



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Comunicación sexual, negociación y fallas en el uso del condón  
en estudiantes universitarios.**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)  
Montserrat Reyes Montiel**

**Directora: Dra. Silvia Susana Robles Montijo**

**Dictaminadores: Dra. María de Lourdes Diana Moreno Rodríguez**

**Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2014**



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.

# **Agradecimientos**

Gracias a ti **Dios**, por no soltarme de tu mano.

## **UNAM**

Es un honor pertenecer a las filas de la máxima casa de estudios, portar con orgullo sus colores azul y oro, es llevar conmigo su historia y tradición. Gracias UNAM por ser mi casa, por formarme como profesionista en tus aulas, por mostrarme la responsabilidad del saber, y sobre todo, por cultivar en mí, el ejercicio de mi profesión con amor, ética, responsabilidad y profesionalismo. A ti UNAM, mi más sincera admiración y respeto.

## **PAPIIT**

Sin duda, haber participado en un proyecto de investigación de esta índole ha sido una de mis más gratas experiencias. Gracias PAPIIT por fomentar el amor a la investigación, por financiar mi etapa como tesista y por ser el eslabón que me ha permitido conocer a algunos, de los muchos investigadores respetables, ayudándome con esto a aprender de los mejores e inspirándome a ejercer mi profesión por todo lo alto en nombre de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## **Dra. Susana Robles Montijo**

Querida Dra. Susy! gracias por permitir que me reintegrara a su equipo de trabajo, gracias por su comprensión y paciencia, gracias por esos innumerables consejos profesionales y personales, por esas tardes de dedicación en su cubículo; gracias por sus aplausos cuando hacía algo bueno, me motivaron enormemente, gracias también por sus regaños cuando fallaba, me ayudaron a sacar lo mejor de mí. Con toda mi admiración.



---

---

### **Dra Diana Moreno Rodríguez**

Gracias por las valiosas contribuciones a mi investigación, fue un placer trabajar con usted.

### **Lic. Beatriz Frías Arroyo**

Mi querida Bety!; gracias por todo tu apoyo, gracias por creer en mí cuando yo misma dejé de hacerlo, gracias por ser más que mi maestra, gracias por levantarme de las ruinas y hacerme entender que la fuerza está dentro de mí. Gracias por ser un gran ejemplo en toda la extensión de la palabra. Éxito hoy y siempre. Con inmenso cariño.

### **Mamá**

Un día cometí la osadía de decir que este triunfo era solo mío, hoy mamá, te digo que sin ti y sin tu apoyo nada de esto sería una realidad. Gracias por ser la mamá más mala del mundo...

Gracias por darme la vida a pesar de las circunstancias, por amarme desde el instante mismo en que sabías que formaba parte de ti; gracias por cuidar mi piel delicada y por ayudarme a mis huesos a estar en su sitio, por no cargarme mientras lloraba y quedarte ahí contemplando mi mirada hasta que algo mágico pasaba y dejaba de llorar, gracias por estar pendiente de mí en todo momento; pero sobre todo, gracias por darme siempre lo mejor de ti...

Gracias mamá por inculcarme principios y valores; gracias por mostrarme que la vida no es color de rosa pero que si yo quiero puedo hacer de ella un lienzo multicolor; gracias por tu empeño y dedicación para que sea una mujer preparada e integra...

Gracias por dejarme vivir mi vida... gracias por impulsarme a volar, por soltarme para emprender el vuelo, por contemplar mi vuelo y por supuesto, gracias por volar conmigo...

Gracias mamá por tu siempre presencia en mi vida, por ser la mujer más maravillosa que conozco, le doy gracias a Dios que seas tú mi madre y que



tengamos la oportunidad de vivir nuestras vidas como hasta ahora, porque cuando te digo que todo lo que soy es por ti, no miento.

Te amo eternamente mamá!!

### **Hermano**

Bayo gracias por llegar a mi vida a enseñarme que puedo ser una mejor persona, gracias por esos momentos de risas, por los abrazos y los besos que siempre nos damos. Gracias por ser el niño de mis sueños, por la nobleza con la que siempre me tratas, gracias por ser mi cómplice y por tenerme confianza. Tú y mi mamá Ale son lo más valioso y amado que tengo, gracias por darme ánimos y consentirme cuando algo no anda bien, yo siempre voy a estar para ti, para protegerte como tú me proteges a mí. Te amo gordo!

### **A mi familia**

Cuando Dios me mando un milagro, fueron ustedes...

**Mamá nena**, gracias por todo tu amor, por la fuerza que siempre me das, por la sinceridad con la que siempre me hablas y por tu siempre presencia en mi vida, gracias por ser el pilar de la familia y por el gran ejemplo de vida, tú eres y serás siempre mi tesoro.

**Mamá gelita**, gracias por todos los abrazos y besos que siempre me das, por preocuparte por mí, por ser la escucha atenta de mis aventuras, por ser mi cómplice y sobre todo por el inmenso amor con el que siempre me tratas, tú eres y serás siempre mi mamita consentida.

**Abue**, gracias por toda tu paciencia, por la confianza que tienes en mí, por creer en mí y en lo que hago, gracias por estar presente en mi vida, por tus consejos y por disfrutar conmigo mis éxitos y llorar mis derrotas, tú eres y serás siempre la alegría de mi vida.



---

**Tío Beto**, gracias por esas pláticas nocturnas, por enseñarme que vida solo hay una, gracias por hacerme ver que debo aprovechar las oportunidades que se me presentan, por confiar en mí y por el cariño que muy particularmente me demuestras, tú eres y serás siempre la tenacidad en mi corazón.

**Tía Mara**, gracias por enseñarme a sonreír aunque quiera llorar, gracias por llenar mi corazón de calor y confort, gracias por todo el amor que siempre me brindas y por estar conmigo siempre que te necesito, tú eres y serás siempre mi mejor amiga.

**Tía Kika**, gracias por la ternura que siempre tienes para mí, por el apoyo incondicional que me das, por tus palabras de aliento y tu oído atento, gracias por enseñarme que con amor todo se puede, tú eres y serás siempre la ternura en mi corazón.

Gracias a mis hermanos **Fernanda, Alexis y Kevin**, por vivir conmigo mil aventuras, por reír y llorar juntos, por luchar por un mejor futuro y por amar tan inmensamente a la familia maravillosa que Dios nos ha dado. A mis hermanos pequeños **Murat, JR, Jessy y Bombon** que con sus risas le dan vida a mi alma.

**Alon**, gracias por el apoyo incondicional, por el amor desinteresado que siempre me has tenido y por quererme aun en mis peores momentos, gracias por la paciencia y por estar siempre presente en mi vida, eres la persona que yo elegí para que formara parte de mi familia.

**Rey**, gracias por todo el apoyo moral y económico, gracias por impulsarme a alcanzar mis metas y por tus consejos.

**Tía Rita**, gracias por todos tus consejos, por escucharme atentamente y por retroalimentarme, gracias por ser siempre tan linda.



---

† El agradecimiento más especial es para ti papito, gracias por ser el ángel que me guía, gracias por cuidarme desde el cielo, por hacerme sentir que a pesar del tiempo y la distancia sigo siendo la niña de tus ojos, gracias por sembrar en mi corazón la semilla del amor eterno. A tu memoria **papá Jaivo**, te amo!

# ÍNDICE

<b>SÍNTESIS DEL PROYECTO GENERAL PAPIIT IN307210.....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO I            PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL</b>	<b>22</b>
1.1 Infecciones de Trasmisión Sexual: Características biológicas de las ITS no virales y su prevalencia en México.....	21
1.1.1 Infecciones de Trasmisión Sexual causadas por bacterias...	22
1.1.2 Infecciones de Trasmisión Sexual causadas por hongos.....	24
1.1.3 Infecciones de Trasmisión Sexual causadas por protozoarios.....	24
1.2 Infecciones de Trasmisión Sexual: Características biológicas de las ITS virales y su prevalencia en México.....	25
1.3 Embarazo no deseado.....	34
1.4 Uso del condón como medida de prevención.....	36
<b>CAPÍTULO II            FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL CONDÓN</b>	<b>43</b>
2.1 La investigación psicológica en la prevención de los problemas de salud sexual.....	44
2.2 Factores conductuales asociados a la conducta sexual protegida.....	46
2.2.1 Comunicación sexual asertiva.....	48
2.2.1.1 Comunicación sexual asertiva con padres.....	49
2.2.1.2 Comunicación sexual asertiva con pareja.....	51
2.2.2 Estilos de negociación del uso del condón.....	57
2.2.3 Conocimientos sobre el uso correcto del condón.....	62
2.2.4 Fallas en el uso del condón.....	64
<b>CAPÍTULO III            REPORTE DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>71</b>
3.1 Planteamiento del problema.....	71
3.2 Pregunta de investigación.....	72
3.3 Objetivo general.....	72
3.4 Objetivos específicos.....	72
3.5 Método.....	73
3.5.1 Participantes.....	73
3.5.2 Diseño.....	74
3.5.3 Variables, instrumentos y medidas.....	74
3.5.4 Procedimiento.....	77
3.5.5 Análisis de datos.....	78
3.6 Resultados.....	78
3.7 Discusión.....	87
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>95</b>

# SÍNTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## GENERAL PROYECTO PAPIIT IN307210

El estudio que aquí se presenta forma parte de un proyecto más general titulado “Programa para reducir conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso”, el cual está financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) del 2010 al 2012, con número de registro IN307210, cuyos responsables y corresponsables son Mtra. Diana Moreno Rodríguez y la Dra. Susana Robles Montijo de la FES Iztacala, UNAM, respectivamente. A continuación se describen las características generales de este proyecto en términos de sus objetivos y metodología, para señalar la parte en la que se inserta el reporte de investigación que aquí se presenta.

Colaboradores:

Psic. Beatriz Frías Arroyo

Psic. Martha Rodríguez Cervantes

Psic. Rodolfo Barroso Villegas

Dra. Ma. De Lourdes Rodríguez Campuzano

M.C. Pilar Castillo Nava

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Los embarazos no deseados o no planeados, así como distintas infecciones de transmisión sexual (ITS), como aquellas desarrolladas por el Virus del Herpes Simple (HSV-1 y HSV-2), el Virus del Papiloma Humano y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, constituyen problemas de salud sexual que se presentan en forma importante en poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes (Gómez García *et al.*, 2005; Guzmán Esquivel, Baltasar y Molina, 2005; Santos *et al.*, 2003). Su prevención puede lograrse a través de la abstinencia, el sexo seguro o el sexo protegido, siendo este último, a través del uso del preservativo, el comportamiento que más atención ha recibido en los estudios psicológicos que



reportan programas de intervención orientados a prevenir problemas de salud sexual en distintas poblaciones (Crosby, Yarber, Sanders y Graham, 2004; Givaudan y Pick, 2005; Pick, Givaudan, Sirkin y Ortega, 2007; Robles, Rodríguez, Frías y Barroso, 2007; Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, 2006; Walker, Gutiérrez, Torres y Bertozzi, 2006;).

El proyecto de investigación que aquí se presenta, está diseñado con base en el Modelo Integral de Fishbein (2000); la evaluación que se propone hacer en un primer estudio y el diseño de la intervención propuesta en un segundo estudio, considera variables psicosociales (creencias, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia e intenciones), conductuales (habilidad para conversar sobre temas de sexualidad, para negociar el uso del condón y para usarlo correctamente) y variables referidas a los límites ambientales (tipo de pareja y tipo de práctica sexual con la que se usa el condón). La elección de este modelo responde a los hallazgos que se han obtenido con estudiantes universitarios respecto al papel que juegan las habilidades conductuales en la predicción de conductas sexuales preventivas (Robles *et al.*, 2004; Robles, Piña y Moreno, 2006; Robles, Piña, Frías, Rodríguez, Barroso y Moreno, 2006) y en el cambio de conductas de riesgo a preventivas (Cabrera, Olvera y Robles, 2006; Robles *et al.*, 2006), cuestión que también ha sido demostrada en otros estudios (Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002; Singh, 2003; Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smith, 2004).

Por otra parte, se considera importante enfatizar la importancia de dirigir los esfuerzos de la investigación sobre prevención de problemas de salud sexual, hacia poblaciones que no han tenido relaciones sexuales, de tal forma que sea posible observar los efectos de los programa de intervención sobre el inicio de las relaciones sexuales y sobre el mantenimiento de las conductas preventivas que dichas intervenciones se proponen desarrollar. Sin embargo, el interés se ha centrado en poblaciones que ya tienen una vida sexual activa, justamente porque los efectos de las intervenciones pueden evaluarse sobre distintos comportamiento sexuales de riesgo. La edad de inicio de las relaciones sexuales



ha sido considerado un factor de riesgo vinculado con problemas de salud sexual, de tal forma que a menor edad del debut sexual hay mayor riesgo por la tasa elevada de cambio de pareja sexual que se presenta entre los jóvenes (Santos et al., 2003) y por estar asociado con un mayor número de parejas sexuales, mayor diversidad de prácticas sexuales y mayor frecuencia de las relaciones sexuales (Robles, 2005). Por ello, la información clara y precisa de cómo evitar riesgos de ITS y embarazos no deseados debe ser accesible a toda la población, ya que se ha demostrado que la utilización de anticonceptivos y condones es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual y además no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales (Santos et al., 2003). En este sentido, resalta la importancia de dirigir los esfuerzos hacia poblaciones adolescentes que aún no han iniciado su vida sexual.

Para evaluar los efectos de un programa de intervención dirigido a este tipo de población (adolescentes o jóvenes que aún no han iniciado su vida sexual), se deben tomar en consideración varios aspectos. Por un lado, de acuerdo con información que presenta Welti (2005) a partir de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) del 2003, la edad de inicio de las relaciones sexuales ha estado incrementando a lo largo de las generaciones. Esto sugiere que el promedio de la edad de la primera relación sexual que se reporta en distintos estudios podría estar incluyendo a personas de distintas generaciones y, por lo tanto, no estar reflejando el hecho real de que los jóvenes estén iniciando su vida sexual a edades más tardías. Otro aspecto a considerar es la proporción tan baja de adolescentes que sí han tenido relaciones sexuales reportada en distintos estudios; por ejemplo, Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou (2008) encontraron que sólo el 9.5% de un total de 828 adolescentes con una edad promedio de 15.2 años, han tenido relaciones sexuales; Torres, Walter y Gutiérrez (2006) reportan que de una muestra de 11,177 estudiantes (edad media de 15.5 años), el 10% de las mujeres y el 24% de los varones habían iniciado su vida sexual; en forma semejante Givaudan y Pick (2005), encontraron que de una



muestra de 2064 estudiantes con edad media de 15.97 años, sólo el 6% de las mujeres y el 22% de los hombres tenían experiencia sexual.

Pareciera ser, entonces, que para evaluar los efectos de un programa de intervención sobre el inicio y mantenimiento de comportamientos sexuales, las poblaciones de adolescentes de secundaria y preparatoria no son las más idóneas, ya que, los periodos de seguimiento a un año no resultan suficientes para observar comportamientos vinculados con el inicio de las relaciones sexuales (Givaudan y Pick, 2005). Por esta razón, resulta conveniente trabajar con poblaciones de mayor edad sin experiencia sexual bajo condiciones que permitan obtener información en periodos de seguimiento a un año y sea más probable que ocurra el debut sexual. Es por ello que, en el proyecto de investigación que aquí se presenta, se propone trabajar con estudiantes universitarios de primer ingreso (quienes generalmente tienen entre los 18 y 19 años)<sup>1</sup>, dándoles seguimiento hasta por un año.

Trabajar en la prevención de problemas de salud sexual con estudiantes universitarios de primer ingreso podría tener ventajas adicionales, que estarían vinculadas con investigar el papel que juegan de las características académicas de los estudiantes cuando ingresan a la universidad sobre el desarrollo de comportamientos sexuales de riesgo. Diversos estudios han demostrado una relación entre el desempeño escolar del estudiante y las aspiraciones a la educación y el momento de su primera relación sexual (Harris, Duncan y Boisjoly, 2002; Lammers, Irlanda, Resnick y Blum, 2000; Coyle et al., 2006; Palacios y Andrade, 2007). Una encuesta publicada por los CDC (2003) de los Estados Unidos mostró que el 67% de los estudiantes de 13 años de edad con calificaciones reprobatorias ya se habían iniciado sexualmente, en comparación con el 31% de aquellos que habían obtenido calificaciones de excelencia. Otro dato que resulta igualmente interesante, es que este hallazgo se replica en otras

---

<sup>1</sup> Espinosa, Gómez, Arriaga, Mercado, Sepúlveda, Caudillo, Manríquez y Márquez (2008) reportan una edad promedio de 18.60 (+/-2.95) en estudiantes de primer ingreso de la licenciatura en Psicología.



variables tales como: ser sexualmente activo, uso de alcohol y drogas antes en la última relación sexual, número de parejas sexuales y el haber tenido alguna vez un embarazo. En este contexto, en el presente proyecto de investigación se buscará obtener información sobre el perfil de ingreso de los estudiantes, considerando escuela de procedencia, años cursados en preparatoria o bachillerato, promedio general obtenido y número de asignaturas no aprobadas, y de esta manera, poder determinar la relación entre los indicadores del perfil de ingreso y los comportamientos sexuales de riesgo de los estudiantes.

### **Objetivos de investigación.**

#### **Objetivos generales:**

Trabajando con estudiantes universitarios de primer ingreso, en el presente proyecto de investigación se proponen tres objetivos generales:

- 1) Promover la salud sexual y reproductiva de los estudiantes a través de un programa de entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual con la pareja y uso correcto del condón.
- 2) Evaluar los efectos de un programa de intervención diseñado para desarrollar habilidades conductuales de comunicación sexual con la pareja y de uso correcto del preservativo, sobre la reducción de conductas sexuales de riesgo.
- 3) Evaluar los efectos del programa de intervención sobre el mantenimiento de distintos comportamientos sexuales preventivos, en un periodo de seguimiento a 12 meses.



**Objetivos específicos:**

- 1) Conocer, a través de un estudio diagnóstico, el nivel de información que los estudiantes poseen sobre aspectos vinculados con la transmisión y prevención de ITS/VIH/SIDA y embarazos no deseados.
- 2) Obtener información sobre las creencias, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia e intención vinculadas con el uso del preservativo.
- 3) Obtener información sobre la frecuencia con la que los estudiantes se comunican con sus parejas sexuales sobre diversos temas de sexualidad.
- 4) Conocer el patrón de conducta sexual (edad del debut sexual, parejas sexuales en toda la vida, uso del preservativo en la primera y última relación sexual y tipo de pareja sexual con la que se usa el condón) de aquellos estudiantes que ya tienen una vida sexual activa.
- 5) Identificar el perfil de ingreso de los estudiantes considerando escuela de procedencia, años cursados en preparatoria o bachillerato, promedio general obtenido y número de asignaturas no aprobadas.
- 6) Determinar la relación entre los indicadores del perfil de ingreso y los comportamientos sexuales de riesgo de los estudiantes.
- 7) A través de un estudio de intervención, lograr que los estudiantes desarrollen habilidades para hablar abiertamente sobre temas de sexualidad, para negociar el uso del condón con su pareja y para usarlo correcta y consistentemente.
- 8) A través de un estudio de intervención, lograr que aquellos estudiantes que no han tenido relaciones sexuales, usen el preservativo en su primera relación sexual.



9) A través de un estudio de intervención, lograr reducir distintos comportamientos sexuales de riesgo y mantener, en un periodo de al menos un año, el uso consistente del preservativo.

### **Hipótesis de investigación:**

1) En los participantes que no han tenido relaciones sexuales y que reciban la intervención, se espera encontrar que su primera relación sexual sea protegida y cuenten con habilidades conductuales efectivas para hablar abiertamente sobre temas sexuales con sus parejas, para negociar el uso del condón y para usarlo correctamente; en quienes ya tienen experiencia sexual, se espera encontrar una disminución en sus comportamientos sexuales de riesgo y el desarrollo adecuado de las habilidades conductuales antes referidas.

2) En los periodos de seguimiento definidos en el estudio de intervención, se espera encontrar en los participantes que hayan recibido la intervención, un mantenimiento de sus comportamientos sexuales preventivos.

El proyecto de investigación se organiza en 2 estudios: el primero de ellos, estudio diagnóstico, está diseñado para obtener información sobre distintas variables psicosociales y conductuales vinculadas con problemas de salud sexual de los participantes, y el segundo, un estudio de intervención, diseñado para evaluar los efectos de un programa de intervención sobre la reducción de conductas sexuales de riesgo en los participantes.

## RESUMEN

El propósito de este estudio fue evaluar la relación entre las variables de comunicación sexual asertiva con pareja, los estilos de negociación del uso del condón, el nivel de conocimientos sobre el uso correcto del condón y la frecuencia de fallas ocurridas durante el acto sexual, así como la relación que guardan con la frecuencia en el uso del condón, para poder determinar los predictores del uso del condón en estudiantes universitarios. Participaron 852 jóvenes universitarios mexicanos sexualmente activos (37.2% hombres y 62.4% mujeres), solteros y con una edad promedio de 18.8 años. Los resultados muestran que los temas sobre los que los jóvenes se comunican con su pareja son embarazo, VIH, ITS y relaciones sexuales en general y negocian con su pareja el uso del condón con los estilos de equidad y de colaboración. En la prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón que constó de 9 reactivos, los participantes obtuvieron una media de  $M=4.86$  ( $D.E.=1.637$ ), por otro lado, los resultados de la escala de fallas en el uso del condón durante la relación sexual tienen una media  $M=13.79$  ( $D.E.=3.842$ ), con un rango de 7-30. La frecuencia del uso del condón se correlacionó con las variables de comunicación sexual con pareja sobre embarazo ( $r=.150$ ,  $p<.01$ ), VIH y otras ITS ( $r=.134$ ,  $p<.01$ ), métodos anticonceptivos ( $r=.124$ ,  $p<.01$ ) y relaciones sexuales en general ( $r=.109$ ,  $p<.01$ ), con los estilos de negociación de colaboración ( $r=.155$ ,  $p<.01$ ), equidad ( $r=.154$ ,  $p<.01$ ) acomodación-evitación ( $r=-.179$ ,  $p<.01$ ) y con la escala de fallas en el uso del condón durante la relación sexual ( $r=-.267$ ,  $p<.01$ ). Los predictores de la frecuencia del uso del condón fueron no cometer las fallas en el uso del condón durante la relación sexual y negociar con su pareja el uso del condón con un estilo de equidad. Los resultados se discuten en el contexto de la prevención del VIH/SIDA, considerando la importancia de la relación de estas variables entre sí y con la frecuencia del uso del condón.

