

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DEL PRESERVATIVO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE TUNJA, COLOMBIA¹

MARIETHA ALEXANDRA AMADO CAMACHO*, BIANCA ROSA VEGA RUMBO,
MARTHA CECILIA JIMÉNEZ MARTÍNEZ
ESCUELA DE PSICOLOGÍA - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
TUNJA, COLOMBIA

JULIO ALFONSO PIÑA LÓPEZ
INVESTIGADOR INDEPENDIENTE
HERMOSILLO, MÉXICO

Recibido, junio 11/2007

Concepto evaluación, septiembre 18/2007

Aceptado, noviembre 14/2007

Resumen

Se realizó un estudio transversal cuyo objetivo principal fue el de identificar predictores psicológicos del uso de preservativo en una muestra de 381 mujeres en edad reproductiva de la ciudad de Tunja, Colombia. Se administró un instrumento que evalúa conocimientos, motivos, situaciones sociales y estados biológicos relacionados con el uso del preservativo en la primera relación sexual y a lo largo de la vida sexual activa. Para el tratamiento de los datos se obtuvieron estadísticas descriptivas y se utilizaron el χ^2 de Pearson y un análisis de regresión logística multivariado (método hacia atrás con Wald). El análisis con el χ^2 de Pearson arrojó diferencias entre quienes utilizaron y no utilizaron preservativo en su primera relación ($\chi^2 [1] = 25.000$; $p = 0.000$), así como entre quienes lo utilizaron consistente e inconsistentemente a lo largo de su vida sexual activa ($\chi^2 [3] = 21.907$; $p = 0.000$). El análisis de regresión logística multivariado aportó como predictor del uso del preservativo a lo largo de la vida sexual activa al motivo "porque yo no sabía utilizarlo" ($\chi^2 [2] = 6.786$; $p = 0.034$). Se discute sobre la importancia de diseñar programas para la prevención de la infección por VIH que pongan especial atención en la variable motivos que subyacen al uso de preservativo, así como en la necesidad de entrenar a las mujeres en edad reproductiva en competencias relacionadas con la negociación y el uso consistente y eficiente del preservativo.

Palabras clave: conocimientos, motivos, comportamientos de riesgo, preservativo, infección por VIH.

FACTORS INFLUENCING CONDOM USE IN REPRODUCTIVE AGE WOMAN FROM TUNJA, COLOMBIA

Abstract

A cross-sectional study was performed with the purpose of identifying psychological predictors of condom use behaviors in a sample of 381 women in reproductive age from Tunja, Colombia. An instrument that evaluates knowledge, motives, social situations, and biological states related to condom use behaviors in the first sexual encounter, and throughout active sexual life was administered. For data processing descriptive statistics were obtained. Additionally, Pearson's χ^2 test and a multivariate logistic regression analysis were used. Pearson's χ^2 test showed differences between women who used and did not use condom in their first sexual intercourse ($\chi^2 [1] = 25.000$; $p = 0.000$), and also showed differences between those who consistently or inconsistently used it throughout their active sexual life ($\chi^2 [3] = 21.907$; $p = 0.000$). A multivariate logistic regression analysis showed that condom use behavior throughout these women's active sexual life was predicted by the motive "Because I didn't know how to use it" ($\chi^2 [2] = 6.786$; $p = 0.034$). A discussion is presented about the importance of designing prevention programs for VHI infection that pay special attention to the motives underlying the use of condom, as well as the need to educate women in developing skills both for negotiation and for a consistent and effective use of condom.

Key words: knowledge, motives, risk behaviors, condom, HIV infection.

* Correspondencia: Cra 4 No 3-32 Güepsa- Santander-Colombia. mariethica@hotmail.com.

¹ Se agradece a los psicólogos Lina Paola Rondón Daza y Gonzalo Medina el apoyo otorgado en la administración del instrumento.

