.S., Carlin, L., Cauce, A.M. & Tenner, A. (2001). A snapshot of homeless youth in Seattle: their characteristics, behaviors and beliefs about HIV protective strategies. *Journal of Community Health, 26*(3), 219-232.
- Warner, L., Warner, C. J., Boles, J. & Williamson, J. (1998). Assessing condom use practices: implications for evaluating method and user effectiveness. *Sex Transmission Diseases, 25*, 273-277.
- Washington, C.D., Kelly, J.A., Murphy, D.A., Wilson, T.S., Davantes, B, & Ledezma, G. (1993). Effects of group behavior change intervention for high-risk women seen in urban primary health care clinics. *International Conference of AIDS*, Jun 6-11; 9(2), 741 (abstract no. PO-C22-3143).
- Wee, S., Barrett, M.E., Lian, W.M., Jayabaskar, T. & Chan, K.W.R. (2004). Determinants of inconsistent condom use with female sex workers among men attending the STD clinic in Singapore. *Sexually Transmitted Infections, 80*(4), 310-314.
- Weinhardt, L.S., Carey, M.P., Carey, K.B. & Verdecias, R.N. (1998). Increasing assertiveness skills to reduce HIV risk among women living with a severe and persistent mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(4), 680-684.
- Wiggers, L.C.W., De Wit, J.B.F., Gras, M.J., Coutinho, R.A. & Van den Hoek, A. (2003). Risk behavior and social-cognitive determinants of condom use among ethnic minority communities in Amsterdam. *AIDS Education and Prevention, 15*(5), 430-447.
- Williams, M., Ross, M.W., Bowen, A.M., Timpson, S., McCoy, H.V., Perkins, K., et al. (2001). An investigation of condom use by frequency of sex. *Sexually Transmitted Infections, 77*(6), 433-435.

# **ANEXOS**

# Anexo 1

# Análisis psicométrico de la Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA

En la medida en que este instrumento se aplicó a una muestra relativamente grande de estudiantes, se realizó un análisis psicométrico para validarla. Para determinar cuáles reactivos discriminan y proceder con el análisis factorial, se realizó el siguiente procedimiento. Primeramente, para cada sujeto se sumaron todos los reactivos de la escala teniendo como variable la suma total de autoeficacia. Con este puntaje total se realizó un análisis de frecuencias y se determinaron los valores correspondientes al cuartil más bajo y al más alto, resultando en 92 y 116, respectivamente. De acuerdo con estos valores se recodificó la variable de suma total de autoeficacia identificando dos grupos, el más bajo (1) y el más alto (2). Para ambos grupos se aplicó la *t* de Student para muestras independientes considerando todos los reactivos y el resultado fue que todos discriminaron (véase Tabla No. A.1).

**Tabla No. A.1**

**Capacidad discriminatoria de cada reactivo de la Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA a través de una contrastación de medias**

	Reactivo	Puntuación promedio		<i>t</i>	<i>p</i>
		Grupo bajo	Grupo alto		
1	a1	2.78	4.98	-25.265	<.001
2	a2	2.90	4.98	-22.838	<.001
3	a3	2.92	4.97	-22.021	<.001
4	a4	2.69	4.66	-27.853	<.001
5	a5	2.63	4.82	-28.908	<.001
6	a6	2.53	4.31	-18.874	<.001
7	a7	2.76	4.89	-25.124	<.001
8	a8	3.08	5.00	-20.139	<.001
9	a9	2.55	4.94	-28.335	<.001
10	a10	3.02	4.99	-19.558	<.001
11	a11	2.30	4.69	-30.672	<.001
12	b1	4.40	4.89	-7.837	<.001
13	b2	4.52	4.95	-8.379	<.001
14	b3	4.18	4.80	-9.185	<.001
15	b4	3.98	4.73	-9.140	<.001

