Psicología y Salud
Universidad Veracruzana
rbulle@uv.mx.
ISSN (Versión impresa): 1405-1109
MÉXICO

2007
Claudia Edith Peralta García / María de Lourdes Rodríguez Campuzano
RELACIÓN DEL USO DE CONDÓN CON FACTORES DISPOSICIONALES Y MEDIACIONALES EN ADOLESCENTES
Psicología y Salud, julio-diciembre, año/vol. 17, número 002
Universidad Veracruzana
Xalapa, México
pp. 179-189

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

http://redalyc.uaemex.mx

Relación del uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes

Relationship between condom use and dispositional and mediational factors in adolescents

Claudia Edith Peralta García y María de Lourdes Rodríguez Campuzano[1]

RESUMEN

Se aplicó un instrumento a una muestra de 141 adolescentes sexualmente activos para evaluar la relación entre tres grupos de variables: consistencia en el uso del condón en los tres meses anteriores, factores disposicionales situacionales, mediación o regulación del uso de condón por el propio participante o por su pareja sexual, criterios para el uso de condón en un nivel extrasituacional y niveles de comportamiento en el grupo inconsistente. Los resultados mostraron que no hay relación entre la consistencia en el uso de condón y los factores disposicionales o mediacionales; sin embargo, se encontraron puntuaciones promedio que sugieren la importancia de algunos de estos elementos, así como algunas correlaciones interesantes. Se halló también que el criterio preventivo más determinante fue el de salud. Los resultados se analizan considerando sus implicaciones para el diseño de un programa de prevención.

Palabras clave: Uso del condón; VIH/sida; Factores disposicionales situacionales; Criterios extrasituacionales.

ABSTRACT

An instrument was applied to 141 sexually active students to measure the relationship among three groups of variables: consistent use of condom in the three previous months, situational dispositional factors, mediation of the use of condom by the own person or by a sexual partner, extra-situational criteria for the use of condom, and behavioral levels for the inconsistent group. Results showed no relationship between dispositional factors or mediating behavior and consistency, but there were some measures and other type of correlations that suggest the importance of some of these variables. It was also found that extra-situational health criteria were strongly related with the use of condom. These results are discussed on the basis of the design of prevention programs.

Key words: Condom use; HIV/AIDS; Situational dispositional factors; Extra-situational criteria.

En el año 2006 se registraron en México 1,746 casos de personas vivas infectadas de VIH/sida (98%). El predominio ocurre entre las mujeres y hombres en edad reproductiva, que equivale a 78.7% de la población infectada, según el CONASIDA (2006). La vía de transmisión primordial es el contacto sexual, pues datos de este organismo muestran que 92.3% de los casos son diagnosticados por esta

[1] Facultad Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. De los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-12-11, correos electrónicos: claudia_peraltaeg@yahoo.com.mx y carmayu5@yahoo.com.
Artículo recibido el 9 de mayo y aceptado el 13 de julio de 2007.

vía. A pesar del esfuerzo de las diversas disciplinas para disminuir la propagación del VIH/sida, no se ha podido encontrar cura; en el campo de la psicología se han llevado a cabo numerosos estudios que han evaluado, entre otros factores, la ingesta de alcohol y otras drogas, encontrándose que dichas sustancias tienen una gran influencia en los comportamientos de riesgo, pues la mayoría de quienes las consumen consideran que les ayudan socialmente a desinhibirse con el sexo opuesto, o les sirve como relajante y como estimulante sexual o afrodisíaco; se ha encontrado que quienes acceden fácilmente a tener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol son los hombres, aunque debe mencionarse que la diferencia con respecto de las mujeres no ha sido significativa (Aarons, Jenkins, Raine y cols., 2000; Friedman, Chapman, Perlis y cols., 1999; Fritz, Woelk, Bassett y cols., 2002; Kirby, Lepore y Ryan, 2005; Mature, McFarland, Fritz y cols., 2002; Planes, 1994; Vilariño, Torrico, López y Revilla, 2003). Se ha estudiado asimismo la influencia que tiene la pareja, hallándose que es más frecuente que las personas usen condón con parejas eventuales que con la estable, y también que las personas tienden a no usar condón en las relaciones sexuales cuando la implicación emocional es alta, pues consideran que el no usarlo es muestra de confianza y lealtad (Fishbein, Hennessy, Yzer y Curtis, 2004; Fishbein y Jarvis, 2000; Ford, Shon y Lepkowski, 2001; Páez, Mayordomo e Igartúa, 2001). Con respecto a la influencia de los amigos –de quienes se menciona que cumplen un papel importante en la información y tabúes que se transmiten torno a la sexualidad–, numerosos estudios han mostrado que los adolescentes prefieren obtener información de sus iguales que de un experto o un adulto ya que se sienten con más confianza. Se dice que la emisión de conductas de riesgo dentro de un grupo de adolescentes es valorado socialmente, les da estatus dentro de su grupo y que en grupos de hombres existe más presión del grupo para tener relaciones sexuales (Martín y Reyes, 2003; Quiñones, 2000; Tarzona, 2005a; Werner-Wilson, 1995; Werner-Wilson y Vosburg, 1996). Otra variable que se ha estudiado es la excitación; se señala que debido a los cambios fisiológicos que los adolescentes experimentan durante este periodo, no saben cómo posponer el deseo sexual, y además tienen un control deficiente en cuanto a sus sensaciones físicas y emocionales, lo que los lleva, en la mayoría de las ocasiones, a emitir conductas riesgosas (Kirby y cols., 2005; Raguz, 1999; Tarzona, 2005b).