INTRODUCCIÓN

En Colombia, del total de 110 000 personas que se estima vivían con VIH hasta diciembre de 2006 (ONUSIDA, 2006), la mayoría se localiza en el grupo de personas cuyas edades oscilan entre los 15 y 44 años. Por otro lado, en los últimos años se ha venido observando en nuestro país un fenómeno particularmente preocupante, que es el de la reducción de la brecha en los casos notificados entre hombres y mujeres, pues tan sólo en el período 2000-2005, la participación de las mujeres se incrementó 18 puntos porcentuales con relación al periodo 1985-1989 (García, Luque, McDovall y Moreno, 2006).

Debido a que es en la misma sociedad donde se adjudican determinados roles a cada sexo, con éstos tácita o explícitamente adquiere carta de naturalidad una división sexual que suele repercutir en los vínculos entre hombres y mujeres, sobre todo en el contexto de las relaciones sexuales (Bianco, Pagani y Re, 2000). En Boyacá, por ejemplo, región del país en donde predomina el “machismo” sexual, el varón puede independientemente de su edad y sin importar su estado civil relacionarse sexualmente con cualquier mujer. La mujer, si es soltera, debe conservarse casta, y, en caso de que haya contraído vínculo matrimonial, sólo dentro de éste tiene derecho a satisfacer sus necesidades en materia sexual. A la mujer, pues, se le educa para la sumisión y tiene que ser recatada; el varón, entre más mujeres seduzca, es más hombre (Ocampo, 1997).

Tal forma de comportarse por parte de las mujeres tiende a obstaculizar la expresión de sus deseos y necesidades sexuales, así como el poder de decisión respecto de cómo, cuándo y con quién tener relaciones sexuales. Se crea así una situación real de subordinación que las coloca en desventaja, y que en los hechos dificulta la negociación del sexo seguro y la posibilidad de adoptar las medidas de prevención ordinarias para evitar las infecciones de transmisión sexual, y en particular, la infección por VIH (Bloch, 2002, Noboa y Serrano, 2006).

Ciertamente, lo antes dicho tiene que ver con una visión sociocultural del fenómeno que no necesariamente reconoce e incorpora las aportaciones de la psicología como disciplina orientada al estudio del comportamiento individual. En ésta, dos conceptos importantes que se deben tener en cuenta para la comprensión del fenómeno son las disposiciones psicológicas y los comportamientos sexuales de riesgo o de prevención (Bayés y Ribes, 1992).

Por *disposiciones psicológicas* se entiende aquí al conjunto de variables que facilitan o impiden que una persona practique los comportamientos de riesgo o su contraparte, los de prevención. Se trata de una categoría general que

incluye variables definidas tradicionalmente como personalidad —o situaciones vinculadas con estrés—, motivos, competencias conductuales y la situación social en la que acontece determinado comportamiento, así como las personas con las que se relacionan, entre otras (Ribes, 1990; Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz-González, 2000). Dependiendo de la interacción de esas variables se practicará uno u otro tipo de comportamiento, tal y como se puede observar en la Figura 1.

En ésta se describen los elementos participantes en un modelo psicológico de salud orientado hacia la prevención de las enfermedades (Piña, 2007), que consta de tres fases. En el pasado se encuentran tres variables: las situaciones vinculadas con estrés, la historia de competencias y los motivos. Las primeras guardan correspondencia con lo que se conoce en la literatura como personalidad (Ribes y Sánchez, 1990), y son definidas como modos consistentes de interacción con los que una persona enfrenta situaciones de la vida cotidiana, y que por sus características, pueden dar lugar a lo que convencionalmente se conoce como estrés. Éstas incluyen situaciones vinculadas con tendencia al riesgo, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, toma de decisiones, etcétera. En el caso de la situación de tendencia al riesgo, supone que una persona enfrenta dos situaciones o dos circunstancias dentro de una misma situación, en las que existe cierta probabilidad de obtener consecuencias positivas inmediatas —i.e., placer sexual— o consecuencias positivas en el mediano o largo plazo —i.e., evitar el diagnóstico de una infección de transmisión sexual—, optando por las primeras cuando aparentan ser mayores en probabilidad y/o magnitud.

Por su parte, las competencias pasadas se identifican con los saberes y habilidades adquiridos por una persona al interactuar con situaciones en las que se prescribe el cumplimiento de determinados criterios o ajustes. Su papel es el de facilitar o interferir con el ejercicio instrumental de ciertos comportamientos, e incluyen, entre otras cosas, saber qué es el VIH, qué el sida, cómo se puede prevenir la infección por el VIH, saber que el preservativo previene la infección por VIH, y haberlo utilizado correcta y eficientemente en otras circunstancias y frente a otras personas, etcétera.