**Palabras clave:** comunicación sexual, estilos de negociación, fallas, conocimientos, frecuencia en el uso del condón.

# INTRODUCCIÓN

La infección por el VIH/SIDA no es el único problema de salud sexual que pueden presentar los adolescentes y jóvenes. Si se considera como problema de salud sexual 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, se podrían incluir a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los embarazos no planeados y, en muchos casos como consecuencia de estos últimos, el aborto (Robles y Moreno, 2007).

El caso del VIH/SIDA en México representa uno de los problemas de salud pública más alarmantes. De acuerdo con CENSIDA, para el primer trimestre del 2013 existen 162,521 personas diagnosticadas con SIDA, de las cuales 133,394 (82.1%) son hombres y 29,127 (17.9%) son mujeres, siendo la vía sexual la causa principal de transmisión del VIH/SIDA.

La OMS (2009) señala que la prevalencia de las ITS en el mundo se eleva año con año. Se estima que cada año, una de cada 20 adolescentes contrae una infección bacteriana por contacto sexual, y se observan infecciones a edades cada vez más tempranas, entre un 10% y un 40% de las mujeres con clamidiasis no tratada desarrollan una enfermedad inflamatoria pélvica sintomática y del 30% al 40% de los casos de infertilidad femenina obedecen a una lesión de las trompas de Falopio posterior a una ITS; en el caso de las mujeres embarazadas, la sífilis temprana sin tratar causa la cuarta parte de los casos de muerte fetal y el 14% de los de defunción neonatal.

A propósito del día de la madre, INEGI (2013) dio a conocer que en el 2010, del total de mujeres de 15 o más años 71.6% han tenido al menos un hijo nacido vivo y que la preclampsia, en el mismo año, fue la principal complicación de emergencia obstétrica en mujeres de 15 a 49 años (52.3 por ciento). En 2011, del



total de defunciones por complicaciones de emergencia obstétrica, en mujeres de 15 a 49 años, 31 de cada 100 fueron por hemorragias posparto. Y que para el 2012, la tasa de participación económica de las mujeres de 15 o más años con al menos un hijo nacido vivo es de 44.1%, de las cuales, 97.9% combina sus actividades con los quehaceres domésticos; para el mismo año, las mujeres de 12 años y más que declararon tener al menos un hijo sobreviviente y con una situación conyugal de no unión, 45.9% se encuentran en situación de pobreza multidimensional y de éstas 20.2% presentan pobreza extrema.

Este panorama epidemiológico sobre VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados, se relaciona con la actividad sexual que se ha reportado en los jóvenes (Pérez y Pick, 2006). Se sabe que la edad del debut sexual ha estado entre los 14.2 y los 16 años en adolescentes, y que la media para ambos sexos es de 15.7 años (Gayet y Valencia, 2009), lo que nos indica que los adolescentes que inician su vida sexual a estas edades, se ven en riesgo de contraer alguno de los problemas de salud sexual a edades más tempranas (Robles et al., 2006a).

Ante esta problemática de salud sexual de los jóvenes reflejada en los altos índices de VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados, resulta importante analizar las formas particulares en que estos problemas pueden prevenirse, ya que de ello deriva el desarrollo de estrategias de intervención dirigidas específicamente a poblaciones de adolescentes y jóvenes mexicanos (Robles y Moreno, 2007). Existen al menos tres formas de hacerlo: 1) la abstinencia sexual, 2) sexo seguro (relaciones sexuales que no implican un inter-cambio de fluidos) y 3) el uso de algún método anticonceptivo o de algún método de barrera como los condones masculino y femenino (CENSIDA, 2013a). 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 (CENSIDA, 2013).



Al respecto, algunos autores como Kaplan *et al.*, (2001), Pérez y Pick (2006) y Robles *et al.*, (2008) y Rodríguez *et al.*, (2009), 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 (uso del condón) en adolescentes que ya tienen una vida sexual y que no planean abstenerse de ella. El hecho de que el condón sea el único método que brinda triple protección contra el contagio de ITS y VIH/SIDA y funja como método anticonceptivo, supone que los esfuerzos en la prevención de estos problemas de salud se vean orientados hacia la promoción del uso correcto y consistente del condón.

Sin embargo, una proporción importante de jóvenes sexualmente activos no usa el condón o lo usa inconsistentemente (Piña, 2004). En México la Secretaría de Salud cuenta con distintos programas relacionados con la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, que se centran fundamentalmente en el acceso a la información, el derecho a la libre decisión y la prestación de servicios con calidad (Robles y Moreno, 2007). 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, citado en Robles y Moreno, 2007).

Sin embargo, estas campañas no han tenido el impacto esperado debido a su carácter únicamente informativo, ya que a pesar de que los jóvenes tengan altos niveles de información sobre las características del VIH/SIDA e ITS y sobre las formas específicas en que puede transmitirse y prevenirse, siguen teniendo conductas sexuales de riesgo, lo cual deja ver que poseer la información no es suficiente (Enríquez y Sánchez, 2004). La investigación realizada por algunos



autores (Martínez, Villaseñor y Celis, 2002; Piña, 2004; Piña & Urquidi, 2006), apunta a que deben abarcarse más aspectos, tales como las creencias y actitudes positivas respecto al uso del condón como método de protección, que han sido encontrados como factores asociados en la emisión de conductas preventivas del VIH/SIDA. En este sentido, es importante conocer que existen diversos factores asociados a las prácticas sexuales protegidas, como por ejemplo, el tipo de práctica sexual (Robles y Moreno, 2000), el tipo de pareja, ya sea ocasional o estable (Robles y Diaz-Loving, 2006), la planeación y capacidad de proponer la relación sexual a la pareja (Moreno et al., 2008), entre otros.

Otro aspecto importante a considerar, aunado al poco impacto de las campañas de prevención, es la forma de evaluación del uso del condón, ya que ha sido reducida a medidas indirectas, tales como el autorreporte, del cual se ha cuestionado su validez como único instrumento para conocer la eficacia de la estrategia o programa de intervención (Robles, Rodríguez, Frías y Barroso, 2008).

En este sentido, los esfuerzos deben dirigirse hacia el diseño y evaluación de programas de intervención que permitan lograr cambios efectivos de comportamientos de riesgo a comportamientos preventivos, que doten a los jóvenes de las habilidades necesarias para enfrentarse a las demandas situacionales bajo las cuales se deban emitir dichas conductas sexuales preventivas, tal es el caso del entrenamiento en el uso correcto y consistente del condón (Robles et al., 2006), la toma de decisiones asertivas a través de la habilidad para comunicarse sobre temas sexuales con su pareja que les permita solicitar el uso del condón y den paso a la negociación sexual con la pareja (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno, y Robles, 2008; Robles et al., 2006; Sánchez, 2000).

A manera de conclusión se puede decir que ante este panorama sobre los problemas de salud sexual que afectan a los jóvenes, las aportaciones teóricas y empíricas que se han analizado, buscan identificar los factores vinculados con comportamientos de riesgo, y contribuir con el desarrollo de estrategias de



intervención orientadas a disminuir conductas de riesgo y desarrollar habilidades conductuales que permitan a los jóvenes tener una vida sexual saludable; una forma de hacerlo sería que de manera conjunta los jóvenes poseyeran el contenido informativo y las habilidades conductuales para el uso correcto y consistente del condón, habilidades de comunicación sexual y la habilidad para negociar con la pareja el uso del condón, de esta manera podrían implementar conductas sexuales preventivas.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar cómo se relacionan las variables conductuales de fallas en el uso del condón, comunicación sexual en la pareja y negociación del uso del condón para determinar en qué medida afectan la frecuencia en el uso del condón. Dicho trabajo se conforma de tres capítulos y el reporte de investigación; en el primer capítulo se abordan los problemas de salud sexual como son ITS, VIH/SIDA, embarazos no deseados y aborto, sus características biológicas, vías de transmisión y su prevalencia en México; en el segundo capítulo se analizan los factores asociados a las conductas sexuales protegidas, que va desde el debut sexual, el uso del condón como medida de prevención dadas sus características, los conocimientos sobre el uso correcto del condón y la escala de fallas en el uso del mismo, así como los problemas relacionados con la medición del uso del condón y como cierre, los predictores del uso del condón; el tercer capítulo aborda el tema de la comunicación sexual con la pareja y los estilos de negociación para solicitar el uso del condón. Finalmente, se presenta el reporte de investigación en el cual se describe el objetivo general y los objetivos específicos, la metodología de la investigación, los resultados obtenidos, y por último, se discuten los hallazgos encontrados.

## PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el conjunto de factores físicos, emocionales, mentales y sociales relacionados con la sexualidad de los individuos (OMS, 2002). Se entiende que los problemas de salud sexual son todos aquellos trastornos físicos y psicológicos que se desarrollan a partir de dos personas (independientemente de su preferencia sexual), que realizan prácticas sexuales en las que es posible que ocurra un intercambio de fluidos o secreciones de los órganos genitales (Robles et al., 2006).

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2010) señala que en el censo del 2010, la población total en México asciende a los 42,336,538 habitantes, de los cuales el 26.80% corresponden a jóvenes entre los 15 y 29 años. Los problemas de salud sexual que se presentan mayormente en jóvenes con este rango de edad son *el VIH/SIDA*, las *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*, los *Embarazos no deseados*, trayendo como consecuencia en algunos casos el *aborto* (CENSIDA, 2012).

Dado que los problemas que afectan la salud sexual de las personas son de gran magnitud tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, es obligación del Estado y de la sociedad en su conjunto trabajar para garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud que ofrezcan su prevención y tratamiento, mediante intervenciones eficaces y estrategias que permitan llevar a cabo comportamientos sexuales preventivos. Aunque este objetivo representa un enorme reto para los sistemas de salud de muchas partes del mundo, trabajar para lograrlo es un tema crucial en la



promoción de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas (CENSIDA, 2009).

### **1.1 Infecciones de Transmisión Sexual: Características biológicas de las ITS no virales y su prevalencia en México.**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son aquellas que se transmiten principalmente mediante relaciones sexuales desprotegidas (sin condón) con una persona infectada. Se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral; también por uso de jeringuillas contaminadas, o contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo de madre a hijo (CENSIDA, 2010).

Las ITS pueden tener como agentes patógenos a las bacterias, los hongos y los protozoarios que son microorganismos de unidades celulares capaces de vivir en muchos ambientes y la mayoría de las infecciones se pueden curar con ayuda de antibióticos, son en su mayoría asintomáticas, pero si ocurren síntomas estos suelen aparecer unos días después de la infección (Casanova y Méndez, 2008).

Las ITS representan un serio problema de salud pública en todo el mundo. La OMS (2011) estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos sexos, observándose un ligero predominio en los hombres, entre las que destacan la sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis.



Algunas de las cifras y datos que da a conocer la OMS (2011) para dar cuenta de la gravedad del problema que representan las ITS son:

- Cada año se producen 448 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis).
- En embarazadas con sífilis temprana no tratada el 25% de los embarazos acaban en muerte fetal y el 14% en muerte neonatal.
- Las ITS son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer.

### 1.1.1 Infecciones de Transmisión Sexual causadas por Bacterias.

**Sífilis** (*Treponema pallidum*): La sífilis pasa de una persona a otra a través del contacto directo con una úlcera sifilítica, mismas que aparecen generalmente en los genitales externos (vagina, ano, boca) y se transmiten durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales, en caso de que una mujer embarazada contraiga esta infección puede pasársela a su futuro bebé en el momento del parto. El periodo de incubación es de 21 días y el inicio de la fase primaria se marca con la aparición de la primera úlcera, misma que aparece en el sitio por el cual entró la sífilis al organismo, la apariencia de la úlcera es dura, redonda y no causa dolor, y estará presente durante 3 ó 6 semanas. La fase secundaria dará inicio con la reaparición de úlceras en una o varias partes del cuerpo, en esta ocasión van a tener una apariencia rojiza o blanquizca si están localizadas en áreas húmedas. En caso de no ser detectada a tiempo y no recibir tratamiento puede trascender a una fase avanzada, donde a pesar de no presentar síntomas puede durar años y presentar dificultad para coordinar los movimientos musculares, daño en órganos internos como cerebro, nervios, corazón, hígado, huesos, por citar algunos (Casanova y Méndez, 2008; CENSIDA, 2011).



**Gonorrea** (*Nessiseria gonorrhoeae*): La gonorrea cuyo único huésped natural es el ser humano, se transmite por contacto sexual vaginal, oral o anal sin protección, se transmite por los fluidos corporales (fluido vaginal o semen), y de la madre al bebé durante el nacimiento. El periodo de incubación es de 3 a 14 días, muchas personas infectadas no presentan síntomas, en caso de tenerlos, los hombres presentan ardor al orinar acompañado de una secreción amarillenta, blanquecina o verdosa en el pene, en el caso de las mujeres sensación de ardor al orinar, aumento del flujo vaginal o hemorragia vaginal entre periodos, en el caso de que la infección esté presente en el recto, es posible que se presente secreción, picazón anal, ligero sangrado y dolor al defecar. En el caso de no detectarse y tratarse a tiempo en las mujeres puede derivar en enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y en los hombres causar epididimitis (inflamación del epidídimo, que es la estructura tubular detrás del testículo donde maduran los espermatozoides y que conecta el testículo con los conductos deferentes) (Casanova y Méndez, 2008; CENSIDA, 2011; CDC, 2013b).

**Clamidia** (*Chlamydia trachomatis*): La clamidia se contrae al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales con alguien infectado, se puede transmitir aun cuando el hombre no eyacule o de la madre al hijo durante el parto. Su periodo de incubación oscila entre los 8 y los 21 días, la mayoría de las personas no tienen síntomas, en caso de tenerlos, las mujeres presentan flujo vaginal anormal y sensación de ardor al orinar ya que la bacteria infecta inicialmente al cuello uterino y originar EIP, mientras que los hombres presentan ardor al orinar e inflamación de uno o ambos testículos. La infección se puede propagar al ano y provocar proctitis (inflamación del recto) (Casanova y Méndez, 2008; CENSIDA, 2011; CDC, 2013a).

**Vaginosis bacteriana** (*Gardnerella vaginalis mobiluncus*): La vaginosis bacteriana es una afección que ocurre en las mujeres cuando el equilibrio bacteriano normal de la vagina se ve alterado y en su lugar ciertas bacterias crecen de manera excesiva. El periodo de incubación depende del grado de



infección que se tenga y en ocasiones va acompañada de flujo vaginal blanco o gris y espeso, olor desagradable, dolor, picazón y ardor al orinar. Cualquier mujer puede contraer esta infección, sin embargo, las conductas como tener múltiples parejas sexuales y realizar duchas vaginales provocan que sean más propensas a contraer la infección, en este sentido, el papel que desempeña la actividad sexual aún no está claro, ya que mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales también la han presentado (Casanova y Méndez, 2008; CENSIDA, 2011; CDC, 2013e).

### **1.1.2 Infecciones de Transmisión Sexual causadas por Hongos.**

**Candidiasis vaginal (*Candida albicans*):** La candidiasis es la infección de las membranas mucosas de la vagina cuyo sistema inmunológico está debilitado, factores fisiológicos, genéticos y adquiridos pueden facilitar el contagio. Las mujeres durante el periodo premenstrual o embarazadas, con diabetes, linfomas, leucemias, o aquellas que toman corticoides o inmunosupresores o que tienen enfermedades debilitantes, tienen mayor probabilidad de padecer esta dermatosis. El periodo de incubación de la candidiasis es de 1 a 3 semanas y los síntomas que presentan las mujeres son enrojecimiento y edema de los labios menores que se puede extender hacia los labios mayores, periné, pliegues inguinales o interglúteo, acompañado de purito y ardor (Casanova y Méndez, 2008).

### **1.1.3 Infecciones de Transmisión Sexual causadas por Protozoarios.**

**Tricomoniasis vaginalis (*Trichomonas vaginales*):** La tricomoniasis se transmite al tener contacto sexual con una persona infectada. El periodo de incubación es de 1 a 3 semanas y el caso de las mujeres los órganos que afectan son la vulva, la vagina y la uretra principalmente, en el caso de los hombres es la parte interna del pene. No es frecuente que infecte otras partes del cuerpo, de



hecho algunas personas presentan síntomas y otras no, probablemente esto depende de factores como la edad y su estado de salud en general. Los síntomas que pudieran presentar los hombres son irritación dentro del pene, ardor después de orinar o eyacular y las mujeres picazón, enrojecimiento en los genitales y secreción vaginal clara con un olor inusual (Casanova y Méndez, 2008; CENSIDA, 2011; CDC, 2013d).

El *diagnóstico de las ITS no virales* se lleva a cabo por una serie de estudios de laboratorio (sangre, orina cultivos) que busca el agente patógeno que está causando la infección. El tratamiento contra las ITS no virales es con antibióticos, el médico es el único que puede recetar los medicamentos, entre los utilizados están Ceftriaxona, Cefixima, Metronidazol, Aztromicina y/o Doxiciclina (Casanova y Méndez, 2008). Todas las ITS son curables, excepto las provocadas por virus, ya que una vez que se introducen en el organismo no es posible eliminarlas, (CENSIDA, 2011). Algunas formas de prevenir el contagio de alguna de estas ITS es practicar la abstinencia sexual, limitar el número de parejas sexuales a una pareja estable mutuamente monógama y por supuesto el uso constante y correcto de condones, ya sea masculino o femenino, de látex o poliuretano (CDC, 2013).

## **1.2 Infecciones de Transmisión Sexual: Características biológicas de las ITS virales y su prevalencia en México.**

Algunas de las diferencias entre las ITS no virales y aquellas cuyo agente patógeno es un virus, es que a pesar de que se contraen de una manera similar, las ITS no virales y las ITS virales afectan al cuerpo de forma diferente, es por ello que requerirán de un tratamiento distinto, así como una serie de pruebas de diagnóstico diferentes y específicas (Casanova y Méndez, 2008).



Los virus son más pequeños que las bacterias, los hongos y los protozoarios y generalmente requieren de un huésped humano para sobrevivir. Los virus se hacen cargo de las células humanas y alteran la fabricación de células virales, dando como resultado la propagación de la infección (Casanova y Méndez, 2008). La mayoría de las ITS virales se desarrollan meses o años después de la infección, pueden ser asintomáticos inicialmente, dando lugar a brotes esporádicos, la acción de los virus no se puede curar con antibióticos, son normalmente tratadas con la ayuda de medicamentos antivirales o, en el caso de VIH, medicación antiretroviral (Casanova y Méndez, 2008).

De acuerdo con Robles y Díaz-Loving (2011) las principales **ITS causadas por virus** son:

**Virus de Herpes Simple Genital** (VHS tipo 2): La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) reporta que 536 millones de personas entre los 15 y 49 años de edad infectadas con el virus de herpes genital y que cada año 20 millones de personas se infectan en el mundo. El IMSS (2014), señala que en México 4.5 millones de personas contraen el virus de herpes genital. La infección por herpes genital suele ser asintomática en sus primeras etapas por lo que las personas infectadas transmiten el virus sin saberlo (Robles y Díaz-Loving, 2011). El VIH se transmite por el contacto directo con una persona infectada, en el acto sexual por la penetración vaginal o anal, también por contacto oral (Virus de Herpes Simple tipo 1) o por tener lesiones abiertas en cualquier parte de la piel con las que se pueda tener contacto. El virus se aloja en las fibras nerviosas, algunos estímulos como son los cambios bruscos de temperatura, el estrés, la radiación ultravioleta y los cuadros de inmunocompromiso, favorecen la aparición del cuadro clínico (Casanova y Méndez, 2008). Entre los síntomas típicos para hombres y mujeres están el dolor, sensación de hormigueo, aparición de vesículas confluentes (grandes ampollas que nunca se rompen y lucen como escamas), úlceras pequeñas, costras, rubor, calor y ardor, dicho cuadro clínico dura aproximadamente una semana (Casanova y Méndez, 2008; CDC, 2013c).



Los proveedores de atención médica pueden *diagnosticar* el herpes genital mediante un examen visual si el brote es típico, también pueden tomar una muestra de la llaga y hacerle una prueba. Algunas veces, las infecciones por el VIH se pueden diagnosticar entre brotes mediante un análisis de sangre. No hay *tratamiento* que pueda curar el herpes, sin embargo, los medicamentos antivirales pueden prevenir o acortar la duración de los brotes durante el tiempo que la persona tome los medicamentos. Además, la terapia inhibidora diaria (por ejemplo el uso diario de medicamentos antivirales) para el herpes puede reducir la probabilidad de transmisión a las parejas (CDC, 2013; Casanova y Méndez, 2008).

El uso adecuado y habitual de condones masculino y femenino puede reducir el riesgo de adquirir herpes genital, debido a que los condones pueden cubrir o proteger los síntomas del herpes que ocurren en el área genital de los hombres y de las mujeres, sin embargo, los brotes pueden ocurrir en áreas que el condón no puede cubrir. De ahí que la manera más segura de evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, incluido el herpes genital, es abstenerse del contacto sexual o tener una relación duradera, mutuamente monógama, con una pareja a quien se le han hecho las pruebas y se sabe que no está infectada. Las personas con herpes genital deben abstenerse de tener relaciones sexuales con sus parejas cuando tengan presentes lesiones u otros síntomas del herpes. Es importante saber que aunque la persona no tenga síntomas, todavía puede infectar a sus parejas sexuales. Se les debe indicar a las parejas sexuales de las personas infectadas que pueden contagiarse y que deben usar condones para reducir el riesgo (CDC, 2013).