	Reactivo	Puntuación promedio		t	p
		Grupo bajo	Grupo alto		
16	c1	3.94	4.84	-12.888	<.001
17	c2	4.19	4.73	-8.659	<.001
18	c3	3.21	4.71	-17.105	<.001
19	c4	3.05	4.69	-15.697	<.001
20	c5	3.80	4.90	-15.614	<.001
21	c6	3.44	4.87	-17.581	<.001
22	c7	3.62	4.71	-13.662	<.001
23	c8	3.88	4.77	-11.470	<.001
24	c9	1.51	3.24	-15.638	<.001
25	c10	2.28	4.04	-16.540	<.001
26	c11	2.80	4.01	-10.837	<.001
27	c12	3.06	4.37	-12.552	<.001

Posteriormente se sacaron correlaciones entre todos los reactivos y dado que en más de la mitad de ellos los valores resultaron menores a .40, se procedió a utilizar el método de Rotación Varimax para realizar el análisis factorial de componentes principales. El resultado mostró la presencia de 5 factores con valor propio mayor de 1 que explican el 63.81% de la varianza total, seleccionándose los reactivos con cargas factoriales mayores a .50. Los reactivos c11 y c12 de la escala no quedaron incluidos en ninguno de los factores, sin embargo, en la medida en que la correlación entre ambos resultó ser muy alta ( $r=.708$ ,  $p<.001$ ), se consideraron como indicadores de las respuestas de los estudiantes. En este sentido, en este estudio la escala resultó conformada por 25 reactivos distribuidos en 5 factores que fueron finalmente sometidos a un análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para conocer la consistencia interna de las dimensiones, observándose un puntaje para toda la escala de .90, lo cual indica una alta confiabilidad para el instrumento.

Los valores de consistencia interna y pesos factoriales se presentan en la Tabla No. A.2 para cada uno de los 5 factores y se indica el número de reactivo que corresponde a la escala original de López Rosales y Moral de la Rubia (2001). El primer factor comprende 8 reactivos que estiman la capacidad para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas bajo diferentes circunstancias de

riesgo. Explica el 30.99% de la varianza total y presenta una consistencia interna de .94. El segundo factor comprende 5 reactivos que estiman la capacidad para usar y comprar condones. Explica el 12.82% de la varianza total y presenta una consistencia interna de .80. El tercer factor lo integran 5 reactivos que miden la capacidad para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas y estiman en que medida se está de acuerdo en mantener relaciones sexuales con una sola persona de por vida y no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio. Explica el 8.68% de la varianza total y presenta una consistencia interna de .79. El cuarto factor está formado por 4 reactivos que estiman la capacidad para investigar la historia sexual de riesgo del compañero. Explica el 6.18% de la varianza total y presenta un valor de alfa de Cronbach de .79. Finalmente, el quinto factor se conformó por 3 reactivos que estiman la capacidad para usar correctamente el condón y para usarlo bajo estados disposicionales riesgosos, tales como el estar bebiendo alcohol o consumiendo algún tipo de droga. Explica el 5.13% de la varianza total y presenta una consistencia interna de .73.

Lo que se observa es que tanto en el factor 1 como en el 3 se agruparon reactivos (8 y 5, respectivamente) que miden la capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales, sin embargo, lo que distingue a uno del otro es el tipo de persona que hace la propuesta sexual, en el primer caso se hace referencia a personas desconocidas, mientras que en el segundo caso a personas conocidas; además, se agruparon en este último factor reactivos que evalúan en qué medida los estudiantes están de acuerdo en la monogamia y en tener relaciones sexuales hasta el matrimonio. Los factores 2 y 5 se relacionan con el uso del condón. El primero hace referencia a la capacidad percibida para usar y comprar condones, donde se agruparon 5 reactivos que evalúan la posibilidad de usar siempre el condón en las relaciones sexuales y la capacidad para adquirir condones, mientras que en el segundo caso (Factor 5) se agruparon 3 reactivos que implican usar el condón bajo circunstancias de riesgo (haber bebido alcohol o ingerido alguna droga) y usarlo correctamente. Finalmente, el Factor 4 se conformó por los mismos 4 reactivos encontrados por López Rosales y Moral de la Rubia (2001) quienes lo definieron como la *capacidad percibida para preguntar al compañero*

sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, sin embargo en este estudio se propuso definirlo como la *capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar sobre la prevención del sida*.