La última variable tiene que ver con los motivos, y se define como un concepto disposicional relativo a la elección o preferencia por objetos, eventos u otras personas en una situación en donde hay consecuencias socialmente valoradas. En virtud de que las variables motivacionales afectan de manera especial la efectividad de las consecuencias que se dispensan a la conducta, esto no significa otra cosa que la necesidad previa de identificar las operaciones básicas que aseguran la naturaleza motivacional

de las consecuencias, casos de la privación o saciedad (Laraway, Snycerski y Poling, 2004). Decir que una persona se encuentra motivada para practicar determinada conducta, sugiere que *quiere* hacer algo en una situación interactiva en la que el hacer se evalúa como oportuno y pertinente (Ribes, 2005), como sería utilizar el preservativo porque trae consigo consecuencias positivas en el corto y mediano plazos, relacionadas con evitar una infección de transmisión sexual.

En cuanto a la segunda fase, en ésta se consideran cuatro variables: a) Los eventos disposicionales sociales, que a su vez comprenden la circunstancia social, el lugar en el que acaece el comportamiento y otras personas; b) Las competencias presentes; c) Los eventos disposicionales biológicos y d) Los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención. Cuando se analiza el comportamiento de una persona en una situación social, se deben reconocer la *circunstancia social* particular en la que se está interactuando —se trate de relaciones familiares, de amistad, de trabajo, de negocio, de aprendizaje, etcétera—; el tipo de *escenario o lugar* en donde dicha interac-

ción acaece, y las personas con las que se entra en contacto, sean éstas conocidas o no.

Las competencias presentes se conciben como la manifestación práctica de las competencias pasadas en la forma de una diversidad de comportamientos que permiten a una persona ajustarse a criterios de manera eficiente; implican el *saber* el *qué* de las cosas y *cómo* hacer las cosas. Saber, por ejemplo, que utilizar preservativo reduce el riesgo de infección por el VIH; se sabe acerca de las cosas, pero se es competente en la medida en que se ponen en práctica los comportamientos de manera congruente, esto es, se utiliza preservativo en todas y cada una de las relaciones sexuales con penetración (Díaz-González, Rodríguez, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso y cols., 2005).

Los estados biológicos momentáneos tienen que ver con las condiciones biológicas previas a una interacción: alimentación, sueño, fatiga, enfermedad, alteraciones producidas por el consumo de medicamentos o sustancias como alcohol o drogas, principalmente. Son condiciones que también facilitan o impiden el ejercicio instrumental de los comportamientos de riesgo o de prevención (Bell,