**Virus del Papiloma Humano (VPH):** El VPH es la ITS más frecuente entre hombres y mujeres. De acuerdo con OMS (2008) el virus del papiloma humano cobra alrededor de 290 mil muertes al año en todo el mundo. En México la Secretaría de Salud en el año 2009, señala que la incidencia a nivel nacional es de 9,505 casos por cada 100 mil habitantes, siendo el 23% de esta población mujeres en edad reproductiva. El VPH pertenece a la familia *Papillomaviridae*, la



cual cuenta con más de 200 tipos identificados. De estos han sido subclasificados en bajo riesgo el VPH 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 y 81, y en alto riesgo el VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82 (Robles y Díaz-Loving, 2011). Se consideran los VPH 6 y 11 los menos peligrosos, en contraposición a los VPH 26, 53 y 66 que se consideran probables carcinógenos (Robles y Díaz-Loving, 2011). La gran mayoría de las infecciones genitales por VPH se transmiten durante el acto sexual, haya o no una penetración, es decir, si se tiene contacto genital-genital, genital-manual, genital-oral y genital-anal, existe la posibilidad de contagio (Robles y Díaz-Loving, 2011). Una de las características de esta ITS es que, los síntomas pueden estar o no presentes, sobre todo en la mujer, o bien éstos no son claros, por lo que puede ser portadora del VPH sin que lo sepa. El síntoma habitual es la aparición de verrugas genitales (condilomas exofíticos), en el caso de las mujeres generalmente aparecen en la vulva, ocasionalmente aparecen en las paredes vaginales o en el cérvix y, en el caso de los hombres, aparecen en el pene, ingles, escroto, periné y ano (Casanova y Méndez, 2008).

El *diagnóstico* del Virus del Papiloma Humano se realiza por medio de estudios de sangre en un laboratorio, citología exfoliativa del pene, colposcopia y biopsias (Casanova y Méndez, 2008). Actualmente existe en la Clínica del papiloma una prueba de laboratorio llamada PCR (Polymerase Chain Reaction) que por su secuenciación se considera la más exacta, ya que puede detectar el Ácido Desoxirribonucleico (ADN) del virus dentro de las células de nuestro cuerpo, mediante un proceso de biología molecular (similar al de las pruebas de paternidad), es así como esta prueba nos indica qué cepa se tiene y por ende el riesgo oncogénico (capacidad del virus para inducir la formación de cáncer).

Debido a que el VPH es muy común, y casi todas las personas sexualmente activas contraerán este virus en algún momento de su vida, es importante protegerse contra los posibles efectos del VPH en la salud. No existe un *tratamiento* que erradique el virus, pero hay tratamientos para las enfermedades



que el VPH puede causar (verrugas genitales, cáncer de cuello uterino y papilomatosis respiratoria [crecimiento de tumores no cancerosos en el tracto respiratorio, no tienen cura y en caso de obstruir las vías respiratorias de forma severa se utiliza cirugía láser para eliminarlos aunque vuelven a crecer]) (Casanova y Méndez, 2008; NIDCD, 2012).

La Secretaría de Salud en el Distrito Federal, a partir del 2008 y con la participación del Instituto Nacional de Cancerología, implementaron una campaña dirigida a niñas de 11 a 13 años de edad para vacunarse gratuitamente contra VPH, la vacuna que se aplica abarca las cepas 16 y 18 con un 95% al 100% de efectividad contra dichas cepas. Se aplican tres dosis, la inicial que puede ser en cualquier momento, la segunda seis meses después y la tercera a los sesenta meses de la primera aplicación (0-6-60), es importante señalar que una sola aplicación NO sirve, es necesario terminar el tratamiento de las tres dosis. Las personas que se someten al tratamiento pueden presentar enrojecimiento y dolor en el área de aplicación de la vacuna y/o fiebre, está contraindicada para mujeres embarazadas o aquellas que padecen shock anafiláctico (hipersensibilidad sistémica que ocurre en individuos con características inmunológicas especiales, que resulta en manifestaciones mucocutáneas, cardiovasculares y respiratorias que pueden poner en riesgo su vida). Las condiciones de la campaña de vacunación gratuita son: no haber tenido relaciones sexuales y no estar afiliadas a ningún tipo de seguridad social, a las personas interesadas se les pedía acudir directamente (en compañía de sus padres o representante legal) al centro de salud más cercano a su domicilio y dirigirse al área de trabajo social para realizar los trámites de solicitud (SSDF, 2010).

Ahora bien, las personas que tienen acceso a servicios médicos particulares, también pueden reducir la probabilidad de contraer el VPH vacunándose Cervarix y Gardasil (previa revisión e indicación médica), se recomienda vacunar a las niñas y niños de 11 o 13 años, son seguras y eficaces, se administran tres inyecciones en un periodo de seis meses entre cada aplicación



y es importante recibir las tres dosis para tener la mejor protección. De acuerdo con la Secretaría de Salud del D.F., en el mercado cada aplicación de la vacuna contra el VPH tiene un costo aproximado de 600 dólares, uno de los lugares a los que se puede acudir es la Clínica del Papiloma, ubicada al norte del DF.

Asimismo, las personas que decidan llevar una vida sexual activa, pueden reducir su riesgo de contraer el VPH si utilizan condones. Los condones también pueden disminuir el riesgo de contraer otras enfermedades relacionadas con el VPH como las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino. Para que sean más efectivos, los condones se deben usar en todas las relaciones sexuales, desde el inicio hasta el final (CDC, 2013).

**Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH):** El VIH es el agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), puede transmitirse por el contacto sexual no protegido (pene-ano, pene-vagina pene-boca) con una persona infectada; por vía sanguínea, en transfusiones de sangre o sus derivados (plasma, plaquetas) que tienen el virus, en trasplante de órganos con VIH o por compartir agujas/jeringas en personas usuarias de drogas inyectables (UDI) y; por vía perinatal, una mujer embarazada con VIH puede transmitir el virus al bebé en cualquier momento del embarazo, durante el parto, a través del canal vaginal por el contacto del bebé con las secreciones vaginales potencialmente infectadas o por medio de la leche materna (lactancia) (CDC, 2013).

La vía más importante de transmisión del VIH en México, es la sexual, hasta marzo del 2013 se tenían registrados 162,521 casos acumulados, de los cuales 48,270 corresponden a hombres y mujeres entre los 15 y 29 años de edad, con el 96.2% y 93.7%, respectivamente, (CENSIDA, 2013). La transmisión del VIH por vía sexual se da cuando hay un intercambio de fluidos genitales en la penetración del acto sexual (vaginal o anal), siendo más probable la transmisión si no se emplea una barrera que impida dicho intercambio (Robles y Díaz-Loving, 2011).



Una vez que el VIH entra al organismo, la persona presenta un periodo de latencia de 8 a 10 años para que los síntomas se presenten, en este periodo los individuos son considerados seropositivos, es decir, son portadores del VIH, mismo que empieza a debilitar el sistema inmunológico para dar paso al desarrollo del SIDA, siendo los síntomas más frecuentes de acuerdo con la evolución de la infección por VIH los siguientes: inflamación de nódulos linfáticos, pérdida de peso, manifestaciones mucocutáneas leves, infecciones en las vías respiratorias altas, diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis oral, infecciones bacteriana graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca, así como infecciones oportunistas (Casanova y Méndez, 2008).

Las *pruebas de detección rápidas* del VIH revelan si hay infección por la presencia o ausencia de anticuerpos en la sangre contra el virus. El sistema inmunitario genera anticuerpos para luchar contra agentes patógenos externos y se dice que la mayoría de las personas pasan por un "periodo silente", generalmente de entre 3 y 6 semanas, durante el cual los anticuerpos contra el virus se están fabricando y aún no son detectables (CENSIDA, 2011). Es recomendable que la primera prueba de detección se realice a los 3 meses de haber tenido un contacto sexual considerado como riesgoso y 6 meses después se aplique otra prueba para mayor certeza del resultado, ya que para este tiempo las personas infectadas habrán generado más anticuerpos. Esta primera etapa (donde se es portador del virus) es el momento de mayor infectividad (capacidad del agente patógeno para invadir el organismo y provocar la infección), aunque la transmisión puede producirse en todos los estadios de la infección (CDC, 2013).

La prueba rápida para detectar el VIH puede hacerse en cualquier laboratorio médico, tiene un costo que va desde los \$579 pesos hasta los \$650 según el laboratorio (Chopo, Jenner, LMP, por mencionar algunos) o gratuitamente en cualquier centro de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) o bien en Wellness Center de Aids Health Care Foundation (AHF) en la capital mexicana, para realizar la prueba de detección se obtiene fluido de las



encias o sangre (pinzacho en el dedo). En caso de que el resultado sea positivo, se brinda información sobre su condición de portador del VIH y consejería psicológica para enfrentar la noticia, en caso de que el resultado sea negativo, se brinda información relacionada con las conductas de prevención que debe seguir llevando a cabo y, se obsequian condones, ya que se sabe es el único método que evita el contagio de VIH si se utiliza correcta y consistentemente.

El *tratamiento* antirretroviral que se da actualmente a las personas infectadas, debe estar conformados por una combinación de 3 ó 4 fármacos. Esta combinación contiene una base (eje o columna vertebral) de dos análogos de nucleóstidos y un tercer componente que puede ser un inhibidor de la transcriptasa reversa no nucleósido o bien, un inhibidor de proteasa potenciado con ritonavir (AI) 1,2. Para el inicio de tratamiento con el esquema antirretroviral ideal, es necesario tomar en consideración varios aspectos como daño renal y hepático concomitante, efectos tóxicos relevantes así como interacciones medicamentosas (Casanova y Méndez, 2008).

De acuerdo con la OMS (2013), las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo utilizados de manera combinada, incluyen los siguientes:

**Uso de preservativos:** El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal puede proteger contra la propagación de infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex y poliuretano tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras ITS (OMS, 2013).

**Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS:** La realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS está altamente



recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, de modo que puedan conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento. La OMS (2013) también recomienda ofrecer pruebas de detección para el/la compañero/a sexual o para parejas, en los lugares anteriormente mencionados.

**Circuncisión masculina voluntaria practicada por personal médico:** La circuncisión masculina, cuando corre a cargo de personal sanitario cualificado, reduce en aproximadamente un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales. Se trata de una intervención fundamental en contextos de epidemia generalizada con alta prevalencia del VIH e índices bajos de circuncisión masculina (OMS, 2013).

**Prevención basada en el uso de antirretrovíricos como forma de prevención:** La OMS (2013) recomienda administrar tratamiento antirretrovírico a la persona infectada, con independencia de su recuento de células CD4, ya que un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, reduce el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada en un 96%. Asimismo, la profilaxis preexposición señala que entre parejas serodiscordantes el consumo de antirretrovíricos por el sujeto VIH-negativo puede ser una medida eficaz para prevenir el contagio por el sujeto seropositivo; en este caso es importante que antes de adoptar una decisión sobre la ampliación de esta intervención ambas personas estén bien informadas del procedimiento y den su consentimiento o en su caso la profilaxis postexposición que consiste en tomar antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección, este método suele recomendarse cuando un profesional sanitario se pincha con una aguja en el lugar de trabajo o cuando se tiene la certeza de haber estado expuesto directamente con el virus del VIH.



Desde inicios del 2011, los Estados Miembros de la OMS aprobaron una nueva estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/SIDA que comprende hasta el 2015, en la que se definen cuatro orientaciones estratégicas:

- Optimizar los resultados de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH.
- Propiciar la obtención de resultados sanitarios más amplios mediante la respuesta a la infección por el VIH.
- Crear sistemas de salud sólidos y sostenibles.
- Luchar contra las desigualdades y promover los derechos humanos.

### **1.3 Embarazo no deseado.**

Como se mencionó al inicio del capítulo, además de las ITS, los embarazos no deseados también son considerados como un problema de salud sexual entre jóvenes, se caracterizan por la ausencia de deseo o planeación previa, o ante la ausencia o falla de métodos anticonceptivos precoitales o por la falta de administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito (Leyva, Berroa, Negrete & Garcia, 2002).

De acuerdo con los datos a propósito del Día Mundial de la Juventud señala que en 2012 ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de éstos 71.8 % fueron hijos de mujeres de 15 a 29 años. Las edades en las que se concentra el mayor porcentaje de nacimientos de madres jóvenes es entre los 20 y 24 años (41.5 %), en tanto que uno de cada cinco nacimientos (22.7 %) corresponde a adolescentes de 15 a 19 años. Especialistas en la materia señalan que el embarazo a esta edad no sólo representa un problema de salud para ella y su producto, sino que también tiene una repercusión económica para la madre, ya que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de sus estudios. En las adolescentes, el inicio temprano de las relaciones sexuales sin la debida



protección las expone a infecciones de transmisión sexual o a embarazos de alto riesgo.

Leyva, Berroa, Negrete & Garcia, (2002), también señalan que los embarazos no deseados aumentan de manera considerablemente en las adolescente por el inicio temprano de las relaciones sexuales, contribuye al crecimiento acelerado de la población, con frecuencia están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés y acorta las posibilidades de prepararse académicamente y obtener un empleo (Borjas, 2009).

De acuerdo con Barojas (2009), algunas de las causas que están relacionadas con el embarazo en adolescentes son: la falta de información sobre métodos anticonceptivos, el difícil acceso a los métodos anticonceptivos por el costo elevado o bien porque no saben dónde conseguirlos gratuitamente, también se relaciona con las fallas en el uso de los anticonceptivos que utilizan, ya que no lo hacen de manera correcta y consistente, por llevar a cabo métodos poco efectivos como el ritmo o el coito interrumpido y por la influencia de la pareja que se niega a usar métodos anticonceptivos confiables como son el condón, las pastillas, los parches, el DIU, entre otros.

Este problema de salud sexual ha traído consigo el aborto. De acuerdo con Díaz- Sánchez (2003), las adolescentes recurren al aborto (en muchos casos en lugares con condiciones insalubres que ponen en riesgo sus vidas) por sentirse incapaces de cuidar a un bebé, por temor al rechazo social (sentir miedo o vergüenza) o por no poder continuar con su educación.

En abril de 2007, la Asamblea Legislativa del DF aprobó modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del DF que permitieron la despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación, la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) se lleva a cabo en los Hospitales de la Secretaría de Salud del DF con diferentes



métodos, tales como la ingesta de Misoprostol, Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el Legrado Uterino Instrumentado (LUI). Los datos estadísticos proporcionados por la Secretaría de Salud hasta abril del 2013, señalan que se han realizado 99,466 ILE, siendo el 74.7% pertenecientes a jóvenes entre los 15 y 29 años.

#### **1.4 Uso del condón como medida de prevención.**

El condón es el único método anticonceptivo que da triple protección: contra la transmisión de VIH/SIDA e ITS y embarazos no deseados. Diversas investigaciones han demostrado la eficacia del condón como método de barrera. Al respecto, un estudio realizado por la Food and Drug Administration (FDA, 2013) de los Estados Unidos, concluye que el condón reduce 10 mil veces la transferencia de fluido por lo cual disminuye significativamente el riesgo de la transmisión del VIH. En la misma línea, una de las pruebas de que el uso correcto y consistente del condón realmente previene la transmisión del VIH es el resultado de un estudio hecho en parejas en el cual solamente una persona estaba viviendo con el VIH, y al cabo de dos años de relaciones sexuales frecuentes, las parejas que habían utilizado condones de manera consistente y correcta, tenían un riesgo de casi cero de adquirir el VIH (FDA, 2013).

Ahora bien, existen tres materiales de condones masculinos, látex, poliuretano (CENSIDA, 2013) y silicona (SIDA-AIDS, 2013). Los tres tipos son efectivos en prevenir un embarazo y prevenir el contagio de VIH/SIDA e ITS. El condón más distribuido y utilizado en todo el mundo es el que está elaborado de látex, mismos que tienen una sobrevida promedio de 5 años, sin embargo, un condón de látex se puede deteriorar si se expone a ciertas condiciones como: luz ultravioleta, calor, humedad, ozono, aceites minerales y vegetales, por lo cual, se recomienda almacenarlos de manera adecuada y usar exclusivamente lubricantes



a base de agua, además de utilizar un condón nuevo con cada relación sexual (CENSIDA, 2013).

Los condones de látex no presentan poros naturalmente, pero por defectos en la manufactura se pueden producir pequeños orificios microscópicos que máximo pueden tener un diámetro de 30 nanómetros mismos que se pueden evitar con un adecuado control de calidad. El VIH es uno de los virus más pequeños, mide 100 nanómetros. 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 las del virus del VIH, por lo tanto cuando se utiliza el condón correctamente y en cada relación sexual no permite el paso de este virus o de otros agentes patógenos causantes de ITS (FDA, 2013).

Existen lineamientos internacionales para el control de la calidad y la seguridad de los condones. Para obtener los estandartes de la fabricación (para el condón de látex: ISO 4074) se hace pruebas de calidad que consisten en: almacenamientos diferentes (por ejemplo guardar el condón en un lugar sin oxígeno, bajo temperaturas altas); pruebas de goteras (con agua); pruebas de fuerza (con aire); pruebas de látex alergia.

Considerando que la transmisión sexual constituye la vía más importante de infección del VIH, se ha establecido que, al menos hasta el momento, el condón usado correcta y consistentemente es el método más efectivo para prevenir que una persona se infecte por este virus al tener una relación sexual (CENSIDA, 2013). 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, de acuerdo con Robles y Moreno (2007) los condones recomendados para el sexo anal deben tener de grosor alrededor de 0.090mm, el que debe emplearse para sexo vaginal es el de 0.060mm y el de 0.040mm para sexo oral.



Actualmente en el mercado existen muchos tipos de condones masculinos *fabricados con látex*, de acuerdo con las páginas <http://condonia>, <http://sico>, <http://trojan>, <http://durex>, <http://onecondoms>, <http://condon.pon> y <http://news.sida-aids.org>, estos condones se han fabricado de diversos tipos y medidas (mismas que se encuentran indicadas en la caja del condón), con la finalidad de adaptarse a las necesidades y gustos de las personas, por mencionar algunos de los que existen:

- **De sabores y colores:** Como su nombre lo indica se caracterizan por poseer colores y/o sabores que hacen la relación sexual diferente a lo habitual, son empleados principalmente para la práctica sexual oral y vaginal, sus medidas son: Ancho de 52mm a 56mm, Largo de 175mm a 205mm y Grosor de 0.060mm a 0.100mm.
- **Fluorescentes:** Se caracterizan por brillar en la oscuridad una vez expuestos a la luz durante 15 segundos, es ideal para el juego sexual, ya que la sustancia que hace que el preservativo brille en la oscuridad provoca que se pueda romper fácilmente si se utiliza para cualquier tipo de penetración (vaginal o anal), es por ello que solo se recomienda utilizarlo para el juego sexual previo, sus medidas son: Ancho 54mm, Largo de 180mm a 190mm y Grosor de 0.065mm.
- **Con textura:** Este tipo de condones poseen diferentes texturas como puntos, estrías y bordes que ayudan a la estimulación sexual, se encuentran en el exterior del condón y sus medidas oscilan entre los 53mm y 56mm de Ancho, los 170mm y 205mm de Largo y un Grosor de 0.050 a 0.070mm.
- **Con espermicida:** Este tipo de condón se caracteriza en contener espermicida (Nonoxinol 9, espermicida de gran eficacia) en la superficie y en el interior, esta sustancia anula la función de los espermatozoides, se ha sugerido tomar con reserva el uso de este tipo de condón ya que se ha demostrado que los espermicidas pueden causar irritación en la vagina, (Hira *et al.*, 1997, como se citó en Robles y Díaz Loving. 2011). La OMS



(2011) no recomienda su uso para sexo anal y tampoco lo recomienda a mujeres que tienen varias parejas sexuales, sexoservidoras o que tienen antecedentes de ITS, ya que a la mayoría de las mujeres les causa irritación porque abren puntos de entrada para virus, como el de Papiloma Humano, el VIH/SIDA e infecciones leves. Si dicha sustancia es utilizada dentro del condón retarda la eyaculación, sus medidas son: Ancho: 54mm, Grosor 0,060mm y Largo 190.

- **Con retardante:** Se caracteriza por poseer sustancias anestésicas tales como benzocaina, cloridrato de lidocaína y/o una forma anatómica, que restan sensibilidad y retrasan el momento la eyaculación, sus medidas oscilan entre los 52mm y 56mm de Ancho, los 170mm y 205mm de Largo y un Grosor de 0.060 a 0.100mm.
- **Estimulantes:** son aquellos condones que contienen un componente que crean un efecto de calor vs frescor. Son anatómicos, lisos y lubricados sus medidas son: Ancho: 52mm y 53mm, Largo: 190mm y Grosor: 0.054mm a 0.070mm.
- **Finos:** Son condones más delgados con el fin de proporcionar mayor sensibilidad, sus medidas son: Ancho de 52mm a 56mm, Largo de 170mm a 205mm y Grosor de 0.015mm a 0.050mm.
- **Gruesos:** Estos condones como su nombre lo indica se caracterizan por ser más gruesos ya que pretenden que sean utilizados por más tiempo sin romperse, algunas de sus medidas son: Ancho de 52mm a 56mm, Largo de 175mm a 205mm y Grosor de 0.080mm a 0.100mm.
- **Extra chicos (XS):** Son condones con longitudes más cortas, tales como: Ancho de 47mm a 51mm, Largo de 160mm a 178mm y Grosor de 0.060mm a 0.075mm.
- **Extra grandes (XL):** Son condones con longitudes más largas, tales como: Ancho de 53mm a 69mm, Largo de 190mm a 223mm y Grosor de 0.054mm a 0.075mm.



De acuerdo con <http://Portalsida.org> los *condones fabricados de poliuretano* tanto masculinos como femeninos poseen características que los hacen altamente confiables para prevenir la transmisión del VIH/SIDA e ITS, su material es más resistente que el caucho natural, en general, son más delgados que los condones de caucho natural, incluso que los de tipo sensitivo, no producen reacciones alérgicas, ya que están exentos de proteínas naturales, pueden usarse con cualquier tipo de lubricante, incluidos aceites, vaselinas y petrolatos en general, sin embargo, resultan más costosos que los de caucho natural, ya que es más difícil producirlos.