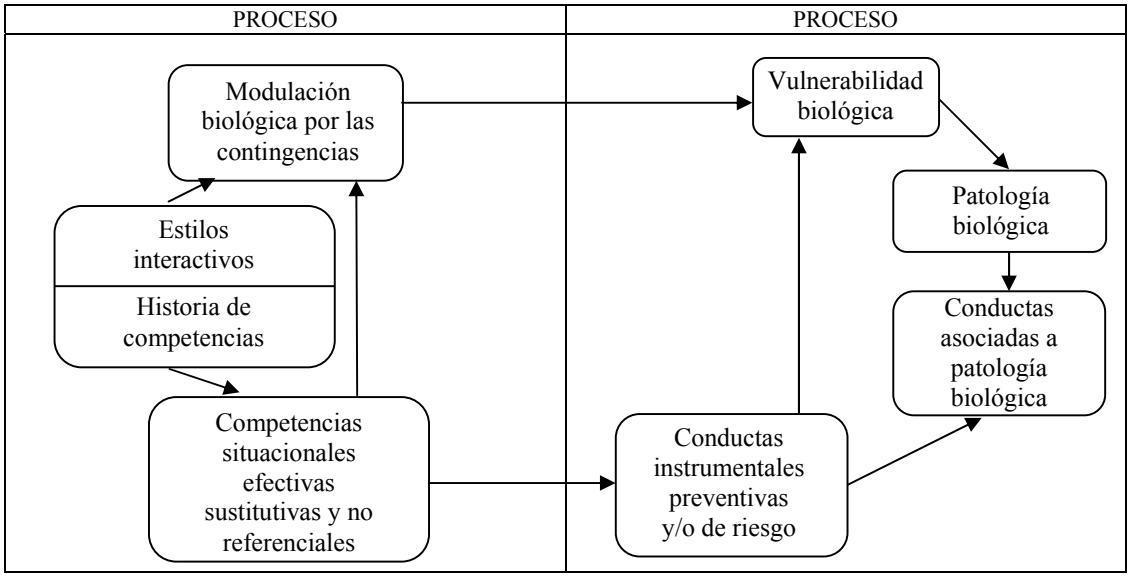
Una de las características compartidas por estas investigaciones es que la mayoría de sus autores proponen el uso correcto y consistente del condón para prevenir el contagio del VIH/sida u otra infección de transmisión sexual; sin embargo, una posible limitante de dichos estudios es que, por un lado, han evaluado el fenómeno atribuyéndolo a una o más variables que se estudian de manera independiente, y, por otro, la aproximación teórica con que se ha abordado es dualista, es decir, atribuye la explicación a procesos cognoscitivos, inconscientes o mentales. Una manera naturalista la proporciona el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes (1990), cuya metodología es el análisis contingencial. Dicho modelo escapa a las explicaciones dualistas y causalistas al plantear categorías que permiten entender las prácticas sexuales de riesgo y preventivas como resultado de un proceso psicológico, pertinente a la salud, que se origina en la historia de cada persona. Para su análisis, el modelo plantea la necesidad de considerar categorías que den cuenta tanto de ocurrencias (estadísticamente nombradas como variables) como de disposiciones (tendencias, competencias y factores situacionales del contexto y de la historia de cada persona), en términos tales que la explicación del comportamiento de estudio recae en un análisis individual de las relaciones de condicionalidad que se establecen entre las acciones de cada persona y los diversos elementos de la situación con la que se relaciona. Lo anterior establece un modo de abordar el fenómeno que posibilita el estudio de la participación diferencial de diversas variables y disposiciones en la explicación del comportamiento sexual de las personas.

Aunque no es finalidad de este estudio describir el citado modelo ni tampoco el análisis contingencial, se explicarán brevemente algunas de las categorías sólo pertinentes al estudio que se presenta (Ribes, 1990; Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986).

El modelo psicológico de la salud biológica

El modelo psicológico de la salud biológica fue propuesto por Ribes (1990) con base en una perspectiva interconductual (Kantor, 1967; Ribes y López, 1985). Se presenta como un eje vinculador entre las dimensiones biomédica y sociocultural para abordar el binomio salud- enfermedad. En este modelo se plantea que la dimensión psicológica de la salud es el comportamiento en tanto que media los efectos del ambiente sobre el organismo. El modelo se compone de seis elementos clasificados en dos categorías: proceso y resultantes; la primera está compuesta por la relación entre estilos interactivos e historia de competencias, que a su vez influyen en las competencias presentes (capacidades interactivas) que regulan la reactividad biológica; la segunda comprende a los resultantes obtenidos de la interacción de los componentes del proceso: conductas instrumentales de riesgo y prevención que afectan la vulnerabilidad biológica e influyen más directamente sobre la aparición o no de una enfermedad, así como conductas asociadas a ésta (Figura 1).