**Tabla No. A.2**

**Análisis psicométrico del instrumento de Autoeficacia para prevenir el SIDA**

<b>Factor 1: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales a personas desconocidas bajo circunstancias de riesgo</b>	<b><math>\alpha=.94</math></b>
Qué tan seguro estás de ser capaz de decir NO cuando te proponen tener relaciones sexuales...?	
a3 Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	.90
a2 Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	.89
a8 Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	.88
a10 Alguien con quien has estado utilizando drogas	.86
a1 Alguien conocido hace 30 días o menos	.85
a9 Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	.83
a7 Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	.68
a11 Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	.59
<b>Factor 2: Capacidad percibida para usar y comprar condones</b>	<b><math>\alpha=.80</math></b>
Qué tan seguro estás de ser capaz de...	
c5 Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo	.81
c6 Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón	.79
c1 Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales	.77
c7 Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones	.57
c8 Acudir a la tienda a comprar condones	.50
<b>Factor 3: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas, posponer las relaciones sexuales hasta el matrimonio y ser monógamo</b>	<b><math>\alpha=.79</math></b>
c10 Qué tan seguro estás de ser capaz de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida	.73
a6 Qué tan seguro estás de ser capaz de decir NO a alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	.71
c9 Qué tan seguro estás de ser capaz de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio	.69
a4 Qué tan seguro estás de ser capaz de decir NO a alguien a quien has tratado con anterioridad	.60
a5 Qué tan seguro estás de ser capaz de decir NO a alguien a quien deseas tratar de nuevo	.53
<b>Factor 4: Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja y hablar con ella sobre la prevención del sida</b>	<b><math>\alpha=.79</math></b>
Qué tan seguro estás de ser capaz de...	
b3 Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado	.80
b4 Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual	.80
b1 Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga	.74
b2 Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	.73
<b>Factor 5: Capacidad percibida para usar correctamente el condón bajo estados disposicionales de riesgo</b>	<b><math>\alpha=.73</math></b>
Qué tan seguro estás de ser capaz de	
c3 Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol	.80
c4 Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga (marihuana, resistol, tinner)	.79
c2 Usar correctamente el condón	.61



## Anexo 2

**Cuestionario que evalúa Conocimientos  
acerca del VIH/SIDA  
y Comportamiento Sexual de Riesgo**

## INSTRUCCIONES

El presente cuestionario se desarrolló como parte de una investigación que se está realizando en la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. La información que nos proporciones será absolutamente confidencial, por lo que te pedimos que respondas de la manera más sincera posible. El cuestionario consta de 3 partes; en cada una de ellas encontrarás las instrucciones específicas para responder. Tus respuestas no debes anotarlas en este cuestionario, sino en las “hojas de respuesta” correspondientes que te entregará la persona responsable de la aplicación del cuestionario, con quien podrás aclarar cualquier duda que te resulte.

Tu colaboración contribuirá con el desarrollo de la investigación orientada hacia la promoción de la salud en el campo del VIH/SIDA. De antemano agradecemos tu apreciable colaboración.

### PARTE I. CONOCIMIENTOS GENERALES ACERCA DEL VIH-SIDA

Versión modificada de Alfaro, Rivera y Díaz (1991)

**Instrucciones:** A continuación se te presentan una serie de preguntas relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Te pedimos que en tu “Hoja de Respuestas Parte I” marques con una “X” la opción que consideres correcta; sólo marca una opción.