- **Condón masculino:** Sus medidas son: Ancho de 80mm, Largo de 170mm y Grosor de 0.050mm, su precio oscila entre los \$95 y los \$100.
- **Condón femenino:** Solo existen los fabricados con Poliuretano y/o con Nitrilo, sus medidas son: Ancho de 80mm, Largo de 170mm y Grosor de 0.050mm, suelen ser más costoso que los condones masculinos, su precio oscila entre los \$85 y los \$95 cada uno.

En el caso de los condones *fabricados con silicona*, la página <http://news.sida-aids.org> recomienda usarlos con mujeres con problemas de lubricación o para relaciones sexuales largas, pues es mucho más duradero que el resto por su lubricante máximo, son más resistentes y flexibles pues se adaptan a la forma del pene, su precio aún no se estipula.

En el 2006, PROFECO realizó un estudio de calidad a las diferentes marcas de condones que se venden en México y señalaron en la categoría de condones lisos lubricados a los condones Sico Sensitive y a los condones Triangulo naturales, como las marcas con calificación de excelencia, mientras que para la categoría de condones lisos lubricados con aroma y sabor se encuentra la marca Do it lovely (fresa y limón) también con excelencia.



A manera de conclusión y como hemos podido revisar, el contagio de ITS y VIH/SIDA y, los embarazos no deseados, tienen como pieza clave al comportamiento humano, es por ello que se ha convertido en un desafío para las ciencias sociales y en especial para aquellas que estudian la conducta, como la psicología, ya que aun con los importantes avances médicos, biológicos, farmacológicos, legislativos, entre otros, aún dista mucho en mostrar avances satisfactorios en la reducción de contagios en poblaciones vulnerables (Robles y Moreno, 2007). Al respecto, se sabe que la transmisión sexual es la vía más importante de infección de ITS y VIH, y que la fecundidad total es cada vez mayor en jóvenes entre los 15 y 29 años, mismos que pueden prevenirse a través de la abstinencia sexual, el sexo seguro o el sexo protegido, éste último requiere de algún método de barrera (condón masculino o femenino) (CENSIDA, 2013). Cabe mencionar que los métodos anticonceptivos que no son de barrera como los hormonales (pastillas, parches, inyecciones), los intrauterinos (DIU) o los permanentes (ligación de Trompas de Falopio o vasectomía), son útiles sólo para el control natal pero ninguno previene la transmisión de ITS ni VIH/SIDA (Casanova y Méndez, 2008).

Es por ello que el uso del condón esté señalado como el comportamiento específico a predecir en la conducta sexual de los jóvenes, esto implica que las personas que tienen vida sexual activa usen correctamente el condón en cada una de sus relaciones sexuales, que sepan elegir el condón que mejor se adapte a sus necesidades e identificar las características de cada condón para utilizar el adecuado al tipo de práctica sexual (Robles y Moreno, 2007). Sin embargo, no solo es usarlo consistentemente, para que este comportamiento sea exitoso, los jóvenes deben saber usar correctamente el condón, así, podrán evitar cometer las fallas más comunes, esto se ve directamente relacionado con el hecho de que los jóvenes sean capaces de solicitar el uso del condón a su pareja, se comuniquen abiertamente de temas sexuales y que tengan la habilidad para negociar el uso del condón con su pareja (Díaz-Loving y Sánchez, 2000). Así, los esfuerzos deben dirigirse primeramente a conocer cómo se relacionan las variables conductuales



anteriormente mencionadas y de qué manera se asocian con el uso del condón, para que el diseño y evaluación de programas de intervención permitan lograr cambios efectivos en el comportamiento de riesgo, en otras palabras, que sean capaces de dotar a los jóvenes de las conductas que predicen y promueven el uso del condón para proteger su salud sexual (Robles y Moreno, 2007).

## II

### **FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL CONDÓN**

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas, que rebasan el ámbito de la salud, donde se ha señalado al uso del condón como la mejor alternativa para reducir la transmisión de VIH/SIDA e ITS.

El diseño de diversas campañas dirigidas especialmente a jóvenes, se ha dado con el fin de brindar información sobre cómo prevenir la transmisión de VIH/SIDA e ITS, basándose, como ya se mencionó, en la promoción del uso del condón como método de prevención. Enríquez y Sánchez (2004) realizaron un análisis sobre la evolución de algunas de las campañas que CENSIDA ha difundido a través de diferentes medios: primeramente, fueron los mensajes alusivos al SIDA impregnados de terror, dichas campañas al ser evaluadas mostraron no haber tenido ningún impacto en la población. Ya para el año de 1996 las campañas cambiaron su estrategia de comunicación, donde su mensaje principal era el efecto multiplicador de la infección por VIH por vía sexual. Para el año 2002 la estrategia de comunicación se basaba en el uso del condón como la manera más eficaz para prevenir la transmisión por VIH así como la promoción de la comunicación entre padres e hijos sobre temas relacionados con la sexualidad y el VIH, enfatizando el valor de la confianza entre ambos. Posteriormente, se buscó una estrategia para crear conciencia sobre la percepción de riesgo y la importancia de estar informado, incluyendo así una línea telefónica especial (Tel SIDA) para recibir información sobre temas relacionados con la sexualidad, las ITS y el VIH/SIDA.



CENSIDA también ha promovido la participación activa de organismos gubernamentales de orden educativo como la SEP para trabajar sobre temas relacionados con la sexualidad de los adolescentes y jóvenes, ha distribuido condones en el sector público, ha contribuido con el mercadeo de condones masculinos, se ha preocupado por nuevas campañas a través de medios masivos, entre otras muchas cosas (Enríquez y Sánchez, 2004). A pesar de las intensas campañas no se han obtenido los resultados esperados en la población señalada como de riesgo, por que están basados fundamentalmente en la transmisión de información sobre las posibles causas y consecuencias a nivel físico, psicológico y social, partiendo del supuesto de que al conocer el riesgo se evitará emitir tales conductas, sin embargo, las prácticas de riesgo se siguen presentando con gran frecuencia, aun cuando se posee la información (Robles y Moreno, 2000).

De ahí que la investigación psicológica encaminada al campo de la prevención del VIH/SIDA e ITS, haya considerado el uso del condón como la conducta clave a estudiarse, buscando determinar las variables que están asociadas con este comportamiento preventivo. Diversos estudios empíricos se han realizado bajo la perspectiva de algunos modelos para intentar explicar tal fenómeno (Robles y Moreno, 2007).

## **2.1 La investigación psicológica en la prevención de los problemas de salud sexual.**

La investigación desarrollada en el terreno de la salud sexual se ha encaminado hacia la identificación de los factores que hacen más probable que las personas tengan conductas sexuales saludables. Los comportamientos preventivos que evitan el contagio de ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados van desde la abstinencia sexual, la práctica del sexo seguro hasta el sexo protegido (uso del condón) (Jiménez, 2010). En personas que lleven una vida sexual activa, la medida más eficaz para el cuidado de la salud sexual es el uso



correcto y consistente del condón; ya que este protege contra la mayoría de las infecciones de transmisión sexual y también es una barrera que ayuda a evitar los embarazos (CENSIDA, 2011).

De acuerdo con Bárcena, Rendón y Robles (2011), existen una gran variedad de teorías y modelos psicológicos que buscan predecir la conducta sexual protegida. Algunos de estos modelos son: Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planeada, la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social y el Modelo Transteórico (Rosenstock 1974; Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1985, 1991; Bandura, 1986; Prochaska & DiClemente, 1983 como se citó en Bárcena, Rendón y Robles, 2011). Además, también se han desarrollado teorías para entender específicamente la conducta sexual de riesgo, como el Modelo de Reducción de Riesgo (Catania, Kegeles & Coates, 1990) y el Modelo de Información, Motivación y Conducta (Fisher, & Fisher, 1992).

De acuerdo con Noar y Zimmerman (2005, como se citó en Bárcena, Rendón y Robles, 2011), gran parte de las investigaciones orientadas a la prevención de conductas sexuales de riesgo han estado basadas en el Modelo de Creencias de la Salud, en la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planeada, y en el Modelo de Autoeficacia. Sin embargo, existen diversos elementos diferentes entre sí, que se involucran en los comportamientos sexuales preventivos.

Al respecto, Bárcena et al, (2011) realizaron una revisión de diversos estudios para identificar los factores asociados a la conducta sexual preventiva y han clasificado como *factores psicosociales* a las creencias, actitudes, normas subjetivas, autoeficacia e intenciones vinculadas al uso del condón, así como los conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS; entre los *factores contextuales o situacionales* se encuentra el tipo de pareja sexual, la implicación afectiva con la pareja, *factores disposicionales* y tipo de práctica sexual; los *factores*



*socioculturales* y de personal tiene que ver con el nivel de pobreza, nivel educativo, exposición a medios, estereotipos de género y personalidad; finalmente, en los *factores conductuales* se involucran la comunicación con padres sobre temas de sexualidad, la comunicación sexual asertiva con la pareja, los estilos de negociación del uso del condón y la habilidad de usar correctamente el condón.

El elemento conductual, de acuerdo con Fishbein (2000), ocupa un lugar importante en el entendimiento de las conductas sexuales de protección, ya que se requieren de habilidades y destrezas para poder ejecutar dichas conductas. En este sentido Bárcena et al, (2011), mencionan que dado que el uso del condón ocurre en una relación sexual que involucra a dos personas, pone de manifiesto la necesidad de investigar aspectos que permitan entender la dinámica de la interacción sexual. En esta dinámica entran en juego la comunicación entre los miembros de una pareja (Frías et al., 2008), así como la forma en la que negocian el uso del preservativo (Robles y Díaz-Loving, 2006), el nivel de conocimientos sobre el uso correcto del condón (Robles, en prensa) y las fallas que ocurren durante la relación sexual al utilizar el preservativo, de las cuales, las más comunes son el deslizamiento y la ruptura del condón (Robles, en prensa).

## **2.2 Factores conductuales asociados a la conducta sexual protegida.**

En los últimos años se han venido presentado conductas que hacen más probable la transmisión del VIH/SIDA en la población de adolescentes y jóvenes, una de ellas es la creciente actividad sexual, poniéndolos en condiciones de vulnerabilidad y riesgo, pues no cuentan con las habilidades necesarias de prevención que los ayude a no contraer ITS, VIH/SIDA o en el caso de las mujeres un embarazo no deseado que pudiera terminar en aborto. Se sabe que uno de los factores principales asociados a la infección por VIH/SIDA es la primera relación sexual o debut sexual, el cual se está dando a edades cada vez más tempranas,



lo que señalaría a la población de adolescentes y jóvenes en un estado de riesgo (CENSIDA, 2012).

Al respecto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (CONAPO, 2014) indica que en el 2009, 61.8% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado algún método de protección o anticoncepción durante su primera relación sexual, lo cual podría dar paso a otro de los problemas de salud sexual, el embarazo no deseado, por otro lado, el 73.2% de los varones reportaron haberse protegido en su primera relación sexual. En el mismo año, ENADID reportó que las jóvenes que no usaron algún método de protección o anticoncepción de 25 a 29 años aumentó del 60 al 75%, lo cual contrasta con el conocimiento que dicen tener sobre los métodos de protección sexual y control natal, ya que información de la misma encuesta señala que el 97% de las adolescentes y 98.2% de las jóvenes de 25 a 29 ha oído hablar de alguno de los métodos de protección y anticoncepción que existen para prevenir problemas que afecten su salud sexual.

Estos datos pueden estar indicando que el conocimiento de métodos de protección y anticonceptivos, es una condición necesaria, más no suficiente para que los jóvenes usen condón, es por ello, que las medidas de prevención para evitar contraer alguno de los problemas de salud sexual antes mencionados, deban incluir también el aprendizaje de ciertas habilidades conductuales para asegurar su uso (Robles, 2005).

El desarrollo de habilidades preventivas desde edades tempranas permitiría reducir en gran medida la probabilidad de exposición a situaciones de riesgo, es decir, su conducta debe ser dotada de diversas herramientas que vayan desde los conocimientos sobre temas relacionados con su salud sexual, utilizar correctamente el condón, iniciar y mantener una conversación sobre temas de sexualidad con su pareja y poseer una comunicación asertiva con su pareja que



dé paso a la negociación del uso del condón, así, los jóvenes estarán preparados para afrontar las exposiciones a situaciones de riesgo (Peralta, y Rodríguez, 2007).

### **2.2.1 Comunicación sexual asertiva.**

De acuerdo con Robles y Moreno (2007), 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, por ello la importancia de entender su significado.

Flores y Díaz-Loving (2002) sintetizan la forma en que la asertividad es definida por Jakubowski y Lange (1978):

*“...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 violan los derechos de la otra persona” (pp. 25).*

De ahí que ser una persona asertiva, tenga 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 (Robles y Moreno, 2007). En el terreno sexual, la asertividad se expresa primeramente con la capacidad de iniciar una conversación sobre temas relacionados con la salud sexual, los involucrados van reafirmando la habilidad de comunicarse asertivamente al mantener esta conversación sobre los temas que sean de su interés y el de su pareja, enriqueciéndola con sus conocimientos, sentimientos, opiniones y deseos (Robles y Díaz-Loving, 2006).



De acuerdo con Barcena et al., (2011), existe una asociación entre la comunicación que tienen los miembros de la pareja sobre diversos temas sexuales y el uso del condón, así como una relación entre la comunicación que los jóvenes tiene con sus padres y el desarrollo de conductas preventivas; asimismo, señala que la forma en la que los jóvenes logran establecer acuerdos con su pareja sobre el uso del condón (negociación) y la importancia que reviste el tener los conocimientos para usarlo de manera correcta, son algunos de los factores conductuales asociados a la conducta sexual protegida, como lo sería el no cometer fallas en el uso del condón al momento de la relación sexual.

### **2.2.1.1 Comunicación sexual asertiva con padres.**

Con el propósito de investigar la relación entre la comunicación sexual asertiva y el comportamiento sexual, presentaré una serie de estudios realizados por diversos autores que se vinculan con este propósito.

Hutchinson (2002), realizó un estudio con una muestra de 234 mujeres entre 19 y 21 años, las participantes completaron una entrevista que buscaba la relación entre la comunicación sexual entre padres y adolescentes. Los resultados señalan que la temprana comunicación sexual entre padres y adolescentes se asociaba con la tardía iniciación sexual y con el uso consistente del condón, trayendo consigo indirectamente, una menor posibilidad de contraer ITS. Asimismo, encontró que la comunicación entre madre e hija sobre el condón, se asociaba con el uso consistente del preservativo. Este autor recomienda que una de las bases para la prevención de VIH e ITS sea la comunicación con la familia.

Por otro lado, Lehr, Demi, Dilorio & Facticeau, (2005), usando la teoría social-cognitiva, examinaron los predictores de la comunicación padre-hijo sobre sexualidad, con una muestra de 155 padres de adolescentes quienes completaron



una encuesta. Los resultados señalaron que las variables de comunicación en general y la cantidad del contacto de los padres con sus hijos, fueron predictoras de la variable de comunicación de valores compartidos. Por otro lado, las variables de conocimientos del padre sobre SIDA, sexo seguro, la edad del debut sexual del padre y la autoeficacia de comunicación sobre sexo, mostraron no predecir la comunicación padre-hijo.

Frías et al., (2008) señalan que cuando los hijos hablan con sus padres sobre temas de sexualidad es menos probable que tengan la intención de tener sexo y más probable que tengan la intención de usar condón, ahora bien, el tema con el que más se comunican los jóvenes sin experiencia sexual con sus padres es sobre VIH/SIDA, mientras que los jóvenes que ya tienen experiencia sexual, reportan comunicarse más con sus padres sobre embarazos no deseados.

De acuerdo con Lefkowitz, Sigman y Au, (2002 como se citó en Bárcena et al., 2011), el estilo que tiene los padres para comunicarse con sus hijos sobre temas relacionados con su salud sexual se ha vinculado con conductas de riesgo. En el estudio que llevaron a cabo con adolescentes, se encontró que los jóvenes que reportaron que sus padres eran amigables, atentos y abiertos, respecto a temas relacionados con su salud sexual, tuvieron menos probabilidades de involucrarse en conductas sexuales de riesgo, en comparación con los jóvenes que reportaron que sus padres tenía estilos agresivos o dramáticos. En este sentido, podemos decir que el estilo que se adopte al momento de comunicarse con sus hijos sobre sexualidad, puede fomentar o no, conversaciones espontáneas y con mayor frecuencia.

De acuerdo con lo anterior, queda claro el papel que juega la comunicación entre padres e hijos en la adopción oportuna de conductas que los protegerán en su vida sexual. De acuerdo con Bárcena et al., (2011), los jóvenes que inician sus relaciones románticas, también deberán comunicarse con sus parejas sobre temas



relacionados con su salud sexual, para que el empleo del preservativo en sus relaciones sexuales sea más probable.

### **2.2.1.2 Comunicación sexual asertiva con pareja.**

Con el propósito de investigar la relación entre la comunicación sexual asertiva y el comportamiento sexual, Del Rio y Uribe (1995) han mencionado diversas razones que conducen a los jóvenes a no usar condón, entre ellas se encuentran, pensar que la pareja no está infectada, que el condón no funciona, no saben usarlo, olvidarlo o no disponer de un condón en ese momento, no sentirse cómodos hablando del tema, miedo a ofender a la pareja, encontrarse bajo los efectos de alcohol o drogas, pensar que le resta placer a la relación o que disminuye la sensación y espontaneidad, así como anhelo de amor y cercanía. Estos motivos por los cuales una persona no usa condón podrían estar apuntando a un problema de comunicación en la pareja, colocándose en una situación de riesgo por no desarrollar la habilidad de comunicación para hablar con su pareja sobre temas relacionados con su salud sexual y en consecuencia por no estar capacitados para negociar el uso del condón. Esta comunicación debe ser asertiva en todo momento, como lo señalan Flores y Díaz-Loving (2002), implica la expresión directa de sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones de un individuo, sin violar los derechos del otro; en este proceso de comunicación se deben asumir las consecuencias que resultan de la expresión de tales sentimientos.

En un estudio realizado por Fisher, Fisher, Bryan y Misovich (2002) llevaron a cabo el entrenamiento de la habilidad conductual para lograr la abstinencia sexual y la adquisición y uso de condones, se realizó 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. 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. Los resultados señalan que el entrenamiento en habilidades relacionadas con la comunicación sexual asertiva tuvo un impacto positivo en el autorreporte del uso del condón, pero no tuvo un efecto en el autorreporte de las habilidades de comunicación.

Por otro lado, Tulloch *et al.*, (2004), llevaron a cabo un estudio de intervención con un diseño pre-post en el que evaluaron, en una muestra de 106 estudiantes con orientación heterosexual, los efectos de entrenar por separado y en conjunto, las variables definidas en el Modelo de Information Motivation and Behavioral Skills (IMB por sus siglas en inglés) de Fisher y Fisher, (1992). El primer grupo recibió en la intervención sólo información; el segundo grupo recibió información más motivación y el tercer grupo recibió información más motivación más un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual. Las variables evaluadas fueron: el riesgo percibido de contraer alguna ITS, la motivación de usar condón, y la intención de usar condón consistentemente, utilizando una escala de tipo Likert con valores de 0 (sin riesgo) a 5 (mucho riesgo). Las habilidades de comunicación sexual asertiva se evaluaron a través de la observación directa, donde uno de los experimentadores simulaba ser la pareja sexual del participante y se negaba a usar condón, así como a rechazar cualquier propuesta del participante para usarlo. Para el análisis de datos, dos observadores independientes registraron las verbalizaciones y las codificaban en la siguiente escala: 1= inapropiado-ineficaz, 2= decir algo sobre usar el condón pero sin mencionar argumentos para usarlo, 3= dar argumentos para usar el condón pero sin responder específicamente al rechazo de la pareja para no usar el condón y 4= responder eficientemente al rechazo de la pareja para no usar el condón y dar argumentos para usarlo. Los resultados mostraron que el grupo que recibió el entrenamiento en dichas habilidades mostró una mejor ejecución en los aspectos evaluados, pero no tuvo un impacto en la consistencia del uso del condón.



Un estudio realizado por Jiménez, Andrade, Betancourt y Palacios (2007) reportó que aun cuando la asertividad se ha encontrado como un gran predictor de la conducta sexual protegida, no se tiene evidencia empírica sobre la influencia de las habilidades de comunicación sobre la conducta sexual de riesgo. Estos autores realizaron un estudio en jóvenes de 14 a 20 años en el que evaluaron la influencia de la comunicación sexual asertiva en los comportamientos sexuales de riesgo, utilizando un instrumento que consideró aspectos demográficos, conducta sexual de riesgo medida bajo la frecuencia del uso del condón en prácticas sexuales anales, orales y vaginales y las habilidades de comunicación en la interacción sexual. Los resultados señalan que las habilidades de comunicación en la pareja tienen gran influencia en la emisión de conductas de riesgo, es decir, a menores habilidades de comunicación en la interacción sexual, mayor probabilidad de tener conducta sexual de riesgo, en los mujeres explicaron el 12% de la conducta sexual de riesgo y en los hombres en 15%, también encontraron que los hombres reportaron usar más frecuentemente condón en las prácticas oral y anal, sin embargo, fueron ellos quienes tuvieron menos consistencia en el uso del condón, mientras que las mujeres reportaron usar más el condón en la práctica sexual vaginal. Los autores sugieren, que en base a lo encontrado en el estudio, los hombres muestran mayor preocupación por evitar las ITS y VIH/SIDA, mientras que las mujeres posiblemente lo usen para prevenir un embarazo.

Lara, Cianelli, Ferrer, Bernales y Villegas (2008), también llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar el nivel de comunicación de pareja, en este caso, en torno al VIH en mujeres chilenas con desventaja social; se aplicó a 496 mujeres la entrevista “Testing and HIV/AIDS Prevention Intervention for Chilean Women” (RO1 TW 006977 PI Cianelli) y se utilizó la escala “Health protective sexual communication scale (HPC)” (0–10 puntos). Los resultados señalan que el promedio del nivel de comunicación de pareja fue de  $3,26 \pm 2,7$  puntos con la pareja principal, de  $2,52 \pm 2,48$  puntos con una segunda pareja y de 0 puntos con una tercera pareja. Los temas de menor comunicación entre las parejas fueron el uso de preservativo y la realización del test para VIH antes de



tener relaciones sexuales. Los autores concluyen que las mujeres de la muestra presentan bajos niveles de comunicación de pareja en relación al VIH con todas sus parejas sexuales, además de señalar como necesarias las estrategias que potencien la adopción de conductas de autocuidado en torno al tema, como lo es la comunicación de pareja sobre VIH y la negociación de pareja para la utilización del preservativo, considerándolas como un pilar fundamental en la incorporación de medidas de autocuidado en la sexualidad femenina.