Figura 1. Elementos del modelo psicológico de la salud biológica (Fuente: Ribes, 1990).



Uno de los factores relevantes del modelo de salud para abordar el estudio de la prevención del VIH/sida es el de las *competencias presentes*, las cuales aluden a "una colección de ocurrencias simultáneas o sucesivas que se presentan ante una situación que incluye criterios de logro. Debe aclarase que el concepto de competencia no equivale al concepto de habilidad, ni tampoco hace referencia a una forma concreta de comportamiento, sino que designa un conjunto de habilidades en potencia, y es por ello que el término se emplea en función de la historia de un individuo" (Ribes, 1990, p. 47). "Competencia", pues, se refiere a la capacidad del individuo para resolver de manera efectiva una situación determinada, de acuerdo al modo en que ha resuelto otras parecidas. Se puede decir que un individuo posee más competencias cuando ha interactuado de manera efectiva con una mayor diversidad de situaciones, es decir, cuando tiene un amplio repertorio experiencial. La historia del individuo es un elemento disposicional para interactuar de determinada manera en una situación específica; esto es, su experiencia puede facilitar o interferir con la emisión de ciertas conductas en situaciones específicas, aunque nunca podrá ser determinante para que responda en cierta situación.

Afirman Díaz-González, Rodríguez, Moreno y cols. (2005):

> Identificar competencias en el contexto de salud equivale a analizar un conjunto de conductas instrumentales, las que se definen como acciones concretas de riesgo o prevención de la salud y que en el modelo de salud se ubican en la parte de resultantes. La presentación de diversas conductas instrumentales preventivas indica episodios de capacidad, y la de conductas instrumentales de riesgo, de incapacidad o incompetencia. Se podrá entonces hablar de competencia en la medida en la que un individuo presente una colección simultánea o sucesiva de conductas instrumentales preventivas, y de incompetencia cuando presente una colección de conductas instrumentales de riesgo. Las competencias o capacidades de un individuo, en términos de información, experiencia o disciplina para el cuidado de su salud, hacen más probable, a su vez, que dicho individuo presente conductas instrumentales preventivas, fungiendo las competencias presentes como disposiciones que facilitan tales conductas instrumentales (p. 7).

Según el modelo interconductual desarrollado por Ribes y López (1985), el comportamiento corresponde a diversos procesos de complejidad funcional que se identifican y explican en una taxonomía del comportamiento; en las competencias también pueden identificarse diversos grados de complejidad. Ribes (1990) delimita cuatro niveles funcionales que corresponden a los niveles de su taxonomía:

1. *Situacional no instrumental*. En este nivel el individuo solamente responde a los elementos presentes en el aquí y ahora de una situación, sin alterar sus propiedades funcionales; por decirlo de alguna manera, "reacciona" a una o más características del ambiente. Los comportamientos de atención, percepción o seguimiento de instrucciones constituyen algunos ejemplos. En el caso del comportamiento sexual, un ejemplo sería reaccionar a la estimulación sexual, esto es, "dejarse llevar por el momento".
2. *Situacional instrumental*. El individuo se comporta también ligado funcionalmente a los elementos presentes en el aquí y el ahora, aunque alterando propiedades funcionales del ambiente (comportamiento de otros, circunstancias, o características del medio). Este nivel permite explicar en general una serie de comportamientos, como dar una instrucción a otro, rehusarse a hacer algo que se le solicita o decorar un sitio. Con respecto al comportamiento sexual, un ejemplo sería el tomar la iniciativa para una relación.
3. *Extrasituacional*. Aquí el individuo que se comporta se desliga funcionalmente de las condiciones presentes en forma concreta en una situación. La persona no responde en función de lo que ocurre en la situación que está viviendo sino de lo que ha vivido en otras situaciones; es decir, responde *como si* estuviera en otra situación. Así, puede responder a situaciones en las que se han dado instrucciones específicas, en las que se han explicitado criterios morales o valorativos para el comportamiento, o en las que se ha obtenido información. Planear algo, negarse a una solicitud en función de las creencias o valores morales o ponerse a dieta por cuidar su salud son ejemplos de este nivel. Para el caso del comportamiento sexual, un ejemplo puede ser el de una chica que usa el condón en cada uno de sus contactos sexogenitales en respuesta a la información que tiene sobre los beneficios de su uso.
4. *Transituacional*. Como en el caso anterior, una característica importante de este tipo de procesos es que existe una desvinculación o desligamiento total del comportamiento del individuo con respecto de situaciones específicas. La persona no responde con base en lo que ocurre en la situación sino *en lo que cree* con respecto de ella. Este responder está basado en un sistema puramente convencional que puede estar representado por teorías, filosofías de vida o sistemas de creencias. Ejemplos de este tipo de comportamiento son el de un matemático cuando trabaja con el lenguaje de los números, o el de un musulmán cuyas creencias religiosas transforman cada acto de su vida. Para el comportamiento sexual, un ejemplo sería el de la abstinencia basada en preceptos religiosos.