1. El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.
  - a) Cierto
  - b) Falso
2. La causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento.
  - a) Cierto
  - b) Falso
3. Los llamados “seropositivos” son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectantes.
  - a) Cierto
  - b) Falso
4. La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.
  - a) Cierto
  - b) Falso
5. El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas.
  - a) Cierto
  - b) Falso
6. Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos.
  - a) Cierto
  - b) Falso
7. El VIH se puede transmitir en el trasplante de tejido y órganos pertenecientes a personas infectadas.
  - a) Cierto
  - b) Falso
8. El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas.
  - a) Cierto
  - b) Falso
9. Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.
  - a) Cierto
  - b) Falso
10. La infección por el virus del SIDA se puede contraer en baños públicos.
  - a) Cierto
  - b) Falso
11. Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.
  - a) Cierto
  - b) Falso
12. Existen pruebas concluyentes de que el VIH se transmite con:
  - a) La sangre y las lágrimas
  - b) La sangre y el semen
  - c) El semen y la orina
  - d) La saliva y las lágrimas
13. La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:

- a) Por las transfusiones sanguíneas
  - b) A través del contacto casual con personas infectadas
  - c) A través del contacto sexual con personas infectadas
  - d) Mediante el trasplante de órganos infectados
14. La detección del VIH se hace a través de:
- a) Un análisis de orina
  - b) Una prueba de sangre
  - c) Radiografías
  - d) Ninguna de las anteriores
15. Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la diseminación del virus del SIDA son:
- a) La población general incluyendo niños, homosexuales y bisexuales.
  - b) Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donan sangre.
  - c) Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, sexoservidores(as), drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores.
  - d) Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales, así como los ancianos y las personas que donen sangre.
16. Un síntoma en las personas de SIDA es el aumento de peso.
- a) Cierto
  - b) Falso
17. Las personas con SIDA padecen de fiebre continua.
- a) Cierto
  - b) Falso
18. La diarrea continua es un signo asociado al SIDA.
- a) Cierto
  - b) Falso
19. El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección.
- a) Cierto
  - b) Falso
20. Las personas que donan sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas.
- a) Cierto
  - b) Falso
21. Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.
- a) Cierto
  - b) Falso
22. Los condones son efectivos para prevenir el SIDA.
- a) Cierto
  - b) Falso
23. Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH.
- a) Cierto
  - b) Falso
24. Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.
- a) Cierto
  - b) Falso
25. Los preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH durante las relaciones sexuales.
- a) Cierto
  - b) Falso
26. Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.
- a) Cierto
  - b) Falso
27. Tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH.
- a) Cierto
  - b) Falso
28. Se debe evitar el coito con sexoservidores(as) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el VIH.
- a) Cierto
  - b) Falso
29. Tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad de contagio del VIH.
- a) Cierto
  - b) Falso

## PARTE II

## COMPORTAMIENTO SEXUAL

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

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

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

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

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

Las siguientes preguntas tienen varias opciones de respuesta que están distribuidas en tres columnas (Columna 1, Columna 2 y Columna 3). **Continúa poniendo tus respuestas en la Hoja de Respuestas Parte II.** Puedes marcar todas aquellas opciones que consideres que se asemejan más a lo que haces o has hecho en el pasado, procurando marcar por lo menos, una opción de cada columna. La idea es que tus respuestas representen de la manera más fiel tu comportamiento sexual. Gracias por tu amable cooperación.

15. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones con **penetración vaginal**?:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi pareja me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja

16. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes **relaciones sexuales orales**?:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi pareja me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja

17. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones con **penetración anal**?:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi pareja me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja

18. ¿Qué haces o has hecho cuando practicas **masturbación con alguna pareja?**:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi pareja me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja

19. ¿Qué haces o has hecho cuando practicas **sexo en grupo?**:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) Lo hago sólo con mi pareja estable f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo la historia sexual de los demás c) Los demás proponen medidas de prevención d) Complazco a los que me proponen sexo en grupo

20. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes **relaciones sexuales ocasionales**, teniendo una pareja estable?:

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si me niego voy a quedar mal e) No creo que pase nada	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones b) Empleo condón c) Propongo medidas de prevención d) Propongo sólo caricias e) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) La pareja ocasional me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja ocasional.