En la misma línea de investigación, Jiménez (2010) llevó a cabo un estudio en el que evaluó la comunicación sexual en pareja con adolescentes e identificó los estilos de negociación y su relación con el uso del condón, la intención y los conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS, en una muestra de 141 adolescentes sexualmente activos, mediante un cuestionario de autorreporte. Los resultados muestran que los adolescentes de este estudio sólo se protegieron en el 60% de sus encuentros sexuales, también se encontró que tienen pocos conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS. Respecto a los estilos de negociación, emplean más el estilo de colaboración-equidad, se comunican ocasionalmente con sus parejas y la mayoría reportaron tener la intención de usar condón. La autora sugiere diseñar programas de prevención que promuevan, además del uso del condón, la comunicación de pareja y la negociación del condón empleando un estilo de colaboración-equidad.

A pesar de que la comunicación sexual asertiva se vincula con conductas sexuales preventivas, Noar, Morokoff y Redding (2002, como se citó en Bárcena et al, 2011), realizaron una investigación en la que señalan que existe un vacío en cuanto a la manera específica que emplean hombres y mujeres para negociar el uso del condón y destacan la importancia de estudiar el uso de las siguientes estrategias de negociación:

- Recompensa: la persona promete o provee consecuencias positivas a su pareja si ésta usa condón.



- Coerción emocional: se trata de usar consecuencias afectivas negativas si la pareja se rehúsa a usar condón.
- Información sobre los riesgos: consiste en exponer información a la pareja sobre los riesgos que existen de adquirir una ITS o VIH sino emplean condón.
- Seducción: implica utilizar componentes no verbales como despertar deseo sexual en la pareja y así persuadirla de usar condón.
- Engaño: la persona emplea información falsa para hacer que su pareja use condón.
- Negarse a tener sexo: implica advertir a la pareja que se rehusará a tener relaciones sexuales si no usan condón.
- Conceptualización de la relación: la persona muestra comprensión e interés en la pareja y en la relación con el fin de conseguir que su pareja use condón.
- Autocrático: consiste en emplear la autoridad, señalándose experto en el tema o de plano insiste en usar condón.
- Petición directa: la persona pide de forma directa a su pareja emplear condón.

A partir de la identificación de estas estrategias, la investigación realizada por Noar et al. (2002), con una población de 424 hombres heterosexuales, evaluó la relación de las estrategias usadas por parejas heterosexuales, determinando las diferencias por sexo. Encontraron, en primera instancia, que la asertividad sexual hacía referencia a la habilidad percibida para expresar el deseo de uno de los integrantes de la pareja de usar condón. Los resultados obtenidos muestran que quienes tuvieron niveles más altos de asertividad sexual también fueron los que tuvieron los niveles más altos de consistencia en el uso del condón. Señalan que las estrategias más efectivas fueron: negarse a tener sexo, la seducción y la petición directa. En este sentido, queda de manifiesto el papel que juega el acercamiento afectivo que las personas tienen con sus parejas para lograr influir en ellas. En el caso de la petición directa, esta fue la estrategia con más altos



puntajes y la que se consideraba menos manipuladora. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, se encontró que las mujeres tienden más a negarse a tener sexo, pedir usar condón de manera directa a su pareja, informar sobre el riesgo de no usar condón, y mostrar interés y comprensión hacia su pareja para que empleen condón.

A manera de conclusión, se puede decir que para el momento en el que los jóvenes inician sus relaciones románticas, existen diversas razones, motivos o circunstancias que los llevan a comportarse de manera riesgosa y no usar condón, muchas de ellas podrían estar vinculadas con un problema de comunicación sexual asertiva, como se expuso, la comunicación sexual asertiva con padres podría ser la base para que los jóvenes se comuniquen asertivamente con sus parejas y exista mayor probabilidad de que usen el condón en sus relaciones sexuales.

De esta manera, los comportamientos de riesgo podrían subsanarse si se actúa incidiendo no solamente en el nivel de información que los jóvenes deben tener sobre ITS, VIH/SIDA, sino en la implementación de conductas sobre el uso correcto y consistente del condón, las fallas en el uso del condón durante la relación sexual y por supuesto la necesidad de que se comuniquen con sus parejas sobre temas sexuales, ya que esto hará más probable el empleo consistente del preservativo en sus relaciones sexuales (Pérez & Pick, 2006). Se ha reportado que aprender a iniciar y mantener una conversación sobre temas vinculados con el cuidado de la salud sexual hace más probable que los jóvenes negocien asertivamente con su pareja el uso del preservativo (Robles et al., 2007; Bárcena et al, 2011). De modo que el papel que juega la negociación del uso del condón, tiene que ver con la habilidad para persuadir a su pareja de usar condón (Noar, Morokoff & Redding, 2002). Por ello resulta importante profundizar en la investigación que aborda la existencia de una asociación entre la comunicación que tienen los miembros de una pareja sobre diversos temas sexuales y el uso del condón, así como el papel que juega la forma en la que los jóvenes logran



establecer acuerdos con su pareja sobre el uso del condón (negociación) y la importancia que reviste poseer los conocimientos para usarlo de manera correcta y no cometer fallas en su uso durante el acto sexual.

### **2.2.2 Estilos de negociación del uso del condón.**

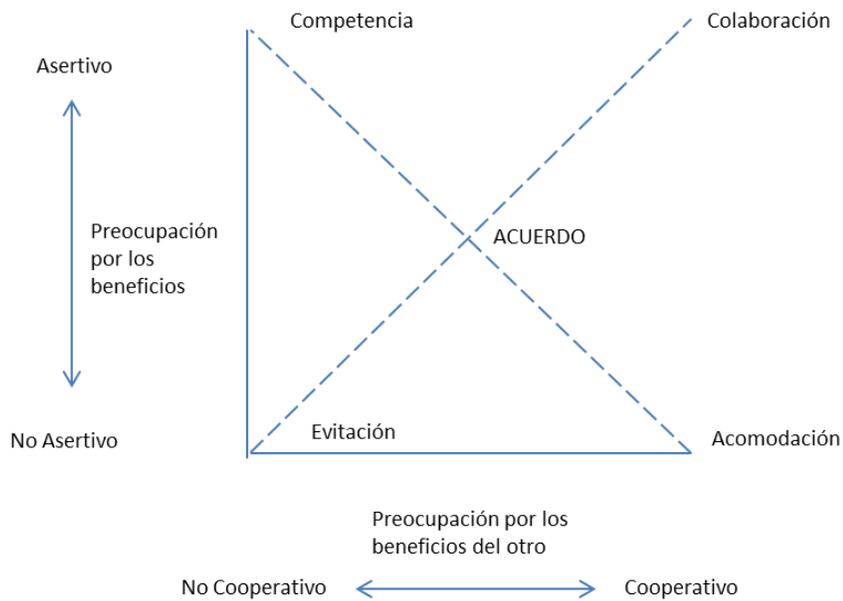
El estudio de la comunicación sexual asertiva con pareja ha analizado las formas específicas en las que una persona comunica sus deseos, necesidades, opiniones, pensamientos, entre otros. En caso de que uno de los miembros de la pareja no esté de acuerdo en usar protección durante la relación sexual, ambos se enfrentarán a un conflicto, esto resulta particularmente importante en el terreno de las relaciones sexuales, en donde la negociación con la pareja ocupa un lugar fundamental (Robles y Díaz-Loving, 2006). La negociación implica tener la capacidad para poder identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas para solucionarlo y llegar a un acuerdo entre ambas partes, y su solución efectiva podría depender del estilo que se adopte para negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso de protección (Robles y Díaz-Loving, 2006).

En la misma línea de investigación, Levinger et al., (1989) diseñaron el inventario de estilos de manejo del conflicto con base en el modelo propuesto por Killman y Thomas (1975, como se citó en Díaz-Loving y Sánchez Aragón, 2002), derivado de la teoría jungiana que asume que la gente tiene formas características para manejar el conflicto interpersonal. Dentro del modelo señala que algunas personas se muestran directas ante los conflictos, otras con miedo a dañar su relación con los demás y, otras tantas, tratan de encontrar soluciones al conflicto que sean buenas para las partes involucradas. De ahí que las estrategias de solución del conflicto estén delimitadas a dos ejes principales, 1) la preocupación de sus propios beneficios y 2) la preocupación en los beneficios del otro; así, combinando las dos dimensiones del modelo, se llega a cinco estrategias básicas



en el enfrentamiento: acomodación, colaboración, acuerdo, evitación y competencia.

**Modelo del manejo del conflicto según el tipo de preocupación (Personal e Interpersonal) Killman y Thomas (1975).**



Siguiendo el esquema, un primer estilo de negociación sería el de *acomodación*, el cual hace referencia a una estrategia alta en preocupación por el otro y baja en preocupación por los propios intereses, implica satisfacer las necesidades del otro y proteger la relación mediante dar al otro, quien alcanza sus propios beneficios a expensas de quien se acomoda. Un segundo estilo es el de *evitación*, el cual muestra simultáneamente baja preocupación por los propios intereses y por los intereses del otro, lo cual permite que la situación en cuestión se quede sin resolver o que la responsabilidad recaiga sólo en una de las partes. El tercer estilo denominado *contender* es una estrategia alta en la preocupación de los propios beneficios y baja en los beneficios del otro, donde las situaciones son vistas como ganar o perder, está orientada al poder y la persona utiliza cualquier medio que le permita defender o ganar una posición que considere benéfica. En el



lado más constructivo del esquema se encuentra la *colaboración*, la cual es una estrategia en la que ambas partes resultan beneficiadas, centrando su atención en las preocupaciones propias y del otro, integrándolas y maximizando los intereses de ambos. El *acuerdo* es una estrategia creativa que ocupa como base la colaboración y crea una solución novedosa y conjunta (Díaz-Loving y Sánchez Aragón, 2002).

A partir del modelo antes descrito, Díaz-Loving y Sánchez Aragón (2002), construyeron un Inventario de estilos de manejo del conflicto en la relación de pareja, validándolo con 300 parejas de la Ciudad de México. En años posteriores, este inventario fue ajustado a la temática sexual por Robles y Díaz-Loving (2006), creando así el Inventario de Estilos de Negociación. El estudio que da cuenta de ello, fue realizado por Robles y Díaz-Loving (2006), y se llevó a cabo en una muestra de 222 estudiantes de dos secundarias y una preparatoria, de los cuales 78 fueron hombres y 144 mujeres, 83 tenían vida sexual activa y la mitad de la muestra reportó haber tenido una pareja sexual. Para evaluar los estilos de negociación se aplicó el Inventario de Estilos de Negociación que consta de 29 reactivos con 5 subescalas que miden evitación, colaboración, acuerdo, acomodación y contender, en una escala tipo Likert con valores que van de 1 (totalmente desacuerdo) a 5 (totalmente en acuerdo). Para evaluar la conducta sexual diseñaron un cuestionario para obtener información sobre frecuencia del uso del condón, frecuencia de las relaciones sexuales, autoeficacia percibida para solicitar a su pareja el uso del condón en su próxima relación sexual, edad del debut sexual y número de parejas en toda la vida.

Los autores reportaron resultados sólo de los 111 estudiantes que respondieron haber tenido alguna vez pareja sexual. Los resultados sobre la conducta sexual señalan que las mujeres tienen relaciones sexuales con mayor frecuencia que los hombres, que ellos reportan más parejas sexuales que las mujeres, que los estudiantes de preparatoria usan con mayor frecuencia el condón en comparación con los de secundaria, además de que los estudiantes de



secundaria iniciaron su vida sexual a más temprana edad que los de preparatoria. Los resultados de los estilos de negociación señalan que para el estilo de negociación de acomodación-evitación existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que obtuvieron los puntajes mayores, mientras que para el estilo de negociación de contender las mujeres obtuvieron los mayores puntajes; respecto al estilo de negociación de colaboración-equidad los estudiantes de preparatoria sacaron puntajes más elevados en comparación con los estudiantes de secundaria. El resultado del análisis de correlación señala que el estilo de colaboración-equidad se correlacionó con la frecuencia del uso del condón en ambos sexos, y sólo en los hombres con la autoeficacia percibida para solicitar a su pareja el condón en su próxima relación sexual. Por otro lado, el estilo de negociación de acomodación-evitación se correlacionó con la frecuencia de relaciones sexuales en ambos sexos y sólo en mujeres con la edad del debut sexual; mientras que el estilo de contender se correlacionó en hombres y mujeres negativamente con la edad del debut sexual, finalmente ningún estilo de negociación se correlacionó con el número de parejas en toda la vida.

Por otro lado, en un estudio posterior, Robles y Díaz-Loving (2008), evaluaron distintas variables psicosociales y las variables conductuales de comunicación con la pareja sobre temas sexuales y estilos de negociación del uso del condón, con el objetivo de determinar cuáles de estas variables predicen la frecuencia del uso del condón cuando se tiene sexo vaginal con pareja regular u ocasional. Participaron 57 adolescentes de 13 a 19 años de edad, 32 hombres y 25 mujeres. Diseñaron un instrumento de autoreporte para obtener información sobre los tres estilos de negociación: colaboración-equidad (12 reactivos), ajuste-evitación (11 reactivos) y contender (6 reactivos), en una escala de tipo Likert con valores de 1 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Consideraron como variable dependiente la frecuencia del uso del condón cuando se tiene sexo vaginal con pareja regular u ocasional. Los resultados muestran que sólo la variable psicosocial de actitud hacia el uso del condón, se correlacionó con el estilo de negociación de colaboración-equidad. Respecto al análisis de predicción



ninguna de las variables psicosociales evaluadas predijo el uso frecuente del condón, mientras que en el caso de las variables conductuales, los predictores para la pareja regular fueron hablar sobre el condón masculino y negociar con el estilo de colaboración-equidad y, para la pareja ocasional, el predictor fue negociar su uso con el estilo de colaboración-equidad.

La habilidad que tienen los jóvenes para negociar el uso del condón, también se ha evaluado a través de la observación directa y se ha visto la relación cercana que guarda con la habilidad para usar correctamente un condón. Robles *et al.*, (2006) evaluaron los efectos de un entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón sobre la consistencia en el uso del condón, en una muestra de 50 estudiantes universitarios sexualmente activos. Por medio de observación directa obtuvieron medidas sobre el uso correcto del condón (elegir el condón, colocarlo y retirarlo del pene de enseñanza) y de dos habilidades de comunicación sexual asertiva 1) iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y 2) negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón, siendo evaluadas a través del Test Analógico de Simulación (TAS) propuesto y validado por Roth (1986). Los resultados indican 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, ya que encontraron un incremento en la consistencia en el uso del condón, y en la habilidad para negociarlo, correlacionándose ésta última con la habilidad de usarlo correctamente. Estos autores sugieren que el aprender a negociar el uso del condón con su pareja puede promover un estilo de colaboración-equidad y originar comportamientos sexuales preventivos y que se investigue con mayor profundidad cuál de los dos entrenamientos (usar correctamente el condón o negociarlo) tiene mayor efecto en la consistencia del uso del condón o si son ambos necesarios para la reducción de conductas sexuales de riesgo.

A manera de conclusión, se puede decir que la necesidad de incluir en las estrategias de prevención las medidas del comportamiento sexual relacionadas



con la habilidad de comunicación sexual asertiva con la pareja y negociación del uso del condón con un estilo de colaboración-equidad, posibilita a la pareja llegar a un acuerdo que convenga a ambas partes y garantice la protección mutua de su salud sexual (Díaz-Loving y Sánchez, 2000). Aunado a esto, los jóvenes deben poseer los conocimientos sobre el uso correcto del condón para que al momento del acto sexual cometan menos fallas en su uso, pues de nada serviría lograr persuadir a la pareja de usarlo si no se usa correctamente (Robles y Moreno, 2007).

### **2.2.3 Conocimientos sobre el uso correcto del condón**

Como se ha venido mencionando, los jóvenes, a pesar de conocer las características del VIH/SIDA e ITS y sobre las formas específicas en que puede transmitirse y prevenirse, siguen teniendo conductas sexuales de riesgo. El papel que juega la información en los comportamientos sexuales preventivos o de riesgo se pueden resumir con las palabras de Bayés (1992, como se citó en Robles et al, 2006):

...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 [...] 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).

Hasta el momento las investigaciones encaminadas a evaluar el nivel de conocimientos sobre el uso correcto del condón han empleado diversas técnicas, en las que destacan el autorreporte y la observación directa (demostración del uso del condón con la ayuda de un pene artificial de enseñanza) (Robles, et al., 2006); y la solicitud que se hace a las personas para que muestren que llevan consigo un condón, entre otras). Si bien es cierto que una medida que nos diera mayor certeza de la aplicación correcta de los conocimientos sería la observación directa



de las conductas relacionadas a la protección durante el sexo, esto resulta difícil de pensar o intentar, por la incomodidad que conlleva para las personas involucradas (Jiménez, 2010).

En la presente investigación se aplicó una prueba de conocimientos con nueve afirmaciones que refieren aspectos vinculados con las características del paquete del preservativo, la forma y el momento de colocar el condón en el pene y la forma y momento en el que debe retirarse del pene.

De acuerdo con Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno, y Robles, (2009), es de vital importancia que los jóvenes posean los conocimientos para el uso correcto del condón durante la relación sexual, mismos que describen en 15 pasos:

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

Dichos pasos deben seguirse para usar correctamente el condón y con ello evitar cometer errores, de acuerdo a eso se pueden identificar las fallas más



comunes. 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. Se sabe que las fallas que se presentan con más frecuencia tienen una naturaleza de ruptura durante el acto sexual o deslizamiento del condón (Robles y Moreno, 2007). Estas fallas evidentemente pondrían en riesgo la salud sexual de los jóvenes, de modo que la prevención del VIH y de otras ITS sólo puede lograrse mediante la combinación perfecta del uso correcto y consistente del condón.

A manera de conclusión, se puede decir que todas aquellas personas que llevan una vida sexual activa, deben dotarse de herramientas que les ayuden a transformar aquellas conductas de riesgo por conductas preventivas, donde el uso correcto del condón figura como una de las más importantes. Los jóvenes deben reconocer que las fallas son las más comunes relacionadas con la eficacia del método y conocer paso por paso como deben utilizar el condón durante la relación sexual, para así evitar las fallas como el deslizamiento y la ruptura que se derivan del mal uso del condón y, emplear el condón adecuado para cada práctica sexual (sexo vaginal, anal, oral) disminuyendo con esto las fallas y por supuesto el riesgo de infección sexual. El hecho de que los jóvenes conozcan la importancia de estos aspectos, no garantiza que usen protección en cada acto sexual, la investigación en la prevención del VIH/SIDA debe encaminar los esfuerzos y poner especial atención en las variables psicológicas que promueven el uso de condón, tales como la comunicación sexual asertiva con la pareja y los estilos de colaboración y equidad para negociar el uso del condón.

#### **2.2.4 Fallas en el uso del condón.**

Aun cuando la comunicación sexual asertiva con pareja y la negociación del uso del condón sean exitosas, y el uso del condón consistente, existe la



probabilidad de riesgo de alguna infección si se considera que pueden existir fallas en su uso. De acuerdo con Robles y Moreno (2007) las fallas en el uso del condón son de dos tipos: el primero hace referencia a aquellas fallas que resultan de la fabricación del condón (calidad del producto) y, el segundo, se deriva del mal uso del condón.

En relación con el primer caso, debe vigilarse el control de calidad en el proceso de fabricación que denote la seguridad de los condones. CENSIDA (2013), señaló que la posibilidad de rompimiento de los condones es del 0.5 al 3% en uso vaginal y del 5 al 10% en uso anal. Algunos de los indicadores que hacen más probable su rompimiento son: los condones fabricados con una calidad baja se rompen más frecuente que condones que cumplen con los estándares de la fabricación, los condones viejos son más probables de romper que condones nuevos y el almacenamiento de condones durante mucho tiempo en el bolsillo o un portamonedas y los expuesto al sol pierden su calidad (CENSIDA, 2013).

Al respecto, la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO, 2006) para dar a conocer la calidad de los diferentes tipos de condones que se venden en México analizó (en el Laboratorio PROFECO) 46 modelos de 24 marcas de condones masculinos que se expenden en México. Cada modelo de condón se sometió a 7 pruebas, algunas de las cuales deben aplicarse en más de 300 piezas, apegándose a la Norma Oficial Mexicana NOM 016-SSA1-1993, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 1994, que establece las especificaciones sanitarias de los condones, asimismo, consigna las propiedades que deben tener y los métodos de prueba que tienen que realizarse para asegurar su calidad.

Los aspectos que evalúa PROFECO son 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 infección por VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente”.



- 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.

La Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), señaló en su revista del Consumidor del año 2000, que las marcas de condones Sex Guad natural (3pz), Adams México (3pz), Durex estraligero (6pz), Trustex de sabor (1pz), Ria lisos y texturizados (1pz), Sensation natural (3pz) y Glow inthe dark fluorescentes (1pz) estaba categorizadas de uso riesgoso. Para el año 2006 Carnaval (3pz), Apolo (3pz), Sexi pakk y Preven pakk (3pz) y Night Light (3pz), también se enlistaban en las marcas cuyo uso era riesgoso. Recientemente, en el año 2010 la revista del Consumidor señaló que las marcas Balam texturizado (3pz), Do it lovely natural (3pz), Durex natural y Durex retardante (3pz), Gladiador liso (3pz) y Trojam sensible (3pz) son las que actualmente están consideradas como de riesgo, esto



debido a que no cumplieron con los estándares de la Norma Oficial Mexicana NOM 016-SSA1-1993 para la seguridad en la fabricación de los condones.