Los niveles funcionales de las competencias se identifican en conductas instrumentales específicas. Éstas, como se había mencionado, pueden ser de riesgo o prevención. Las prácticas sexuales de riesgo pueden corresponder a distintos niveles de aptitud funcional. Cuando las personas siguen instrucciones de una pareja sexual, se dejan llevar por su grado de excitación, por la influencia de alcohol o drogas o por lo propicio que resulta cierto lugar, y tienen relaciones sexuales sin protección y responden en un nivel funcional situacional no instrumental o situacional instrumental cuando toman la iniciativa. Si inician una relación sexual riesgosa porque creen, por ejemplo, que no les ocurrirá nada desfavorable, su comportamiento sexual es de naturaleza extrasituacional.

Por otro lado, las conductas instrumentales sexuales preventivas también pueden ubicarse en distintos niveles funcionales. Si la persona usa protección siguiendo una instrucción de su pareja, su comportamiento corresponde a un nivel situacional instrumental, y en aquellos individuos que tienen capacidad para decidir el uso de protección, los niveles funcionales que se identifican son el extrasituacional o el transituacional. Una persona que emplea condón en sus relaciones sexuales por propia iniciativa no se deja llevar por el momento o por la situación que está viviendo, sino que responde a sus creencias, información o experiencias previas; es decir, se desliga de los elementos presentes de forma concreta en la situación.

El comportamiento sexual preventivo extrasituacional y transtituacional se presenta regularmente mediado por tres criterios: moral, social o de salud. El primero se refiere a la valoración que el individuo hace en cuanto a una conducta o una situación con criterios que tienen que ver con la explicitación que en otras situaciones se ha hecho de lo que debe y no debe ser; el segundo hace referencia al contexto sociocultural en términos de prácticas y costumbres del grupo de referencia y las expectativas acerca del comportamiento sexual; por último, el tercero alude a la información que tiene el individuo acerca de las consecuencias biológicas que puede implicar el no usar condón.

Las competencias funcionales se estudian a partir de las conductas instrumentales, y la metodología que se emplea para ello es el análisis contingencial (Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003).

Análisis contingencial

El análisis contingencial incluye, en su sistema microcontingencial, tres categorías pertinentes a este estudio: morfologías de conducta, factores disposicionales situacionales y conducta de otras personas; dichas categorías permiten estudiar todos aquellos factores que se han identificado en la literatura como variables pertinentes a la prevención del VIH/sida, como elementos de interacciones que, si implican logros o resultados, se aglutinan bajo un solo constructo: *competencia* (Ribes y cols., 1986; Rodríguez, 2002).

Las morfologías de conducta comprenden a las acciones de una persona al relacionarse sexualmente con otra (por ejemplo, usar condón). Las situaciones se refieren al conjunto de características físicas y sociales del individuo y del ambiente, de carácter disposicional, que conforman el contexto en que ocurre la interacción sexual; estas incluyen la circunstancia social, el lugar, las conductas socialmente esperadas, las capacidades para llevar a cabo lo socialmente esperado, las propensiones, inclinaciones y tendencias. En el comportamiento de otras personas se identifica el papel funcional del comportamiento de aquellos con los que se relaciona el individuo. Para el caso que nos ocupa, las funciones más relevantes son las de mediador y mediado; la primera hace referencia al comportamiento que estructura y determina la forma de la interacción sexual, y la segunda al comportamiento que es determinado por el primero (Rodríguez, 2002).

Con base en este sustento teórico-metodológico, se han realizado algunos estudios que evalúan el comportamiento relacionado con la ocurrencia del VIH/sida (Díaz-González y cols., 2003; Piña, 2004; Piña y Robles, 2005; Robles y Moreno, 2000; Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz-González, 2000); sin embargo, falta aún mucho por investigar desde esta perspectiva. Por ello, este trabajo tuvo como objetivo evaluar la relación entre factores disposicionales situacionales y la mediación del comportamiento sexual por otras personas y por el propio participante, con el uso consis-

tente del condón en dos grupos de adolescentes, quienes lo usan consistente o inconsistentemente.

MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio descriptivo de tipo transversal (Hernández, Collado y Baptista, 2003) 587 adolescentes de ambos sexos, estudiantes de secundaria y bachillerato de cuatro instituciones escolares públicas (dos secundarias y dos escuelas de nivel medio superior), ubicadas en los municipios de Tlalnepantla y Azcapotzalco (México), elegidos a través de un muestreo por cuota (Coolican, 1994). De esta población, se tomó una muestra de 141 adolescentes sexualmente activos, de los cuales 59% fueron hombres y 41% mujeres. Las edades de los participantes estuvieron entre los 12 y 19 años. De los 141 participantes se seleccionaron solamente a aquellos que empleaban condón en sus relaciones sexuales (78) y se asignaron a dos grupos: consistentes e inconsistentes en el uso del condón.