## Hojas de Respuestas



## HOJA DE RESPUESTAS

Fecha de aplicación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

día mes año

Folio: \_\_\_\_\_

Nombre de quien aplica el cuestionario: \_\_\_\_\_

## DATOS GENERALES:

Nombre ó número de cuenta en la UNAM: \_\_\_\_\_

Teléfono donde te podamos localizar: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años

Sexo: Masculino ( )

Femenino ( )

Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero( ) Casado( ) Viudo( ) Divorciado( ) Unión Libre( ) Otro( )

Ocupación: Estudiante( ) Profesionista( ) Técnico( ) Desempleado( ) Obrero( )

Comerciante ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Te consideras una persona con preferencia sexual:

Homosexual( ) Bisexual( ) Heterosexual ( )

Vives: solo(a)( ) Vives con tu familia nuclear( ) Vives con tu pareja ( )

## PARTE I

1.- (a) (b)	15.- (a) (b) (c) (d)
2.- (a) (b)	16.- (a) (b)
3.- (a) (b)	17.- (a) (b)
4.- (a) (b)	18.- (a) (b)
5.- (a) (b)	19.- (a) (b)
6.- (a) (b)	20.- (a) (b)
7.- (a) (b)	21.- (a) (b)
8.- (a) (b)	22.- (a) (b)
9.- (a) (b)	23.- (a) (b)
10.- (a) (b)	24.- (a) (b)
11.- (a) (b)	25.- (a) (b)
12.- (a) (b) (c) (d)	26.- (a) (b)
13.- (a) (b) (c) (d)	27.- (a) (b)
14.- (a) (b) (c) (d)	28.- (a) (b)
	29.- (a) (b)

**PARTE II**

- 1.- (a) (b) 8.- \_\_\_\_\_ veces en los últimos 3 meses
- 2.- A los \_\_\_\_\_ años. 9.- (a) (b)
- 3.- (a) (b) 10.- (a) (b)
- 4.- \_\_\_\_\_ pareja(s) sexual(es). 11.- (a) (b) (c) (d) (e)
- 5.- \_\_\_\_\_ pareja(s) sexual(es). (f) cuál: \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_ veces en los últimos 3 meses 12.- (a) (b)
- 7.- (a) (b) 13.- \_\_\_\_\_ veces al mes.

14.-

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

15.-		
C1	C2	C3
(a)	(a)	(a)
(b)	(b)	(b)
(c)	(c)	(c)
(d)	(d)	(d)
(e)	(e)	
(f)		

16.-		
C1	C2	C3
(a)	(a)	(a)
(b)	(b)	(b)
(c)	(c)	(c)
(d)	(d)	(d)
(e)	(e)	
(f)		

17.-		
C1	C2	C3
(a)	(a)	(a)
(b)	(b)	(b)
(c)	(c)	(c)
(d)	(d)	(d)
(e)	(e)	
(f)		

18.-		
C1	C2	C3
(a)	(a)	(a)
(b)	(b)	(b)
(c)	(c)	(c)
(d)	(d)	(d)
(e)	(e)	
(f)		

19.-		
C1	C2	C3
(a)	(a)	(a)
(b)	(b)	(b)
(c)	(c)	(c)
(d)	(d)	(d)
(e)	(e)	
(f)		

20.-		
C1	C2	C3
(a)	(a)	(a)
(b)	(b)	(b)
(c)	(c)	(c)
(d)	(d)	(d)
(e)	(e)	
(f)		

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

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

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

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

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

# Evaluación corta

NOMBRE \_\_\_\_\_ GRUPO No. \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_ NO. DE FOLIO: \_\_\_\_\_ CONDICIÓN: \_\_\_\_\_

Responde con sinceridad a las siguientes preguntas:

	el último mes (poner un número)	los últimos 3 meses (poner un número)
1. Frecuencia de tus relaciones sexuales en:		
2. Frecuencia del uso del condón en tus relaciones sexuales en:		
3. Tipo de pareja con la que has tenido relaciones sexuales en: (marca con una X)	<input type="checkbox"/> mi novio(a) <input type="checkbox"/> alguna amistad <input type="checkbox"/> persona desconocida	<input type="checkbox"/> mi novio(a) <input type="checkbox"/> alguna amistad <input type="checkbox"/> persona desconocida
4. Con qué tipo de pareja has usado el condón en:	<input type="checkbox"/> mi novio(a) <input type="checkbox"/> alguna amistad <input type="checkbox"/> persona desconocida	<input type="checkbox"/> mi novio(a) <input type="checkbox"/> alguna amistad <input type="checkbox"/> persona desconocida