Ahora bien, las *fallas en el uso del condón* relacionadas con el comportamiento específico de quien los usa, hacen referencia a los errores cometidos durante la relación sexual, haciendo más probable que el condón se rompa o se deslice, incrementando con ello la posibilidad de contacto con agentes patógenos que ponen en riesgo su salud sexual (Robles, en prensa).

La investigación sobre el problema de la *ruptura* del preservativo, derivada de las fallas cometidas por el usuario durante el acto sexual. Se expondrán con una serie de estudios realizados por diversos autores que dan cuenta de ello, tal es el caso de Del Rio y Uribe (1995), quienes reportaron que exponer un condón a la luz directa, guardarlo en sitios cuya temperatura es elevada, abrir el empaque del condón con las uñas y utilizar lubricantes con base oleosa, aumenta la probabilidad de que se presente una falla por ruptura del condón. De acuerdo con Coates y Makadon (1995 como se citó en Robles y Moreno, 2007), señalan que desenrollar el condón por completo antes de colocarlo, es otro indicador de ruptura. Spruyt et al., (1998) mencionan que abrir el paquete con objetos punzocortantes también propicia la ruptura del condón. Por otro lado, Crosby et al., (2001), señalan que dejar burbujas de aire al colocar el condón y no dejar espacio suficiente al receptáculo, son conductas asociadas a las fallas por rompimiento del condón durante la relación sexual. Asimismo, Sander et al., (2003), revela que conductas como no comprobar la fecha de caducidad del condón y no verificar si se encuentra dañado son otras de las fallas más recurrentes asociadas a la ruptura del preservativo.

Por su parte, el *deslizamiento* del condón durante la relación sexual, de acuerdo con Crosby et al., (2003) se ha asociado con utilizar el mismo condón más de una vez durante la relación sexual o no cambiar el preservativo cuando se cambia de práctica sexual. Spruyt et al., (1998) señala que desenrollarlo antes de



ponérselo junto con la longitud o intensidad de la relación se asocia con que el condón se deslice del pene, estos autores también señalan que llenar el condón de agua o de aire antes de colocarlo y usarlo en relaciones sexuales de más de 20 minutos, también se asocia con el deslizamiento del condón durante la relación sexual. Por otro lado, Sander et al., (2003), mencionan que colocar al revés el condón, usarlo antes de la penetración ya habiendo penetraciones previas y quitar el condón antes de terminar la relación sexual están asociados con las fallas más comunes en la eficacia del uso por el problema de deslizamiento. Asimismo, Bortot (2006, como se citó en Robles, en prensa) señalan que no retirar el preservativo después de perder la erección y no sostenerlo en la base del pene cuando se retira de la vagina, es otra falla que podría originar el deslizamiento del condón durante la relación sexual.

En la misma línea de investigación, Warner, Warner, Boles y Williamson (1998, como se citó en Robles y Moreno, 2007), a través de un instrumento de autoreporte, encontraron en una población de estudiantes varones entre los 18 y 29 años, que un porcentaje mayor al 30%, reportó ponerse el condón por el lado contrario por el que se desenrolla y lo voltearlo para ponérselo del lado correcto, también encontraron que el 17% inicio la relación sexual sin colocarse el condón y detuvo la relación para colocárselo, mientras que el 8.5% inició la relación con un condón pero después se lo quitó para continuarla, siendo el 12.8% quienes reportaron rompimiento del condón durante la relación sexual o al terminarla.

El estudio de las fallas en el uso del condón, también se ha evaluado a través de la observación directa, tal es el caso del programa de intervención conductual en el entrenamiento de la habilidad para colocar y retirar un condón en un pene artificial de enseñanza, presentado por Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno, y Robles, (2009) estos autores, analizaron a través de la observación directa (mediante video filmaciones) los errores más frecuentes que se cometen en esta conducta, los resultados señalan que más de la mitad de los sujetos en el grupo experimental sólo cometieron un error después de la intervención, mientras



que en el grupo control gran porcentaje de ellos cometió ocho errores de los 15 pasos a seguir. Estos autores sugieren la necesidad de incorporar en los programas de intervención el entrenamiento en la habilidad conductual para usar correctamente un condón.

A manera de conclusión podemos decir que quizá la ocurrencia de estas fallas se deba a un desconocimiento por parte de los jóvenes sobre la forma correcta en que debe usarse el condón durante la relación sexual, de manera que el conocimiento adecuado sobre cómo usar el condón puede verse reflejado en una disminución de las fallas en el uso del condón durante la relación sexual, y por supuesto en la disminución del riesgo de infección sexual. De acuerdo con Robles (en prensa), lo que se evalúa como conocimiento y lo que se mide como conducta, se asocian entre sí, lo cual puede sugerir que los conocimientos son necesarios para llevar a cabo una conducta, en este caso el uso correcto del condón. Sin embargo, la autora también señala que las fallas en el uso del condón de ruptura y deslizamiento, no dependen del nivel de información que tengan los jóvenes sobre cómo debe usarse ni tampoco de que tan hábiles sean para demostrar, en situaciones simuladas, su uso correcto, sino que sólo depende de su uso inadecuado durante el acto sexual. Los resultados de su investigación señalan que existe una asociación negativa entre la frecuencia de las fallas en el uso del condón y la habilidad demostrada para usarlo correctamente, lo cual podría indicar que aprender a colocar y retirar el preservativo de un pene de enseñanza haría menos probable la emisión de fallas durante el acto sexual.

Se requiere encaminar la investigación en la prevención del VIH/SIDA más allá de aquellas que sólo consideran medidas de autoinforme de la frecuencia de fallas en el uso del preservativo, pues estas sólo serían un indicador de conductas de riesgo. Para incidir en forma efectiva en la prevención del VIH/SIDA y otras ITS, se debe promover el aprendizaje de habilidades conductuales sobre el uso correcto del preservativo durante el acto sexual en combinación con la comunicación sexual asertiva con la pareja y un estilo de negociación



---

colaboración-equidad para el uso del condón, que has demostrado ser indicadores de la frecuencia del uso del condón.

## REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1 Planteamiento del problema.

Dado que los índices más altos de contagio por VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados corresponde a los jóvenes entre los 15 y 29 años y, es en la adolescencia donde frecuentemente se presenta el debut sexual y se da cada vez a edades más tempranas, resulta indispensable promover en dicha población comportamientos preventivos que les ayuden a evitar presentar cualquiera de estos problemas de salud sexual. Como ya se ha mencionado anteriormente, los programas preventivos encaminados al cuidado de la salud sexual en adolescentes y jóvenes, en su mayoría han sido de carácter informativo sobre el uso del condón y otros métodos anticonceptivos, sin embargo, la información por si sola ha demostrado no ser suficiente para cambiar los comportamientos sexuales de riesgo, es por ello que en las investigaciones que buscan un cambio conductual de conductas de riesgo por conductas preventivas, deben incluir el entrenamiento en el uso correcto del condón para evitar las fallas en su uso, y las variables asociadas al uso del condón en adolescentes y jóvenes, tales como poseer un alto nivel de conocimientos sobre los riesgos de contagio y las características del VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados, tener una actitud positiva ante el uso del condón como método de prevención y poseer la habilidad para comunicarse con su pareja sobre temas relacionados con su salud sexual y negociar el uso del condón con su pareja para protegerse sexualmente. De ahí que surja la necesidad de analizar cómo se relacionan entre sí las variables de conocimientos sobre el uso correcto del condón y la frecuencia de fallas en su uso, la comunicación sexual en la pareja y los estilos de negociación del uso del condón y evaluar en qué medida se relaciona la comunicación con la pareja con el



estilo de negociación que adoptan para protegerse sexualmente y, si esto tiene algún impacto en la frecuencia del uso del condón en sus relaciones sexuales.

### **3.2 Pregunta de investigación.**

1. ¿En qué medida la comunicación sexual con la pareja media el estilo de negociación del uso del condón?
2. ¿Cómo esta relación cambia dependiendo del nivel de información que se tenga sobre el uso correcto del condón y de la experiencia en las fallas de su uso?

### **3.3 Objetivo general.**

Analizar la relación que existe entre las variables de conocimientos sobre el uso correcto del condón y la escala de fallas en el uso del condón, la comunicación sexual en la pareja y los estilos de negociación del uso del condón que adoptan los jóvenes para protegerse sexualmente, asimismo, poder evaluar en qué medida la comunicación sexual asertiva con la pareja es un mediador entre del resto de las variables y la frecuencia del uso del condón en sus relaciones sexuales.

### **3.4 Objetivos específicos.**

1. Conocer las características del debut sexual y de la conducta sexual actual y hacer una comparación por sexo.
2. Conocer el nivel de cada estilo de negociación y determinar el que más se presenta en hombres y en mujeres.
3. Conocer la frecuencia con la que se comunican con sus parejas sobre temas de sexualidad y determinar el tema con el que más se comunican hombres y mujeres.
4. Conocer la frecuencia con la que cometen fallas al usar el condón durante la relación sexual y hacer una comparación por sexo.
5. Determinar el nivel de aciertos en una prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón y hacer una comparación por sexo.



6. Determinar la relación entre la comunicación con su pareja y el estilo de negociación del uso del condón.
7. Determinar la relación entre la comunicación con su pareja y la frecuencia del uso del condón.
8. Determinar la relación entre la comunicación con su pareja, el estilo de negociación del uso del condón y la frecuencia del uso del condón.
9. Determinar la relación entre el estilo de negociación y la frecuencia del uso del condón.
10. Determinar la relación entre las fallas en el uso del condón y la frecuencia del uso del condón.
11. Determinar la relación entre los conocimientos sobre el uso correcto del condón y la frecuencia del uso del condón.
12. Conocer cuáles de estas variables predicen la frecuencia del uso del condón.

### **3.5 Método.**

#### **3.5.1 Participantes.**

Se consideró como población universo el total de grupos de estudiantes de primer ingreso que estaban inscritos en 6 licenciaturas de una Universidad pública ubicada en el municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México. De este universo se seleccionó a aquellos estudiantes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1) ser sexualmente activo, 2) ser soltero y 3) tener entre los 15 y 29 años de edad. El total de la muestra seleccionada fue de 852 estudiantes, de los cuales 317 (37.2%) fueron hombres y 532 (62.4%) mujeres, con un rango de edad de 17 a 29 años y una media de 18.83 años; la mayoría reportó vivir con ambos padres y tener ingresos mensuales que oscilan entre los \$2,000 y \$5,999 pesos. Las características sociodemográficas de la muestra se observan en la tabla 1.



**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.**

		n		M	D.E.	Moda	Rango
<b>N</b>	Edad	852	100%	18.83	1.64	18	17-29
<b>Sexo</b>	Hombres	317	37.2				
	Mujeres	532	62.4				
	Sin respuesta	3	0.4				
<b>Vive con</b>	Solo/a	13	1.5				
	Padre	25	2.9				
	Madre	174	20.7				
	Ambos padres	587	68.9				
	Otro	44	5.2				
	Sin respuesta	7	0.8				
<b>Ingresos</b>	Menos de \$2,000	44	5.2				
	De \$2,000 a \$3,999	230	27.0				
	De \$4,000 a \$5,999	241	28.3				
	De \$6,000 a \$9,999	132	15.5				
	Más de 10;000	82	9.6				
	No sé	112	13.1				
	Sin respuesta	11	1.3				

### 3.5.2 Diseño.

De acuerdo con la clasificación de Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista (2006), este estudio fue de tipo transversal-correlacional-comparativo.

### 3.5.3 Variables, instrumentos y medidas.

Utilizando la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (Robles et al., 2010), se obtuvo información sobre las siguientes variables:

*Demográficas.* Se obtuvo información sobre la edad, sexo (masculino o femenino), estado civil (soltero/a, casado/a, unión libre u otro), con quién vive actualmente el estudiante (solo/a, con su papá, con su mamá, con ambos padres, con su pareja u otro) e ingresos de las personas que trabajan o viven con el estudiante (menos de \$2,000, de \$2,000 a \$3,999, de \$4,000 a \$5,999, de \$6,000



a \$9,999, más de 10,000 o no sabe). Las medidas de estas variables fueron la media de la edad y el porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción de cada reactivo.

*Patrón de conducta sexual.* Se obtuvo información sobre la edad del debut sexual, las circunstancias bajo las cuales ocurrió (si fue planeada, si utilizó condón, si le dijo a su pareja que quería utilizar condón o si utilizó el condón sin necesidad de decírselo a su pareja), todos los reactivos con opciones de respuesta dicotómica (si o no); además se consideró el número de parejas sexuales que tuvieron los participantes en toda la vida, el número de relaciones sexuales que tuvieron en los últimos tres meses y en cuántas de éstas usaron condón. Las medidas para este conjunto de variables fueron: la media de edad del debut sexual, el porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción en cada uno de los reactivos dicotómicos y la media del número de parejas sexuales en toda la vida.

*Comunicación sexual con pareja.* Se refiere al abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad entre los jóvenes y sus parejas. Se utilizó la escala de comunicación sexual con pareja validada en población universitaria por Robles *et al.* (2010), que consta de 30 reactivos agrupados en cinco factores: *Métodos anticonceptivos* (F1) conformado por 8 reactivos con un Alfa de Cronbach de .940; *Embarazo* (F2) conformado por 8 reactivos con un Alfa de Cronbach de .923; *VHI y otras ITS* (F3) conformado por 7 reactivos con una Alfa de Cronbach de .920; *Relaciones sexuales* (F4) conformado por 4 reactivos con un Alfa de Cronbach de .836 y *Aborto* (F5) conformado por 3 reactivos con un Alfa de Cronbach de .801. Todos los reactivos evalúan frecuencia y tuvieron un formato de respuesta en escala de tipo Likert con valores de 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (muchas veces) y 5 (una gran cantidad de veces). La medida de esta variable estuvo constituida por la suma de las respuestas dadas al conjunto de reactivos de cada factor.



*Estilos de negociación del uso del condón.* Se refiere a la forma particular en que una persona negocia el uso del preservativo con su pareja sexual. Se utilizó el instrumento diseñado y validado por Robles y Díaz-Loving (2006, 2011), constituido por 29 reactivos en escala tipo Likert, con opciones de respuesta cuyos valores corresponden a 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (desacuerdo), 3 (indeciso/ni acuerdo ni en desacuerdo), 4 (acuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Dicho instrumento fue validado en población universitaria por Moreno *et al.* (2011) resultando cuatro factores: Equidad (F1), conformado por 8 reactivos con un Alfa de Cronbach de .909; Acomodación-Evitación (F2), conformado por 10 reactivos con un Alfa de Cronbach de .865; Colaboración (F3), conformado por 7 reactivos con un Alfa de Cronbach de .831 y finalmente, Contender (F4) conformado por 4 reactivos y un Alfa de Cronbach de .758. Esta variable se midió a través de la puntuación promedio obtenida por el conjunto de reactivos definidos en cada estilo de negociación.

*Conocimientos sobre el uso correcto del condón.* Se refiere al nivel de información que se posee en relación con el uso correcto del condón. Se empleó la prueba de conocimientos del uso del condón propuesta por Robles *et al.* (2010), la cual consta de 9 reactivos con formato de respuesta de cierto, falso y no sé. Las respuestas correctas se codificaron con el valor de 1 y las incorrectas (incluyendo la respuesta *no se*) se codificaron con el valor de cero; la medida de esta variable fue la suma de reactivos que se respondieron en forma correcta; la consistencia interna de ésta prueba, a través del alfa de Cronbach, fue de .55.

*Fallas en el uso del condón durante la relación sexual.* Hace referencia a los errores cometidos al usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal). Se empleó la escala de fallas del uso del condón masculino validada por Robles *et al.* (2010), que consta de 7 reactivos, 4 señalan errores y 3 aciertos. Un ejemplo de reactivo de error es “*mi pareja o yo hemos colocado el condón del lado incorrecto y después lo volteamos para ponerlo del lado correcto*”, mientras que un ejemplo de un reactivo de aciertos es “*mi pareja o*



*yo retiramos el condón del pene cuando todavía hay erección.* Los reactivos de aciertos se recodificaron de tal forma que a mayor puntuación mayor frecuencia de fallas en el uso del condón durante la relación sexual. Todos los reactivos tuvieron un formato de respuesta en una escala de tipo Likert con valores de 1 (nunca ha ocurrido), 2 (casi nunca), 3 (algunas veces), 4 (casi siempre) y 5 (ocurre siempre). El Alfa de Cronbach de esta escala fue de .61.

*Frecuencia del uso del condón:* A través de un reactivo se obtuvo información sobre la frecuencia del uso del condón en toda la vida al tener relaciones sexuales con un formato de respuesta definido en una escala tipo Likert con valores de 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (la mitad de las veces), 4 (la mayoría de las veces) y 5 (en todas y cada una de mis relaciones sexuales). La media fue la medida obtenida de esta variable.

#### **3.5.4 Procedimiento.**

Con el consentimiento de los directivos de la Universidad y de los jefes de las 6 licenciaturas (Psicología, Medicina, Odontología, Biología, Enfermería y Optometría) que ahí se imparten, diez instructores previamente capacitados acudieron a los salones para aplicar los instrumentos de evaluación. Dentro del salón de clases de cada grupo de estudiantes, los instructores dieron una explicación que señalaba el motivo de su presencia y las características del instrumento que tendrían que responder. Se aclararon dudas y se enfatizó en que su participación sería voluntaria y que las respuestas que se obtuvieran serían anónimas y confidenciales. El instrumento se respondió de manera individual en un lapso de 30 a 45 minutos aproximadamente.



### 3.5.5 Análisis de datos.

Para cada variable numérica se obtuvo la media, desviación estándar, moda y rango. Para las comparaciones por sexo se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes en variables numéricas, y la prueba *Chi Cuadrada* para variables nominales. Para determinar los predictores del uso del condón primero se estimaron correlaciones entre las variables utilizando el índice *r de Pearson* y posteriormente un análisis de regresión múltiple por pasos, considerando como variable dependiente, o variable criterio, la frecuencia del uso del condón.

### 3.6 Resultados.

La edad promedio del debut sexual de toda la muestra fue de 16.43 años (D.E.=1.579) y resultó significativamente menor en los hombres (M=16.02) que en las mujeres (M=16.67;  $t=-5.927$ ,  $p=0.000$ ).

En la tabla 2 se observa que la mayoría de los participantes si planeó su primera relación sexual, usó condón en su primera relación sexual y le dijeron a su pareja que quería usar condón, sin embargo, también usaron condón sin necesidad de decírselo a su pareja, siendo las mujeres las que respondieron mayormente de forma afirmativa a los aspectos de planeación (59.8%,  $n=318$ ;  $\chi^2=20.682$ ), uso del condón (76.5%,  $n=407$ ;  $\chi^2=4.043$ ), decirle a su pareja que quería usar condón (75.6%,  $n=400$ ;  $\chi^2=33.000$ ) y usar condón sin necesidad de decirle a su pareja (62.6%,  $n=332$ ;  $\chi^2=5.726$ ).



**Tabla 2. Características del debut sexual en toda la muestra y la comparación por sexo.**

	Muestra		Hombres		Mujeres		t	gl	p
	n	%	n	M	n	M			
<b>Edad del debut sexual</b>	16.43		316	16.02	532	16.67	-5.927	846	.000
	Muestra		Hombres		Mujeres		x <sup>2</sup>	gl	p
	n	%	n	%	n	%			
<b>Planeación</b>							20.682	1	.000
Si	456	53.5	138	43.7	318	59.8			
No	395	46.4	178	56.3	214	40.2			
No contestó	1	0.1							
<b>Uso del condón</b>							4.043	1	.044
Si	629	73.8	222	70.3	407	76.5			
No	222	26.1	94	29.7	125	23.5			
No contestó	1	0.1							
<b>Decirle a la pareja que se quiere usar condón</b>							33.000	1	.000
Si	581	68.2	179	56.6	400	75.6			
No	267	31.3	137	43.4	129	24.4			
No contestó	4	0.5							
<b>Usar condón sin decirle a su pareja</b>							5.726	1	.017
Si	503	59.0	171	54.3	332	62.6			
No	345	40.5	144	45.7	198	37.4			
No contestó	4	0.5							

Los resultados relativos al Patrón de conducta sexual actual indican que toda la muestra tiene una media de  $M=2.97$  en el número de parejas sexuales, los resultados respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales y el uso del condón, se presentan en la tabla 3. Al aplicar la *t de Student* para muestras independientes (tabla 4), se encontró que los hombres reportaron tener un número mayor de parejas sexuales ( $M=4.13$ ) que las mujeres ( $M=2.27$ ;  $t=8.111$ ,  $p=0.000$ ), por el contrario, la frecuencia de las relaciones sexuales de los últimos tres meses en las mujeres ( $M=6.81$ ;  $t=-2.836$ ,  $p=0.005$ ) y la frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses en las mujeres ( $M=4.27$ ;  $t=-2.063$ ,  $p=0.039$ ) resultó significativamente mayor que en los hombres, como se muestra en la tabla 4.



Tabla 3. Patrón de conducta sexual actual.

	n	M	D.E.	Moda	Rango
Frecuencia de Relaciones Sexuales en los últimos tres meses	794	5.88	11.578	0	0-150
Frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses	772	3.87	6.579	0	0-50
Frecuencia del uso del condón CF1	831	3.97	0.994	4	1-5

Tabla 4. Comparación de medias por sexo del Patrón de conducta sexual actual.

	Hombres		Mujeres		t	gl	p
	n	M	n	M			
Número de parejas sexuales	303	4.13	519	2.27	8.111	820	.000
Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses	301	4.41	490	6.81	-2.836	789	.005
Frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses	292	3.26	477	4.27	-2.063	767	.039
Frecuencia del uso del condón CF1	310	3.93	518	4.00	-1.023	826	.307

Las puntuaciones obtenidas para la variable de Comunicación sexual con pareja de toda la muestra se presentan en la tabla 5, en la cual se observa que los temas con los que más se comunican con su pareja son Embarazo con una  $M=33.11$  ( $D.E.=7.334$ ), seguido de los temas sobre VIH y otras ITS con una  $M=22.79$  ( $D.E.=7.813$ ), los cuales están por encima de la media teórica.