Variables

Se tomaron como variables las siguientes: *1)* consistencia en el uso del condón, medida por medio de tres reactivos: uso de condón en los últimos tres meses, frecuencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses y frecuencia del uso de condón en los últimos tres meses; *2)* factores disposicionales situacionales: lugares, conductas socialmente esperadas, inclinaciones y propensiones; *3)* comportamiento mediador de la práctica sexual: propio (decisión personal para usar o no usar condón), de la pareja estable y de la pareja eventual; *4)* criterios extrasituacionales en conducta preventiva (de salud, moral y social), y *5)* niveles de aptitud funcional en las conductas de riesgo (nivel situacional instrumental, extrasituacional y situacional no instrumental).

Instrumento

Se utilizó un cuestionario autoaplicable que consta de ocho constructos (datos demográficos, conocimientos, creencias, actitudes, comportamiento sexual, relaciones de pareja, estilos de negociación y competencias). El primero se conforma con cinco reactivos referentes a los datos demográficos; el segundo comprende 43 reactivos que evalúan la información que la persona posee referente al VIH/sida; el tercero se compone de 22 reactivos alusivos a las creencias que los individuos tienen acerca del VIH/sida; el cuarto contiene diez reactivos que hacen referencia a las actitudes que la persona tiene respecto de su sexualidad; el quinto se compone de 42 reactivos para evaluar diversos tópicos relacionados con la sexualidad del individuo; para evaluar el tipo de relación de pareja, se incluyen 51 reactivos; los siguientes 29 reactivos, que pertenecen al séptimo constructo, evalúan el tipo de estilos de negociación que la persona establece con su pareja; finalmente, el octavo constructo evalúa competencias. Esta parte del instrumento es la que se empleó para llevar a cabo la presente investigación. Se conforma por cuatro partes; la primera y la tercera de ellas contienen once reactivos, y la segunda y cuarta partes se forman por tres reactivos, dando un total de 28 reactivos referentes a comportamientos instrumentales, es decir, uso o no uso de condón ante diferentes situaciones de oportunidad sexual. Los reactivos evalúan las variables de interés a través de diversas situaciones cuyas opciones de respuesta van de "muy importante" a "nada importante". Se evaluaron los factores disposicionales situacionales de lugar: conducta socialmente esperada, condiciones biológicas –como el grado de excitación o la ingesta de alcohol y drogas–, condiciones emocionales como la euforia, la tristeza o la ira (por ejemplo, "Cuando he usado condón al tener relaciones sexuales en un lugar específico es porque el lugar ha sido…"); factores mediacionales, específicamente quién estructura o determina la forma en que ocurre el encuentro sexual (por ejemplo, "Cuando he usado condón la decisión de mi pareja estable ha sido…"); algunos criterios extrasituacionales para el uso del condón: de salud, morales y sociales, en donde las opciones de respuesta tienen recorrido de "totalmente determinantes" a "nada determinantes" (por ejemplo, "Mis valores morales para utilizar condón han sido…")[2]; los niveles de aptitud funcional en los

[2] Estos últimos reactivos fueron contestados sólo por el grupo que reportó usar el condón.

participantes que reportaron no usar condón: situacional no instrumental (seguimiento de instrucciones), situacional instrumental (respuesta vinculada al aquí y ahora de la situación de encuentro sexual), y extrasituacional (respuesta mediada por información, experiencias previas o creencias) (por ejemplo, "No he usado condón por creer que no me va a pasar nada [como enfermedades o embarazos] y esto ha sido…").

Procedimiento

Se capacitó a veinte jóvenes para aplicar los cuestionarios. Se les indicó que su permanencia durante el proceso de llenado del cuestionario era fundamental. Luego, se formaron grupos de cinco aplicadores y a cada grupo le fue asignada una institución para llevar a cabo el estudio.

Una vez que cada grupo realizó las citas con las instituciones correspondientes, las autoras se presentaron ante el grupo de estudiantes y sólo una de ellas fue asignada para explicar el objetivo del estudio y dar instrucciones en todos los grados escolares. A los estudiantes se les solicitó su colaboración voluntaria para participar. El cuestionario se les entregó en las aulas, solicitándoles que lo respondieran de forma individual, tras asegurárseles la confidencialidad de sus respuestas. Los investigadores permanecieron en el lugar para resolver cualquier duda. Al término de la aplicación se les agradeció su colaboración.

RESULTADOS

Respecto al instrumento, se aplicó una prueba alfa de Cronbach para evaluar su confiabilidad. Se obtuvo un alfa de .86, lo que indica que posee consistencia interna. En cuanto al uso de condón en las relaciones sexuales, se encontró que 63 de los 141 participantes reportaron no usar condón (44.7%). Con relación a los reactivos para evaluar consistencia en el uso del condón en los últimos tres meses, 66.6% reportó consistencia y 33.3% inconsistencia entre quienes reportaron usar condón.