- ¿Usaste condón en tu última relación sexual?  SÍ  NO
- Antes de tener tu última relación sexual, tu pareja y tú hablaron sobre la posibilidad de usar el condón?  SÍ  NO
- ¿Quién propuso usar el condón en tu última relación sexual?
  - tú lo propusiste y tu pareja no quiso, por tanto  SÍ  NO lo usaron.
  - tu pareja lo propuso y tú no quisiste, por tanto  SÍ  NO lo usaron.
  - tu lo propusiste y tu pareja sí quiso, por tanto SÍ lo usaron.
  - tu pareja lo propuso y tú sí quisiste usarlo, por tanto SÍ lo usaron.
  - alguno de los dos no lo quería usar, lo negociaron y llegaron al acuerdo de  SÍ  NO usarlo.
  - no lo usaron porque no pudieron negociarlo.
  - no lo usaron porque no tenían un condón a la mano.

- Con qué frecuencia hablas sobre temas sexuales\* con tu pareja?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Embarazos no deseados, VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual, aborto, toma de decisiones en la relación sexual, el condón, etc.

## **Anexo 3**

# Definición de habilidades precurrentes para la comunicación sexual asertiva

No.	HABILIDAD	COMPONENTES VERBALES	COMPONENTES NO VERBALES	DEFINICIÓN
1	Escuchar	Retroalimentación		El participante presentará gestos aprobatorios o reprobatorios, admirativos, expresiones guturales como "ah, ajá, ob", sonrisas y completar frases inconclusas al que habla.
		Resumen y/o pregunta		Expresar brevemente las ideas expuestas por el hablante y/o preguntar.
			No interrumpir	Esperará el participante a que la otra persona termine de hablar. No hablará hasta que el otro sujeto termine de expresar el mensaje.
			Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
			Proximidad física	Distancia interpersonal no mayor ni menor a un paso. Dicha distancia deberá mantenerse el 80% del tiempo del episodio de interacción.
2	Conocer y expresar sentimientos negativos	Discriminar sentimientos		La persona descubre el defecto y detalle del interlocutor que le causa sentimientos de molestia y los verbaliza asertivamente.
		Autorrevelación asertiva		El sujeto verbaliza asertivamente el sentimiento, utilizando las palabras: "yo, me, a mí", las cuales describirán estados como deseos, pensamientos, sentimientos, aspiraciones y experiencias.
			Tono de voz	Audible a 2 m de distancia.
			Contacto visual	La misma definición señalada anteriormente.
			Proximidad física	La misma definición señalada anteriormente.
3	Entender sentimientos de otros	Autorrevelación asertiva		La misma definición señalada anteriormente.
			Escuchar sin interrumpir	La persona escucha sin interrumpir la confesión de sentimientos del interlocutor, para después mostrarse solidario o tranquilizador (ante la alegría o enojo, respectivamente).
			Contacto visual	La misma definición señalada anteriormente.
			Tono de voz	La misma definición señalada anteriormente.
			Proximidad física	La misma definición señalada anteriormente.
4	Expresar afecto	Discriminar el detalle especial de la persona		La persona descubre una cualidad o virtud en el interlocutor que le produce un sentimiento, haciendo referencia a una situación concreta.
		Autorrevelación asertiva		La misma definición señalada anteriormente.
			Contacto físico	Contacto de la mano del que inicia la conversación, con el hombro, espalda, brazo del otro, hasta por 5 segundos.
			Contacto visual	La misma definición señalada anteriormente.
			Tono de voz	La misma definición señalada anteriormente.
		Proximidad física	La misma definición señalada anteriormente.	

## Definición de las habilidades de comunicación sexual asertiva

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



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

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

## Anexo 4

# Dinámica de autógrafos

Los objetivos de la dinámica:

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

Materiales:

Hoja de autógrafos que aparece al final de este anexo.

Lápiz para cada participante.