Tabla 5. Comunicación sexual con pareja.

Factor	n	M.T.	M	D.E.	Moda	Rango
1 Métodos Anticonceptivos	811	24	16.06	10.249	8	8-40
2 Embarazo	813	24	33.11	7.334	40	8-40
3 VIH y otras ITS	819	21	22.79	7.813	35	7-35
4 Relaciones Sexuales	827	12	13.74	4.600	20	4-20
5 Aborto	824	9	9.28	3.815	15	3-15

La comparación de las medias obtenidas por sexo de la tabla 6, muestra que tanto hombres como mujeres se comunican sobre temas de Embarazo, VIH y otras ITS y Relaciones sexuales, siendo las mujeres quienes tuvieron puntuaciones significativamente mayores que los hombres en estos temas, por otro lado, ninguno de los grupos alcanzó la media teórica en el tema de Métodos anticonceptivos y, sólo los hombres no alcanzaron la media teórica en el tema sobre Aborto.



**Tabla 6. Comparación de medias por sexo en la Comunicación sexual con pareja.**

Factor	Hombres		Mujeres		t	gl	p
	N	M	n	M			
<b>1 Métodos Anticonceptivos</b>	300	18.77	508	14.51	5.819	806	.000
<b>2 Embarazo</b>	297	30.82	513	34.47	-7.022	808	.000
<b>3 VIH y otras ITS</b>	303	22.08	513	23.27	-2.096	814	.036
<b>4 Relaciones Sexuales</b>	303	12.50	521	14.48	-6.073	822	.000
<b>5 Aborto</b>	304	8.69	518	9.64	-3.477	820	.001

Las puntuaciones obtenidas para cada Estilo de Negociación de toda la muestra se presentan en la tabla 7, en la cual se observa que los estilos que predominan son el de Equidad con una  $M=34.68$  ( $D.E.=5.764$ ), seguido del estilo de Colaboración con una  $M=28.76$  ( $D.E.=5.308$ ).

**Tabla 7. Estilos de Negociación del uso del condón.**

Factor	n	M.T.	M	D.E.	Moda	Rango
<b>1 Equidad</b>	836	24	34.68	5.764	40	8-40
<b>2 Acomodación-Evitación</b>	811	30	26.00	9.266	22	10-50
<b>3 Colaboración</b>	826	21	28.76	5.308	35	7-35
<b>4 Contender</b>	827	12	12.55	4.220	12	4-20

La comparación de las medias obtenidas por sexo en la tabla 8, muestra que en los estilos de Equidad y Colaboración las mujeres tuvieron puntuaciones significativamente mayores que los hombres, sin embargo, en el estilo de Acomodación-Evitación los hombres obtuvieron puntuaciones más altas que las mujeres.

**Tabla 8. Comparación de medias por sexo de los Estilos de negociación del uso del condón.**

Factor	Hombres		Mujeres		t	gl	p
	n	M	n	M			
<b>1 Equidad</b>	308	34.01	525	35.09	-2.633	831	.009
<b>2 Acomodación-Evitación</b>	303	30.92	505	23.03	12.872	806	.000
<b>3 Colaboración</b>	305	27.90	518	29.30	-3.697	821	.000
<b>4 Contender</b>	307	12.28	517	12.73	-1.474	822	.141

Las puntuaciones obtenidas en la prueba de Conocimientos sobre el uso correcto del condón para toda la muestra, indican una media de  $M=4.86$  ( $D.E.=1.637$ ) y toda la muestra obtuvo una moda de 5 respuestas correctas, de nueve reactivos. En la comparación por sexo no se encontraron diferencias significativas.



Las puntuaciones obtenidas de toda la muestra en la Escala de Fallas en el uso del condón durante la relación sexual se observa una  $M=13.79$  ( $D.E.=3.842$ ), con una moda de 19 y un rango de 7-30. En la tabla 9 se muestra la comparación por sexo siendo los hombres los que obtuvieron puntajes mayores. En la tabla 9 se muestran los resultados de la comparación por sexo de esta variable.

**Tabla 9. Comparación de medias por sexo en las Fallas en el uso del condón durante la relación sexual.**

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	gl	<i>p</i>
	n	M	n	M			
<b>Fallas</b>	311	14.26	523	13.50	2.756	832	.700

### **Predictores de la Frecuencia del uso del Condón**

Para determinar los Predictores de la frecuencia del uso de Condón se realizaron dos tipos de análisis, el de correlación de variables calculando el coeficiente de correlación de *Pearson* y el análisis de regresión múltiple por pasos con el método de *Stepwise*, utilizando como variable dependiente la frecuencia del uso del condón.

Los resultados del coeficiente de correlación de *Pearson* (tabla 10) indican que se encontró una correlación baja pero significativa y positiva con la frecuencia del uso del condón con Comunicación Sexual con Pareja en temas sobre Métodos Anticonceptivos, Embarazo, VIH y otras ITS y Relaciones Sexuales. Con los Estilos de Negociación del Uso del Condón de Equidad y Colaboración significativa y positivamente, mientras que con el Estilo de Acomodación-Evitación se correlacionó negativamente. También se observó una correlación negativa con las Fallas del Uso del Condón durante la relación Sexual.

**Tabla 10. Variables que correlacionaron con la Frecuencia del Uso del Condón.**

Variable	r
Comunicación sexual con pareja sobre Embarazo	.150**
Comunicación sexual con pareja sobre VIH y otras ITS	.134**
Comunicación sexual con pareja sobre Métodos Anticonceptivos	.124**
Comunicación sexual con pareja sobre Relaciones Sexuales	.109**
Estilo de negociación de Colaboración	.155**
Estilo de negociación de Equidad	.154**
Estilo de negociación de Acomodación-Evitación	-.179**
Fallas en el uso del condón durante la relación sexual	-.267**

\*\* 0.01 \*0.0

Los resultados del coeficiente de correlación de Pearson (tabla 11) indican que los jóvenes que se comunican con su pareja sexual sobre embarazo, relaciones sexuales, VIH y otras ITS adoptan un estilo de negociación del uso del condón de equidad y colaboración, mientras que los jóvenes que se comunican con su pareja sexual sobre aborto sólo adoptan un estilo de negociación del uso del condón de equidad. Por otro lado, los jóvenes que reportan comunicarse menos con su pareja sobre temas como embarazo, VIH y otras ITS y relaciones sexuales son aquellos que utilizan un estilo de negociación del uso del condón de acomodación-evitación. Siendo el estilo de negociación de equidad el que obtuvo el mayor índice de correlación con la comunicación sexual en pareja.

**Tabla 11. Variables que correlacionaron con la Comunicación sexual con pareja.**

	Equidad	Colaboración	Acomodación-Evitación
<b>Comunicación sexual con pareja sobre Métodos Anticonceptivos</b>			
<b>Comunicación sexual con pareja sobre Embarazo</b>	.252**	.210**	-.244**
<b>Comunicación sexual con pareja sobre VIH y otras ITS</b>	.192**	.198**	-.142**
<b>Comunicación sexual con pareja sobre Relaciones Sexuales</b>	.202**	.180**	-.174**
<b>Comunicación sexual con pareja sobre Aborto</b>	.121**		

\*\* 0.01 \*0.0

Asimismo, los jóvenes que se comunican con su pareja sexual sobre embarazo, y VIH y otras ITS son aquellos que tienen mayor conocimiento sobre el uso correcto del condón y menos fallas. Siendo las fallas del uso del condón



durante la relación sexual las que obtuvieron negativamente el mayor índice de correlación con la comunicación sexual en pareja sobre Embarazo (tabla12).

**Tabla 12. Variables que correlacionaron con la Comunicación sexual con pareja.**

	Conocimientos sobre el uso correcto del condón	Fallas en el uso del condón durante la relación sexual
Comunicación sexual sobre Embarazo	.110**	-.247**
Comunicación sexual sobre VIH y otras ITS	.105**	-.193**
Comunicación sexual sobre Relaciones Sexuales		-.174**

\*\* 0.01 \*0.0

Con la intención de determinar las variables predictoras del uso del condón, se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos utilizando el método de *Stepwise*, considerándose como variable dependiente a la Frecuencia del uso del condón y como variables independientes sólo aquellas que se correlacionaron con la frecuencia del condón.

Los resultados indicaron que los mejores predictores de la frecuencia del uso del condón para toda la muestra fueron las fallas en el uso del condón durante la relación sexual y el Estilo de negociación de Acomodación-Evitación negativamente, mientras que la Comunicación sexual con la pareja sobre Métodos anticonceptivos y el Estilo de negociación de Equidad positivamente, con un valor de la  $R^2$  del modelo de .117, explicando así un 11.7% de la varianza total (tabla 13).

**Tabla 13. Predictores de la frecuencia del uso del condón en toda la muestra.**

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	$p$
Fallas en el uso del condón durante la relación sexual		-.232	-5.984	.000
Negociación Acomodación Evitación		-.128	-3.425	.001
Comunicación sexual con pareja sobre Métodos Anticonceptivos	.117	.108	2.942	.003
Negociación Equidad		.102	2.682	.007

Para determinar el poder predictivo de la variable de fallas en el uso del condón durante la relación sexual se sometió al mismo análisis de regresión múltiple por pasos y los predictores fueron, el estilo de negociación de colaboración, comunicación con pareja sobre embarazo y conocimientos sobre el



uso correcto del condón, negativamente, con un valor de la  $R^2$  del modelo de .128, explicando así un 12.8% de la varianza total (tabla 14).

**Tabla 14. Predictores de las Fallas en el Uso del Condón durante la relación sexual.**

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	$p$
Negociación Colaboración		-.210	-5.868	.000
Comunicación sexual con parejas sobre Embarazo	.128	-.182	-5.106	.000
Conocimientos sobre el uso correcto del condón		-.141	-3.985	.000

Para determinar el poder predictivo del Estilo de Acomodación-Evitación la variable se sometió a un análisis de regresión múltiple por pasos con el método de Stepwise y los predictores fueron el estilo de negociación de contender y la comunicación con pareja sobre relaciones sexuales, con un valor de la  $R^2$  del modelo de .090, explicando así ambas variables un 09.0% de la varianza total (tabla 15).

**Tabla 15. Predictores del Estilo de Negociación de Acomodación –Evitación en toda la muestra.**

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	$p$
Negociación Contender		.244	6.982	.000
Comunicación sexual con pareja sobre Relaciones Sexuales	.090	-.167	-4.781	.000

Después de someter la variable de Comunicación sexual con pareja sobre Métodos anticonceptivos al mismo análisis de regresión múltiple por pasos, el único predictor fue la comunicación sexual sobre VIH y otras ITS con un valor de la  $R^2$  del modelo de .096, explicando así un 09.6% de la varianza total (Tabla 16).

**Tabla 16. Predictores de Comunicación con pareja sobre Métodos Anticonceptivos.**

Variables	$R^2$	$\beta$	$t$	$p$
Comunicación sexual con pareja sobre VIH y otras ITS	.096	.309	8.974	.000

El Estilo de negociación de Equidad también fue sometido al análisis de regresión múltiple por pasos con el método de Stepwise para determinar su poder predictivo y el único predictor fue la comunicación sexual sobre aborto, con un valor de la  $R^2$  del modelo de .015, explicando así ambas variables un 01.5% de la varianza total (tabla 17).

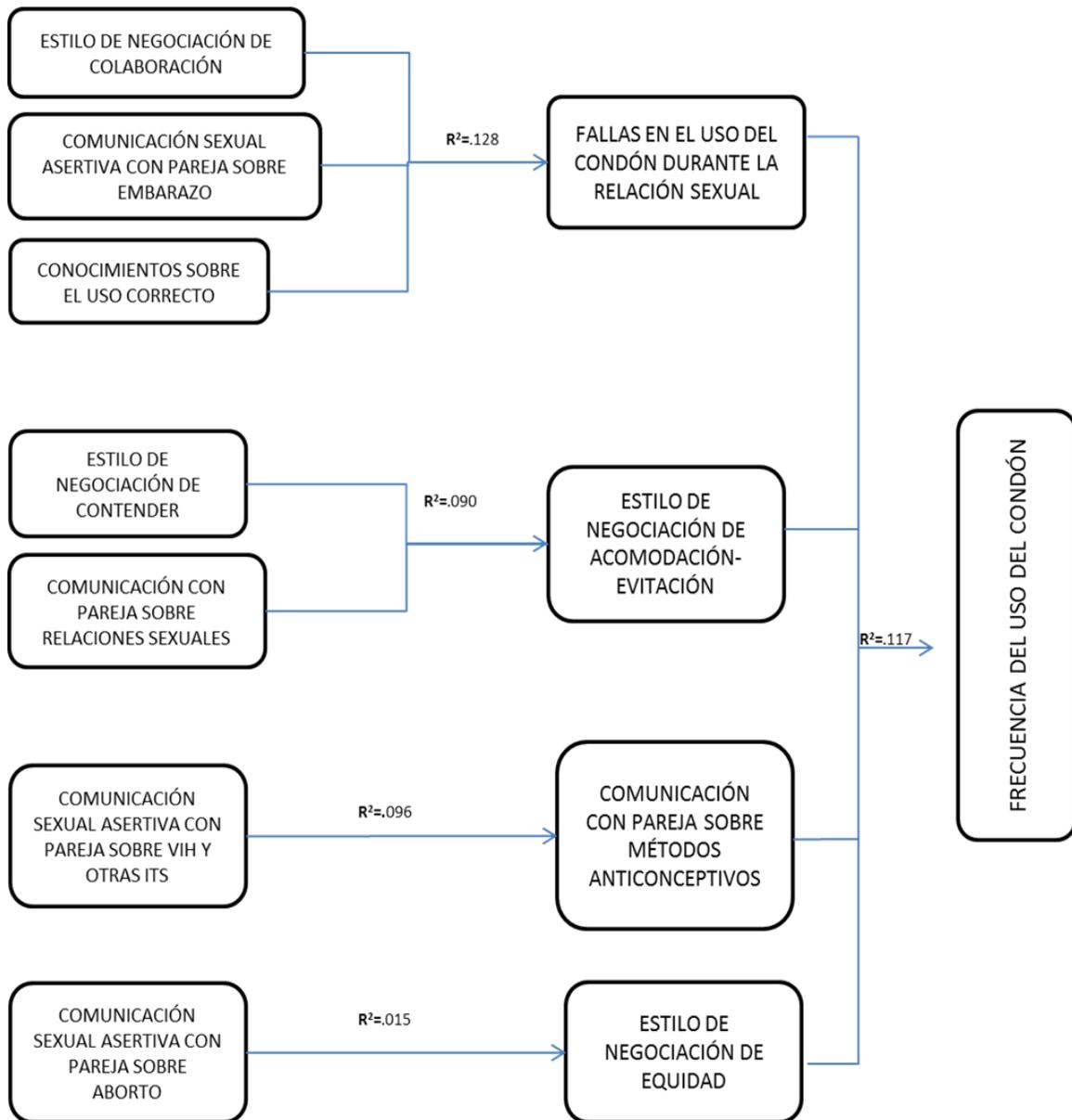


**Tabla 17. Predictores del Estilo de Negociación de Equidad.**

VARIABLES	R <sup>2</sup>	β	t	p
Comunicación sexual con pareja sobre Aborto	.015	.121	3.470	.001

Con base en lo anterior, se presentan en la figura 1, los valores de las variables predictoras para este estudio.

**Figura 1. Predictores de la frecuencia del uso del condón.**



## DISCUSIÓN

La presente investigación forma parte del proyecto titulado “Programa para reducir conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso”, el cual está financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) del 2010 al 2012, con número de registro IN307210, cuyos responsables y corresponsables son Dra. Diana Moreno Rodríguez y la Dra. Susana Robles Montijo de la FES Iztacala, UNAM, respectivamente.

El presente estudio se insertó con el objetivo de analizar la relación que existe entre las variables de conocimientos sobre el uso correcto del condón y la escala de fallas en el uso del condón, la comunicación sexual en la pareja y los estilos de negociación del uso del condón que adoptan los jóvenes para protegerse sexualmente, asimismo, poder evaluar en qué medida la comunicación sexual asertiva con la pareja es un mediador entre del resto de las variables y la frecuencia del uso del condón en sus relaciones sexuales.

La muestra se caracterizó por cumplir con los criterios de inclusión respecto al estado civil: solteros; al rango de edad: de 15 a 29 años y llevar una vida sexual activa. Participaron 852 estudiantes de primer ingreso de una universidad pública del Edo de México, de los cuales el 37.2% fueron hombres y el 62.4% mujeres, con una edad media de 18.83 años, la mayoría reportó vivir con ambos padres y tener ingresos mensuales entre los \$2000 y \$5999 pesos.

Los resultados obtenidos del patrón de conducta sexual para este estudio, señala que la edad del debut sexual fue de 16.43 para toda la muestra, de 16.02 para hombres y de 16.67 para mujeres, coincide con los resultados encontrados por Jiménez, Andrade, Betancourt y Palacios (2007), respecto a la edad del debut sexual para ambos sexos.



Con respecto a la planeación de la primera relación sexual el 53% de toda la muestra reportó haber planeado su primer encuentro sexual, siendo significativamente mayor el porcentaje de mujeres que la planearon en comparación con los hombres (59.8% y 43.7% respectivamente), datos que difieren con el estudio realizado por Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez (2008), en el cual menos de la mitad de los participantes (eran de secundaria y preparatoria) planearon su primera relación sexual.

Otro aspecto del patrón de conducta sexual en el que las mujeres obtuvieron un porcentaje mayor fue en el uso del condón en su primera relación sexual con el 76.5% en comparación con el 70.3% de los hombres, toda la muestra reportó un 73.8% del uso del condón en su primera relación sexual, comparando estos resultados con el estudio de Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez (2008), donde los participantes reportaron un 60% de uso del condón en su primera relación sexual, éstos autores encontraron que porcentajes altos en el uso del condón en la primera relación sexual se correlacionaba con la planeación de la primera relación sexual. Sin embargo, la planeación no es garantía del uso de protección en la primera relación sexual, ya que en esta investigación, el porcentaje de participantes que utilizó condón en su primera relación sexual fue mayor que el que refirió haber planeado el primer encuentro sexual, lo cual indica que hubo algunos que sin haberlo planeado utilizaron condón. El uso del condón en una conducta compleja que requiere ser repetida en el tiempo para que sea efectiva, es decir, no basta con que se haya utilizado en el primer encuentro sexual, ni siquiera que se utilice en la mayoría de los encuentros sexuales, su uso debe ser en cada uno de los encuentros sexuales para hablar de que se es consistente.

Solicitar a su pareja el uso del condón o bien utilizarlo sin necesidad de decirle a su pareja, son otros de los aspectos relacionados con el patrón de conducta sexual de los participantes, en el primero de los casos, los resultados señalan que las mujeres obtuvieron un porcentaje significativamente mayor que



los hombres (75.6% y 56.6%, respectivamente); en el segundo, el 54.3% de los hombres usaron condón sin decirle a su pareja mientras que el 62.6% de las mujeres hicieron lo mismo. Estos datos coinciden con el estudio de Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez (2008), en el cual los porcentajes de solicitar el uso del condón a la pareja son mayores que los porcentajes de la planeación de la primera relación sexual, lo que deja ver que sin importar quien proponga el uso del condón o si éste se utiliza sin necesidad de decírselo a la pareja, esto resulta más importante que la propia planeación, y podría ser un indicio de la importancia que tienen las variables conductuales de comunicación sexual asertiva con la pareja y la habilidad de negociación del uso del condón.

Ahora bien, el patrón de conducta sexual actual de los participantes de esta investigación, indica que toda la muestra tiene una media de  $M=2.97$  en el número de parejas sexuales, siendo los hombres quienes reportan más parejas en comparación con las mujeres ( $M=4.13$  y  $M=2.27$ , respectivamente), sin embargo, en la frecuencia de las relaciones sexuales y del uso del condón en los últimos tres meses, las mujeres reportaron puntajes mayores, cabe mencionar que la frecuencia en el uso del condón en toda la vida, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. Estos resultados coinciden con los reportados por Robles y Díaz-Loving (2006), donde las mujeres reportaron tener mayor frecuencia de relaciones sexuales que los hombres, sin existir diferencias por sexo en la frecuencia del uso del condón. Sin embargo, los porcentajes mayores respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales de las mujeres dejan ver que si bien, ellas tienen más relaciones sexuales que los hombres, también son las que más solicitan el condón a su pareja o bien lo utilizan sin necesidad de decírselo, lo cual podría ser un indicio de que las mujeres negocian con su pareja el uso de protección o lo exigen al momento de la relación sexual.

Los resultados correspondientes a la variable de comunicación sexual asertiva con pareja, señalan que los participantes de esta investigación se comunican más con su pareja sexual sobre temas relacionados con el embarazo,



el VIH y otras ITS y relaciones sexuales en general. Este hallazgo coincide con lo reportado por Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles (2008), donde los temas sobre los que más se comunican los participantes de dicho estudio con sus padres y pareja son embarazos, VIH y otras ITS y el condón. Los resultados de la comparación por sexo en esta investigación, reportan que en el caso de los hombres, los temas sobre los que más platican con su pareja son embarazo y relaciones sexuales, por otro lado, los temas sobre aborto y métodos anticonceptivos son los temas con los que menos se comunican.

Un hallazgo importante fue descubrir que aun cuando los participantes de esta investigación, sin importar el sexo, señalaron hablar más con su pareja sobre embarazo, VIH, ITS y relaciones sexuales en general, ellos hablan poco sobre métodos anticonceptivos, lo cual podría estar apuntando a la posible relación con el grado de conocimientos que poseen sobre el tema, en particular del uso correcto del condón, ya que como se ha señalado a lo largo de esta investigación, es el único método que previene la transmisión del VIH/SIDA, ITS y evita embarazos no deseados. Este hallazgo también podría estar apuntando a la necesidad que tienen los jóvenes de poseer la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre métodos anticonceptivos y el uso correcto del condón con su pareja, y que esto propicie la habilidad para negociar su protección sexual. Al respecto, Robles et al., (2006) mencionan que la habilidad de comunicarse con la pareja no se correlaciona con la habilidad para negociar el uso del condón, sin embargo, ésta última sí se correlaciona con la habilidad conductual para usarlo correctamente.