En la Tabla 1 se presentan los puntajes promedio con los que los participantes respondieron a las diversas opciones de respuesta de cada reactivo, siendo la media teórica de 2.5. Para el primer grupo (consistentes en el uso de condón), y con respecto a los factores disposicionales que se reportan como importantes y muy importantes para emplear condón, el puntaje más alto fue para *lo que esperaba de ellos su pareja estable*, con una media de 3.40; seguido de éste, *lo que esperaba de ellos su pareja eventual* tuvo una media de 3.39; por último, *el momento oportuno* alcanzó una media de 3.35. Con relación al comportamiento mediador, el mayor puntaje promedio fue de 3.46 para la determinación o decisión de su pareja estable, esto es, para el *comportamiento mediador de la pareja estable*, seguido por la *automediación* o determinación personal de emplear condón, con una media de 3.31.

Tabla 1. Puntuaciones promedio en ambos grupos para cada factor situacional y mediacional.

FACTORES DISPOSICIONALES Y MEDIACIONALES		GRUPO 1 CONSISTENTES	GRUPO 2 INCONSISTENTES
Lugar	Lugar específico	3.29	2.61
	Momento oportuno	3.35	2.65
Conducta socialmente esperada	Por pareja estable	3.40	2.33
	Por pareja eventual	3.39	2.37
	Por amigos	2.47	2.83
Propensiones e inclinaciones	Grado de excitación	3.14	2.88
	Condición emocional	2.97	2.58
	Condición biológica	3.28	2.06
Mediación	Automediación	3.31	3.06
	Mediación por pareja estable	3.46	2.20
	Mediación por pareja eventual	3.09	2.53

En cuanto al segundo grupo (inconsistentes en el uso de condón), se encontró la media más alta (2.88) para el factor disposicional *grado de excitación*; en segundo lugar, se obtuvo una media de 2.83 para *lo esperado por los amigos*; por último, se obtuvo una media de 2.65 para el *momento oportuno*. En lo que se refiere al comportamiento mediador, la *automediación* o decisión personal de no emplear condón obtuvo una media más alta en comparación con la mediación por parte de la pareja, ya sea estable o eventual.

Para los puntajes promedio obtenidos para cada uno de los tres reactivos que evaluaron criterios extrasituacionales en el uso de condón, se consideró el reporte de qué tan determinante había sido cada uno de estos criterios. El puntaje promedio más alto ("determinante" y "totalmente determinante") se obtuvo para el criterio extrasituacional de salud (3.40), seguido del moral (3.14) y del social (2.27).

En cuanto a los puntajes promedio obtenidos para los distintos niveles de aptitud funcional en el grupo que reportó no usar condón, la media más alta (3.23) se encontró en el nivel situacional instrumental, seguida de los otros dos niveles (extrasituacional y situacional no instrumental), cada uno con una media de 2.77; esto quiere decir que reportaron que fueron determinantes o totalmente determinantes los diversos factores disposicionales en el contexto situacional (grado de excitación, el lugar o lo que esperaba de ellos su pareja estable) para no haber usado condón.

Para analizar las posibles relaciones entre los factores disposicionales situacionales y mediacionales con la consistencia en el uso del condón, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. No se halló ninguna correlación entre los factores disposicionales situacionales o mediacionales con la consistencia o inconsistencia de condón; sin embargo, sí hubo correlación entre los propios factores disposicionales y mediacionales. Para el grupo consistente, se obtuvo una correlación moderada, estadísticamente significativa, entre el estar excitado y la mediación por la pareja estable ($r = .781$, $\alpha = .001$), así como entre el estado emocional y la ingesta de alcohol o drogas ($r = .621$, $\alpha = .001$). En el grupo inconsistente se encontró una correlación alta entre el lugar y lo esperado por la pareja estable ($r = .812$, $\alpha = .001$), así como correlaciones moderadas entre lo esperado por la pareja estable y estados emocionales del participante ($r = .761$ $\alpha = .001$) y entre el estado emocional y la automediación ($r = .730$, $\alpha = .001$).

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados se encontraron datos interesantes. Por un lado, el análisis descriptivo indica que solamente un poco más de la mitad de los participantes reportó usar condón en sus relaciones sexuales, y que de ellos un poco más de la tercera parte no lo usa de manera consistente.

Al investigar los factores del contexto de oportunidad sexual que los propios participantes reportan como importantes –es decir, que hacen más probable su uso–, se halló que las expectativas de la pareja estable y la eventual, en ese orden, así como el momento oportuno para tener la relación, ocupan un lugar importante, lo que resulta interesante si se relaciona con los puntajes obtenidos para el comportamiento mediador, en donde el puntaje promedio más alto se obtuvo para la mediación por la pareja estable y en segundo lugar para la automediación. Ambos resultados permiten pensar que a pesar de que este grupo reportó usar condón, lo hace en gran medida regulado o mediado por la pareja estable y, en algunos casos (como cuando se encuentra en un momento propicio o cuando eso es lo que espera su pareja, por ejemplo), por propia decisión. Estos últimos casos son los que corresponden a los niveles extrasituacionales, en donde los participantes se desligan del aquí y el ahora y usan condón en función de su salud. Dado que el puntaje promedio más alto se obtuvo para la mediación por la pareja estable, estos participantes se encuentran en un riesgo potencial pues no siempre son ellos los que toman la decisión de usar condón y, por ende, dependen de la capacidad preventiva de su pareja.