Un salón bien iluminado

Duración: 30 minutos

Desarrollo de la dinámica:

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

## HOJA DE TRABAJO EJERCICIO AUTÓGRAFOS

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

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

## Dinámica "El Rosa y el Azul"

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

# Dinámica del Sistema Inmunológico

Los Objetivos de la dinámica son:

- √ Aprender cómo el VIH destruye el sistema inmunológico para que las enfermedades que son sencillas se conviertan en graves.
- √ Conocer más acerca de cómo se transmite el VIH
- √ Ser capaces de explicar las diferencias entre tener VIH y tener SIDA .

Instrucciones:

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

# Dinámica de Transmisión del VIH/SIDA

## CAMBIO DE TARJETAS

### Objetivos

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

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

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

### Materiales

Tarjetas moradas, amarillas, verdes y rosas

### Actividades

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

Por ejemplo.

*"Ahora conoceremos como es que la gente se puede llegar a infectar de VIH, y propagarlo a otros rápidamente"*

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

2.- Se le proporcionan cuatro tarjetas a cada persona (una de cada color?).

3.- Inmediatamente después se les dan las siguientes instrucciones:

*"Escriban su nombre en la parte de atrás de cada una de las tarjetas".*

*"Cada vez que yo diga cambio, cada uno de ustedes deberá cambiar una de sus tarjetas con uno de sus compañeros"*

*"Cada vez deberá ser un compañero diferente"*

- Los cambio se llevan a cabo hasta que ninguno de los participantes tenga sus tarjetas.

4.- En caso de que en los cambios llegará nuevamente una de las tarjetas con su nombre, nuevamente tendrán que cambiarla.

5.-Después de los cambios necesarios, se les pide a los participantes que tomen asiento, y explicarles que cada tarjeta representa algo que ellos decidieron hacer, es decir, una conducta (presentar tarjeta de los diferentes colores, pero lo suficientemente grandes con las siguientes etiquetas):

<b>Color</b>	<b>Conducta</b>
Morado	Compartir jeringas
Verde	Tener sexo protegido
Rosa	Tener sexo no protegido
Amarillo	Tocarse, besarse o hablar.

6.- Selecciona alguno de los participante y pídele que se ponga de pie, enseguida dile a los asistentes lo siguiente:

"La persona que se encuentra de pie, al inicio de la actividad era seropositiva"

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

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

8.- Éstas últimas personas deberán leer nuevamente los nombres de las personas que se encuentran al reverso de sus tarjetas azules y rosas . Y se repite la explicación de apartado 7.

9.- Nuevamente las últimas personas que se han puesto de pie deberán leer los nombres del reverso de sus tarjetas azules y rosas. Para este momento es probable la mayoría si no es que todos los asistentes estén de pie, en este momento se les pregunta a los asistente que piensan acerca del número de personas que se encuentran de pie y que han sido infectas con el VIH.

10.- Si alguno de los participantes permaneció sentado, es decir no fue leído su nombre, pedirle que mire sus tarjetas, se le dirá lo siguiente::

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

*"Si tu tienes tarjetas verdes de algunos de los estudiantes que se encuentran de pie, significa que tu tuviste sexo seguro con un persona*



*infectada. Esta situación probablemente influyó para que tu no te infectarás, fuiste lo suficientemente cuidadoso para no intercambiar semen, sangre o fluidos vaginales, lo que significa que tu usaste el condón correctamente, desde el inicio hasta el final de las relaciones sexuales, ya fueran vaginales, oral o anales con hombres (o mujeres según sea el caso) y usaste barrera latex (dental dams) para el sexo oral con mujeres. Las tarjetas verdes de otros estudiantes sentados significa que han tenido sexo pero con personas quienes nunca han sido expuestos al VIH. Ustedes (o sea los que están sentado) hasta este momento están seguros para no contraer el VIH".*

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

11.- Se debe llevar a los participante a una discusión de la actividad, haciéndoles las siguientes preguntas tratando que cada participante menciones sus respuestas:

Preguntas para la discusión

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

12.- Termina leyendo los objetivos nuevamente.