Al respecto, en la presente investigación, la comunicación sexual en pareja sobre embarazo, relaciones sexuales y aborto, correlacionaron positivamente con el estilo de negociación de equidad; la comunicación sexual con pareja sobre VIH e ITS, con el estilo de negociación de colaboración; y la comunicación en pareja sobre embarazo, relaciones sexuales y VIH e ITS, se correlacionó negativamente con el estilo de negociación de acomodación-evitación. Estos resultados coinciden



de alguna manera con los reportados en el estudio elaborado por Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011), dado que en dicho estudio, los participantes que se comunican con su pareja sobre temas relacionados con las ITS y las pastillas anticonceptivas son aquellos que negocian el uso del condón con un estilo de colaboración-equidad. Este hallazgo se podría interpretar partiendo de que aquellos jóvenes que están conscientes de que los temas sobre relaciones sexuales, embarazo, aborto, VIH y otras ITS, están estrechamente relacionados con su futuro como pareja y mejor aún la vida que tendrán como consecuencia de sus decisiones, adoptan el estilo de negociación de equidad en busca del cuidado mutuo de su salud sexual, de lo contrario, si negociaran con el estilo de acomodación-evitación, estarían exponiéndose a contraer alguno de los problemas de salud sexual ya que se acomodarían a lo que su pareja decida, dejando ver que la frecuencia del uso del condón sería menor.

En relación con lo mencionado anteriormente, los resultados de los estilos de negociación del uso del condón en la presente investigación, indican que los estilos de equidad y colaboración son los que más emplean los jóvenes para negociar el uso del preservativo con su pareja, seguido del estilo de contender. En ambos sexos resultó que los estilos que más utilizan son los mismos, teniendo puntajes mayores las mujeres. Un hallazgo fue que las mujeres tienden menos a utilizar el estilo de acomodación-evitación que los hombres y recurren más al estilo de contender que ellos. De acuerdo con Robles y Díaz-Loving (2006), tanto hombres como mujeres tienen un estilo de negociación de colaboración-equidad, además de que los hombres tienden más a ajustarse a lo que diga su pareja y las mujeres a imponer su punto de vista en el terreno sexual.

Otro hallazgo importante de la presente investigación, recae en la correlación existente entre la comunicación sexual sobre embarazo y VIH y otras ITS, y los conocimientos sobre el uso correcto del condón, primeramente porque el uso del condón está denominado como el único método a nivel mundial capaz de evitar el contagio por VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados, es decir, descubrir



que existe una relación entre los conocimientos del uso del condón y la habilidad conductual de comunicarse asertivamente con la pareja sexual, posibilita que las estrategias que se han dedicado a combatir los problemas de salud sexual, deban incluir estas variables en su diseño, de modo que los jóvenes posean las herramientas conductuales que les ayuden a llevar una vida sexual saludable. Esto se liga de una manera muy importante con otro de los principales hallazgos de ésta investigación, el cual hace referencia a que la comunicación sexual sobre de embarazo, VIH y otras ITS y relaciones sexuales, y su correlación negativa con las fallas en el uso del condón durante la relación sexual. En otras palabras, la combinación de estas variables conductuales podrían ser la clave para que los jóvenes actúen preventivamente en el terreno sexual, ya que entre más se comuniquen con sus parejas sobre los diversos temas que afectan su salud sexual e intercambien conocimientos, razones y argumentos sobre el uso correcto del condón, será de vital importancia para evitar cometer las fallas más frecuentes en el uso del condón durante las relaciones sexuales.

Lo anteriormente mencionado, se ve respaldado por los resultados de las correlaciones de la frecuencia en el uso del condón, con la comunicación sexual sobre temas de embarazo, VIH y otras ITS, métodos anticonceptivos y relaciones sexuales; además de existir una correlación con los estilos de negociación de colaboración y equidad de manera positiva y con el estilo de acomodación-evitación negativamente, incluyendo la correlación negativa con las fallas en el uso del condón durante la relación sexual. Con estos elementos podemos identificar la importancia que tiene la comunicación sexual asertiva en pareja como mediadora de la frecuencia del uso del condón, ya que ésta variable, en combinación con el estilo de negociación de equidad y colaboración, harán más probable que los jóvenes expresen y escuchen los conocimientos que poseen sobre el cuidado de su salud sexual, en especial sobre el uso correcto del condón, de ésta manera cometan menos fallas en el uso del preservativo durante la relación sexual.



Los predictores de la frecuencia del uso del condón en esta investigación fueron: la comunicación sexual asertiva con pareja sobre métodos anticonceptivos y el empleo de un estilo de negociación de equidad para el uso del condón; asimismo, una correlación negativa con las fallas en el uso del condón durante la relación sexual y el estilo de negociación de acomodación-evitación. La interpretación de este hallazgo tiene una estrecha implicación en el trabajo de la prevención del VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados, ya que los estudios revisados hasta este momento aportan información relevante sobre diferentes elementos que deben tomarse en consideración para comprender por qué los jóvenes presentan conductas sexuales que ponen en riesgo su salud, sin embargo, ninguno había estudiado la relación entre los factores conductuales de comunicación sexual asertiva con la pareja, los estilos de negociación del uso del condón, los conocimientos sobre el uso correcto y las fallas cometidas en el uso del condón durante la relación sexual, y si estos factores conductuales se relacionaban con la frecuencia del uso del condón. Ahora sabemos que si los jóvenes se comunican asertivamente con su pareja sexual sobre métodos anticonceptivos, especialmente sobre el condón y la forma correcta de usarlo, disminuiría la emisión de fallas en el uso del condón durante la relación sexual, aunado a que negocien el uso del condón con su pareja sexual utilizando un estilo de equidad en busca del cuidado mutuo de su salud sexual, evitando acomodarse sólo a lo que su pareja dice, esto propiciaría una frecuencia mayor del uso del condón y con ello el riesgo de contraer alguno de los problemas sexuales que se presentan en esta población.

A manera de conclusión y como se ha venido mencionando, los problemas de salud sexual pueden prevenirse evitando tener relaciones sexuales no protegidas. El uso correcto y consistente del condón ha mostrado ser la conducta más efectiva para prevenir estos problemas de salud sexual en personas que tienen una vida sexual activa. De acuerdo con Bárcena et al., (2011), la diversidad de estos factores pone de manifiesto la complejidad de las relaciones de pareja y, resulta indispensable poner atención en lo que la gente conoce sobre los



problemas que pueden afectar su salud sexual, pero también es necesario orientar los esfuerzos hacia el aprendizaje de habilidades específicas que, haga más probable que los jóvenes actúen preventivamente.

Al respecto y como una de las limitantes que tiene esta investigación, es que los indicadores de la frecuencia del uso del condón se obtuvieron por medio del autorreporte, de acuerdo con Robles et al., (2006), la información recabada no necesariamente refleja lo que los sujetos hacen, dado que algunos que dicen usar el condón de manera correcta y consistente cometen errores técnicos, los cuales los ponen en riesgo de contagiarse de VIH/SIDA e ITS, o de tener embarazos no deseados (Robles et al., 2008). Ante dicho problema, se considera importante evitar errores en los programas de prevención del VIH/SIDA y hace necesario incluir además de las medidas de autoreporte de los factores conductuales que se presentaron en esta investigación, la evaluación y el entrenamiento de la habilidad conductual para usar correctamente el condón y el conjunto de habilidades de comunicación sexual asertiva con la pareja y la negociación del preservativo a través de la observación directa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, L. B., Harada, E. & Díaz Loving, R. (2000). Factores psicosociales que determinan la intención y uso del condón en adolescentes. *La Psicología Social en México*, VII, 711-717.
- Bárcena, S., Rendón, G. y Robles, S. (2011). *Factores asociados a la conducta sexual protegida: una revisión*. En R. Díaz-Loving y S. Robles (Coord), *Salud y Sexualidad*, Asociación Mexicana de Psicología y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, (pp. 227-232). México.
- Borjas, A. (2009). *Del aborto se dicen muchas cosas*. México: Grupo de información en Reproducción Elegida, A.C. Reporte del del GIRE *Del aborto se dicen muchas cosas*. Recuperado de [http://gire.ibsaweb.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=10675&shelfbrowse\\_itemnumber=12950#shelfbrowser](http://gire.ibsaweb.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=10675&shelfbrowse_itemnumber=12950#shelfbrowser)
- Caballero H., R., Villaseñor S., A. & San Martín, A. (1997). Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre SIDA en adolescentes de México. *Revista de Salud Pública*, 31, 351-359.
- Cabrera, A., Olvera, G. y Robles, S. (2006). Entrenamiento en el uso correcto del condón y su relación con la autosuficiencia percibida para usarlo. En : R. Sánchez-Aragón, R. Díaz-Loving y S. Rivera-Aragón (editores), *La Psicología Social en México*, XI, Tomo 1 Capítulo 27, 205-211, México, AMEPSO, UJAT, UNAM.
- Casanova, G & Méndez, Y. (2008). *Infecciones de transmisión sexual ITS. Formación sanitaria*. México: Alfil.
- Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *Hoja informativa: clamidia*. (2013a). Reporte del CDC Hoja informativa: clamidia. Recuperado de <http://www.cdc.gov/std/spanish/clamidia/default.htm>

Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *Hoja informativa: gonorrea*. (2013b). Reporte del CDC Hoja informativa: gonorrea. Recuperado de <http://www.cdc.gov/std/spanish/gonorrea/default.htm>

Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *Hoja informativa: herpes*. (2013c). Reporte del CDC Hoja informativa: herpes. Recuperado de <http://www.cdc.gov/STD/Spanish/herpes/default.htm>

Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *Hoja informativa: tricomoniasis*. (2013d). Reporte del CDC Hoja informativa: tricomoniasis. Recuperado de <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-trichomoniasis-s.htm>

Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *Hoja informativa: vaginosis bacteriana*. (2013e). Reporte del CDC Hoja informativa: vaginosis. Recuperado de <http://www.cdc.gov/std/spanish/vb/default.htm>

Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *Hoja informativa: VIH*. (2013f). Reporte del CDC Hoja informativa: VIH. Recuperado de <http://www.cdc.gov/std/spanish/vih/default.htm>

Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *Hoja informativa: VPH*. (2013g). Reporte del CDC Hoja informativa: VPH. Recuperado de <http://www.cdc.gov/std/Spanish/STDFact-HPV-s.htm>

Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *Hoja informativa: sífilis*. (2013h). Reporte del CDC Hoja informativa: sífilis. Recuperado de <http://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/default.htm>

Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), *25 Años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2009). Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>

Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), *Medidas de prevención información básica* (2010). Reporte de CENSIDA

- Medidas de prevención información básica. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/medidas.html>
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), *Guía de prevención diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud* (2011). Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia\\_prevencion\\_diagnostico\\_ITS-FEB13CS4.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_prevencion_diagnostico_ITS-FEB13CS4.pdf)
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), *Programa de acción específico en respuesta al VIH/SIDA e ITS* (2012). Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ProgAc2007-2012.pdf>
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Condón (2013a). Reporte de CENSIDA Condón. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), *Formas de trasmisión del VIH* (2013b). Reporte de CENSIDA Formas de trasmisión del VIH. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/inforbasica.html>
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), *Pruebas de detección* (2013c). Reporte de CENSIDA Pruebas de detección. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/pruebadelsida.html>
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA (2013d). Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_CIERRE\\_2013.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2013.pdf)[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_CIERRE\\_2013.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2013.pdf)
- Clínica del Papiloma (2014). Papiloma Humano. Recuperado de <http://www.clinicadelpapiloma.com/?gclid=COv645Gx174CFTQQ7Aod>

- Condon.pon (2014). Condomes. Recuperado de <http://condon.pon>
- Condonia (2014). Condomes. Recuperado de <http://condonia>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Principales indicadores de salud reproductiva* (2009). Reporte de CONAPO Principales indicadores de salud reproductiva. Recuperado de [http://www.portal.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=455&Itemid=15](http://www.portal.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=455&Itemid=15)
- 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.
- 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, C. y Uribe, P. (1995). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. *SIDA-ETS, 1*(1), 11-19.
- 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* (2), 149-158.
- Díaz-Loving, R. y Sánchez Aragón, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (2000). Negociando y comunicando en pareja: relación entre estilos de comunicación y estilos de negociación. *La Psicología Social en México* (8), 32-38.
- Díaz-Sánchez, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México, 139* (1), 23-28.
- Durex.com (2014). Condomes. Recuperado de <http://www.durex.com/es-lat/pages/default.aspx>

- Enríquez, D. y Sánchez, R. (2004). Análisis exploratorios 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.
- Enríquez, D., Medina, R., y Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1), 81-98.
- 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 risks 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, G. M., & Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el optimo manejo de las relaciones interpersonales*, México: UADY-Porrúa.
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y parejas y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. *La psicología social en México*, 12, 227-232
- García, D., García, M., Ballesteros, B. M. y Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Universitas psychologica*, 2 (2), 199-214.
- Gayet, C. y Valencia, J. (2009). Adolescentes, sexualidad y VIH/SIDA. En: C. Magis y H. Barrientos (Eds.). VIH/SIDA Y SALUD PÚBLICA. Manual para el personal de salud (161-168). México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. 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), 632-640.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Concepción o elección del diseño de investigación. En Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (Eds.), *Metodología de la investigación* (pp. 157-231). México: Mc Graw Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Análisis de los datos cuantitativos. En Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (Eds.), *Metodología de la investigación* (pp. 407-498). México: Mc Graw Hill.

Huichinson, M. K. (2002). The influence of sex sexual risk communication between parents and daughters on sexual risk behaviors. *Family Relations*, 52, 238-247.

Instituto Mexicano del Seguro Social, (2012). Nota informativa. Recuperado de <http://www.elarsenal.net/2012/01/01/afectaria-herpes-genital-a-4-5-millones-de-mexicanos-imss/>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), *México en cifras* (2010). Reporte de INEGI México en cifras. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), *Estadísticas a propósito del día mundial de la juventud* (2012). Reporte de INEGI Estadísticas a propósito del día mundial de la juventud. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/juventud7.pdf>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), *Estadísticas a propósito del día de la madre* (2013). Reporte de INEGI Estadísticas a propósito del día de la madre. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/madre0.pdf>

- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15, (1), pp. 107-129
- Jiménez, S., Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9 (2), 147-162.
- Kaplan, D. W., Feinstein, R. A., Fisher, M. M., Klein, J. D. et al. (2001). *Condom use by adolescents*. *Pediatrics*, 107 (6), 1463-1469.
- Laboratorio Médico Chopo. Recuperado de <http://chopo.com.mx/>
- Laboratorio Médico Polanco. Recuperado de <http://www.lmpolanco.com/>
- Laboratorios Jenner. Recuperado de <http://www.laboratoriojenner.com.mx/>
- Lara, L., Cianelli, R., Ferrer, L., Bernales, M., & Villegas, N. (2008). Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horiz Enferm*, 19(2): 35–43.
- Lehr, S. T., Demi, A. S., Dilorio C., & Facticeau (2005). Predictors of fathers-son communication about sexuality. *The Journal of Sex Research*, 42,(2), 119-129.
- Levinger, G. y P. Pietromonaco (1989), Conflict Style Inventory, manuscrito no publicado, Universidad de Massachusetts, Amherst.
- Leyva, V., Berroa, A., Negrete, D. & García, J. (2002). Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. *Revista Cubana Enfermer*, 18 (2), 107-11.
- Martínez, A., Villaseñor, M. y Celis (2002). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista médica del IMSS*, 40 (1), 35-41.
- Martínez-Donate, A.P., Hovell, M.F., Blumberg, E.J., Zellner, J.A., Sipan, C.L., Shillington, A.M. & Carri-zosa, 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.

Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Fías, B. y Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso del condón desde el análisis contingencia. *Psicología y Salud*, 18(2), 207-225.

National Institute on Deafness and Other Communication (NIDCD), *Recurrent Respiratory Papillomatosis or Laryngeal Papillomatosis NIDCD Information Clearinghouse* (2012). Reporte del NIDCD *Recurrent Respiratory Papillomatosis or Laryngeal Papillomatosis NIDCD Information Clearinghouse*. Recuperado de <http://geosalud.com/VPH/papilomatosis-laringea.html>

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.

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.

Noboa, P. y Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención del VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 21-43.

Noland, C. (2008). "Macho Men Don't Communicate": The Role of Communication in HIV Prevention. *Journal of Men's Studies*, 16(1), 18-31.

One condoms.com (2014). Condones. Recuperado de <http://www.onecondoms.com/index.php>

Organización Internacional de Estandarización (ISO), ISO para preservativos (2002). Guía de ISO para preservativos. Recuperado de <http://www.isotools.org/2013/05/31/iso-4074-para-preservativos/>

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Definición de salud sexual* (2002). Recuperado de [http://www.sexarchive.info/ECS5/definicion\\_4.html](http://www.sexarchive.info/ECS5/definicion_4.html)

- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estadísticas de ITS* (2009). Reporte de la OMS Estadísticas de ITS Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/sexually\\_transmitted\\_diseases/facts/es/index4.html](http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/es/index4.html)
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Infecciones de transmisión sexual* (2011). Reporte de la OMS Infecciones de transmisión sexual. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *VIH/SIDA* (2013). Reporte de la OMS VIH/SIDA. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Organización Mundial de la Salud, (2008). Nota informativa. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/543104.html>
- Peralta, C. y Rodríguez, M. (2007) Relación del uso del condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y Salud*, 17(2), 179-189.
- Pérez, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.
- Piña, A. (2004). Predictores psicológicos de conductas de riesgo para la infección por VIH en estudiantes universitarios. *Psicología Social en México*, X, 447-452.
- Piña, J. A. y Urquidi, L. (2006). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 227-236
- Piña, J. y Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: Su prevención con base en un modelo psicológico de la salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 71-83.
- Portal SIDA (2013). Tipos de condones. Recuperado de <http://Portalsida.org>
- Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), Laboratorio PROEFECO reporta (2006). Recuperado de [http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est\\_06/condones-nov06.pdf](http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_06/condones-nov06.pdf)

- Robles, S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: Programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA*. Tesis de doctorado no publicada. México: UNAM.
- Robles, S. (en prensa). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista puertorriqueña de psicología*.
- Robles, S. y DíazLoving, R. (2008). Determinantes del uso de condón con pareja regular y pareja ocasional en adolescentes. En: S. Rivera Aragón, R. DíazLoving, R. SánchezAragón e I. ReyesLagunes (eds.) *La Psicología Social en México*, Vol. XII, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, pp. 299-305.
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2011). Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS). México: FES Iztacala, UNAM.
- Robles, S. y Díaz-Loving, S. (2006). Estilos de Negociación Vinculados con el Uso del Condón. *XI Congreso Mexicano de Psicología Social, A.M.E.P.S.O.* Universidad Autónoma de Tabasco, 882-889.
- 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. (2007). *Psicología y Salud Sexual*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Robles, S., Barroso, R., Frías, B., Rodríguez, M. L., Moreno, D., Díaz González, E. y Rodríguez, M. (2004). Factores conductuales relacionados con la autoeficacia para usar correctamente un condón. *La psicología social en México*, X, 439-446.
- Robles, S., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez-Cervantes, M., Barroso, R. y Rodríguez-Campuzano, M. (2010). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2006a). Programa de intervención para prevenir problemas de salud sexual en universitarios. En: R. Sánchez-Aragón, R. Díaz-Loving y S. Rivera-Aragón (editores), *La*

- Psicología Social en México, XI, Tomo 1, Capítulo 32, 241-248, México, AMEPSO, UJAT, UNAM.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Díaz-González, E., Rodríguez, M.L y Hernández, M.R. (2006b). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de psicología*, 22(1), 60-71.
- Robles, S., Piña, J. A., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Moreno, D. (2006c). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente del condón en estudiantes universitarios. *Psicología y salud*, 16 (1), 71-78.
- Robles, S., Piña, J. y Moreno, D. (2006d) Determinantes del uso inconsistente de condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22(2), 200-204.
- Robles, S., Piña, J., B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Moreno, D. (2006e). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16(1), 71-78.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B. y Barroso, R. (2008). Problemas y alternativas en las medidas del uso de condón. En: S. Robles y Díaz-Loving (Eds.) *Psicología y Salud Sexual (19-30)*. México: UNAM, Iztacala.
- Rodríguez, M., Barroso, R. Frías, B., Moreno, D. y Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19(1), 103-109.
- Roth, E. (1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.
- Sánchez, R. (2000). Efectos de los Estilos de Comunicación en las Conductas de Pareja. *La Psicología Social en México*, 8, 94-101.
- Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. *Anales de psicología*, 19 (2), 257 – 277.
- Sander, S., Graham, C., Yarber, W. y Crosby, R. (2003). Condom use errors and problems among young women who put condom on their male partners. *Journal of the American Medical Women's Association*, 58(2), 95-98.

SICO.com (2014). Condones. Recuperado de <http://www.sico.com.mx/http://www.sico.com.mx/>

SIDA-AIDS (2013). Tipos de condones. Recuperado de <http://news.sida-aids.org/tipos-de-condones>

Spruyt, A., Steiner, M.J., Joanis, C., Glover, L.H., Piedrahita, C., Alvarado, G. *et al.* (1998). Identifying con-dom users at risk for breakage and slippage: findings from three international sites. *American Journal of Public Health*, 88(2), 239-244.

SSDF, (2010), *Campaña de vacunación contra el virus del papiloma humano*. Recuperado de [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com\\_content&task=view&id=158](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=158)

Trojan.com (2014). Condones. Recuperado de <http://trojan.com.mx/http://trojan.com.mx/>

Tulloch, H.E., McCaul, K.D., Miltenberger R.G & Smith J.M. (2004). Partner Communication Skills and Condom Use Among College Couples. *Journal of American Collage Health*, 52(6), 263-267.

U.S. Food and Drug Administration (FDA), Condom (2013). Reporte del FDA Condom. Recuperado de [http://www.portalsida.org/repos/condom\[1\].pdf](http://www.portalsida.org/repos/condom[1].pdf)