Con respecto a la consistencia en el uso de condón, no se hallaron relaciones entre ésta y otros factores, lo que puede obedecer a diversas razones, la más importante de las cuales es que la pareja sexual es quien determina en muchos casos el uso del condón; en esa medida, al no tener los participantes la capacidad o competencia para mediar

el propio comportamiento, no se hallan factores específicos de contexto que se relacionen significativamente con la consistencia o inconsistencia.

En cuanto al segundo grupo (inconsistentes en el uso de condón), hay factores del contexto situacional que fungen como disposicionales al facilitar y hacer más probable que estos adolescentes tengan relaciones sexuales no protegidas: excitación, lo que esperan de ellos sus amigos y el momento oportuno, lo que sugiere, en primera instancia –y de acuerdo también a los resultados obtenidos para los niveles de aptitud funcional– que no usan condón porque reaccionan a lo que está ocurriendo en el momento de oportunidad sexual; sin embargo, estos mismos participantes reportan que es muy importante su propia decisión de no emplearlo, de modo tal que puede pensarse que, en respuesta a la propia situación, son ellos quienes toman la iniciativa para un encuentro sexual no protegido. Los dos datos sugieren capacidad para mediar una relación, pero no para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Vale la pena abundar en las correlaciones encontradas entre los propios factores mediacionales y disposicionales. En el primer grupo hubo una correlación moderada entre la mediación del uso del condón por la pareja estable y el estar muy excitado: mientras más importante es la determinación de la pareja, mayor importancia tiene el grado de excitación. Lo mismo ocurre en cuanto al estado emocional y la ingesta de alcohol o drogas, pues para el grupo inconsistente se encontró una correlación alta entre el lugar y lo esperado por la pareja estable: a mayor importancia del primero, más importante es la expectativa de la pareja. Esto puede decirse también para las correlaciones halladas entre lo esperado por la pareja estable y los estados emocionales del participante, o entre el estado emocional del participante y su decisión de no emplear condón.

Los resultados obtenidos indican que falta mucho por hacer y por entender con respecto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El uso del condón no es una práctica generalizada entre los adolescentes, y aun cuando la llevan a cabo, lo hacen de manera inconsistente, entrando, de esta manera, en riesgo. Al parecer, el hecho de que sean inconsistentes no está relacionado con un elemento en particular, aunque lo hallado en este estudio pone de relieve la importancia de la mediación de las prácticas sexuales por la pareja estable; parece que cuando se usa condón resulta muy importante que sea la pareja quien decide usarlo; por el contrario, quienes no usan condón no "complacen" a su pareja, sino que toman la decisión de no hacerlo respondiendo a factores disposicionales tales como su propia excitación o el momento oportuno. Este último factor de contexto se reporta como muy importante en ambos grupos, lo que apunta a la necesidad de explorar los diversos elementos (no considerados en los reactivos) que constituyen el llamado "momento oportuno".

En la medida en la que varios factores de contexto se reportaron como importantes o muy importantes para usar condón o para no hacerlo, sería interesante explorar con más detalle cada uno de los factores disposicionales encontrados como relevantes. Es posible desglosar, analizar y comparar dichos elementos, más aún si se toma en cuenta que en este estudio hubo correlaciones entre algunos factores de contexto. Las correlaciones encontradas entre los propios factores disposicionales, así como entre estos y los comportamientos mediadores, indican que el uso o no del condón es un componente morfológico de las interacciones complejas. Tales prácticas no se pueden atribuir a la información o a la falta de ella, como tampoco a la habilidad para comunicarse con la pareja o a un sistema de creencias. Es una red de relaciones de contingencia entre los diversos elementos que participan en la interacción sexual.

Por lo anterior, deben considerarse diversos aspectos al momento de diseñar programas de prevención. En primer lugar, la evaluación, medición o identificación de las prácticas sexuales han de permitir entender el comportamiento de cada participante en términos de los elementos del contexto a los que responde, relación de mediación con la pareja y nivel de aptitud funcional. En segundo lugar, y con base en lo analizado, debe entrenarse a los adolescentes en dos competencias fundamentales: competencia mediadora y autorregulación. Con respecto a la primera, los adolescentes deben tener la capacidad de demandar a su pareja el tipo de relación más conveniente; en términos de prevención, deben ser capaces de rehusarse a una relación sexual, o bien solicitar o decidir tener relaciones protegidas de diversas

maneras, ya sean tácitas o explícitas. Para ello, y en virtud de que quienes lo hacen responden extrasituacionalmente con criterios de salud, conviene emplear diversas estrategias, no solamente para brindar información sino para que ésta sea la que regule su comportamiento, al margen de los factores situacionales. Con respecto al segundo factor, conviene emplear procedimientos para entrenar a los adolescentes a alterar los propios factores disposicionales que facilitan sus prácticas de riesgo.

Por último hay que mencionar que el modelo psicológico de la salud biológica permite entender las propias competencias como disposiciones conformadas históricamente para emitir conductas de riesgo o preventivas, constituidas por relaciones variadas entre diversos elementos y no por relaciones lineales entre variables.

REFERENCIAS

Aarons, S., Jenkins,R., Raine, T., El-khorazaty, N., Woodward, K., Williams, R., Clark, M. y Wingrove, B. (2000). Postponing sexual intercourse among urban junior high school students- a randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*, 27, 236-247.

CONASIDA (2006). *Las cifras del SIDA en México al 15 de noviembre de 2006*. Disponible en línea: www.salud.gob.mx/conasida/ (Recuperado el 7 de mayo de 2007).

Coolican, H. (1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: El Manual Moderno.

Díaz-González, E., Rodríguez, M.L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH/sida. *Psicología y Salud*, *15*(1), 5-12.

Díaz-González, E., Rodríguez, M., Robles, S., Moreno, D. y Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/sida. *Psicología y Salud*, *13*(2), 149-159.

Fishbein, M., Hennessy, M., Yzer, M. y Curtis, B. (2004). Romance and risk: Romantic attraction and health risks in the process of relationship formation**.** *Psychology, Health & Medicine*, *9*(3), 273-285.

Fishbein, M. y Jarvis, W. (2000). Failure to find a behavioral surrogate for STD incidence-what does it really mean? *Journal of Sexually Transmitted Diseases*, *26*(8), 452-455.

Ford, K., Shon, W. y Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives*, *33*(3), 100-108.

Friedman, S., Chapman, T., Perlis, T., Sotheran, L., Rockwell, R., Paone, D., Marmor, M. y DesJarlais, C. (1999). Modulators of "activated motivation": event-specific condom use by drug injectors who have used condoms to prevent HIV/AIDS. *AIDS and Behaviour*, *3*(2), 85-98.

Fritz, K., Woelk, G., Bassett, M., McFarland, W., Routh, J., Tobaiwa, O. y Stall, R. (2002). The association between alcohol use, sexual risk behaviour, and HVI infection among men attending beerhalls in Harare, Zimbabwe. *AIDS and Behaviour*, *6*(3), 221-228.

Hernández, R., Collado, C. y Baptista, J. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Kantor, J.R. (1967). *Interbehavioral Psychology*. Ganville, OH.: Principia Press.

Kirby, D., Lepore, G. y Ryan, J. (2005). Sexual risk and protective factors. Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted diseases: Which are important? Which can you change? *Adolescent Health*, *22*(1), 1-110.

Martín, L. y Reyes, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, *29*(2), 183-187.

Mature, P., McFarland, W., Fritz, K., Kim, A., Woelk, G., Ray, S. y Rutherford, G. (2002). Alcohol use and high-risk sexual behaviour among adolescents and young adults in Harare, Zimbabwe. *AIDS and Behaviour*, *6*(3), 211-219.

Paez, D., Mayordomo, S. e Igartúa, J.J. (2001). Afectividad, cognición y persuasión: un contraste experimental de las variables mediadoras en la prevención ante el VIH/SIDA. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, *4*(7), 41-52.

Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas sexuales de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, *20*(1), 23-32.

Piña, J.A. y Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*(1), 71-83.

Planes, M. (1994, diciembre). Prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes: SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. *Infancia y Aprendizaje*, 67-68, 245-260.

Quiñones, M. (2000). *Adolescencia, sexualidad y estética: tatuajes y piercing*. Ponencia en el X CLASSES, Cuzco, Perú.

Raguz, M. (1999). Riesgo sexual y reproductivo en adolescentes desde una perspectiva de género. En C. F. Cáceres (Ed.): *Nuevos retos: Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*. Lima: Redes Jóvenes.

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., y Landa, D. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 27-52.

Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.

Robles, M.S. y Moreno, R.D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *La Psicología Social en México*, 8, 748-755.

Rodríguez, M.L. (2002). *El análisis contingencial*. México: UNAM.

Rodríguez, M.L., Moreno, D., Robles, S. y Díaz-González, E. (2000). El sida desde el modelo psicológico de la salud biológica. *Psicología y Salud*, *10*(2), 149-161.

Tarzona, D. (2005a). Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente. *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*, 6, Diciembre. Disponible en línea: www.ipside.org/dispersion.

Tarazona, D. (2005b). *El comportamiento sexual y su vinculación con variables psicológicas y demográficas en estudiantes de quinto año de educación secundaria*. Tesis presentada para optar el título profesional de Psicólogo. Lima: UNMSM.

Vilariño, S., Torrico, L., López, L. y Revilla, D. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, *19*(1), 81-90.

Werner-Wilson, J. (1995). *HIV/AIDS risk assessment of virgins*. Society for Research on Adolescence Biennial Meeting. San Diego, CA. Disponible en línea: www.journal of HIV/AIDS prevention in children & young.

Werner-Wilson, J. y Vosburg, J. (1996). How do contextual factors and gender differences influence college students' safer sex practices? *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education in Children & Young*, 2, 33-49.