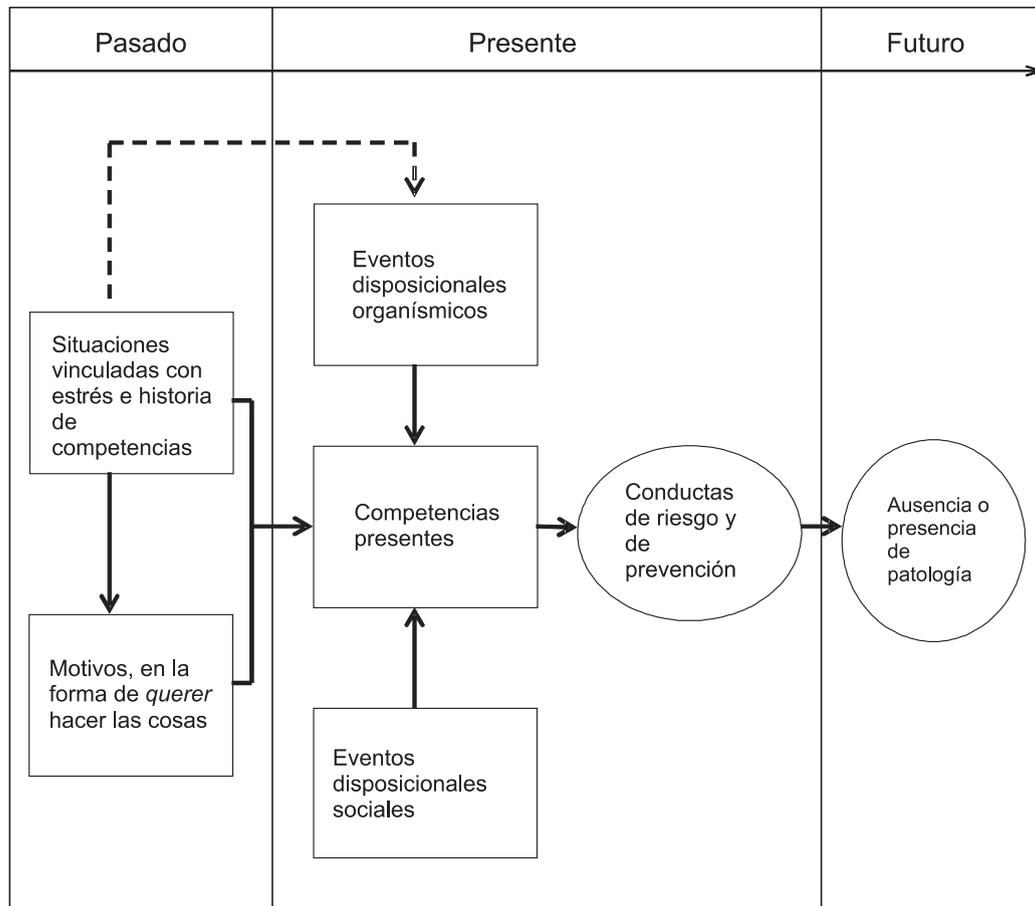


Figura 1. Representación gráfica del modelo psicológico para la prevención de las enfermedades.

Ompad y Sherman, 2006; Cooper, 2006; Takakura, Wake y Kobayashi, 2007; Zablotska, Gray, Serwadda, Nalugoda, Kigozi, Sewankambo y cols., 2006).

Finalmente, en el caso de los comportamientos de riesgo, éstos pueden ser de dos tipos: los que ponen en contacto directo a una persona con un agente patógeno, y otros cuya práctica a lo largo del tiempo incrementa la vulnerabilidad del organismo para que acaezca una patología biológica, sobre todo de las que definidas como crónicas. De interés aquí son los primeros, pues constituyen los referentes inmediatos a partir de los cuales se evalúa el riesgo potencial de que una persona resulte con infección por VIH; nos referimos, entre otros, a iniciar a temprana edad su vida sexual activa, tener relaciones con diferentes parejas y no utilizar preservativo tanto de manera consistente como eficiente (i.e., Fergus, Zimmerman y Caldwell, 2007; Shafii, Stovel y Holmes, 2006; Kaestle, Halpern, Miller y Ford, 2005; Piña y Urquidi, 2006; Robles, Piña y Moreno, 2006).

Con base en lo anterior, y a partir de un modelo psicológico orientado a la prevención de las enfermedades, se planteó el presente estudio, cuyos objetivos fueron los siguientes:

1. Probar posibles diferencias en la práctica de dos comportamientos de riesgo para la infección por VIH relacionados con el uso de preservativo en la primera relación sexual con penetración y a lo largo de la vida sexual activa en una muestra de mujeres en edad reproductiva de la ciudad de Tunja, Colombia.

2. Identificar si variables sociodemográficas y psicológicas —conocimientos y motivos— se constituían en predictores de los dos comportamientos relacionados con el uso de preservativo.

MÉTODO

Participantes

Entre los meses de junio y noviembre de 2006 se condujo el presente estudio transversal, previa aprobación por parte del Comité de Investigación y Ética de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, con sede en la ciudad de Tunja. Las participantes se seleccionaron mediante un muestreo probabilístico, con el que se aseguró la representatividad de la muestra. Ésta estuvo conformada por 381 mujeres con edades entre los 15 y 52 años ($M = 24.09$; $DE = 9.1$). Al momento del estudio 283 (74.3%) participantes se encontraban solteras, poco más de 67% se ubicaba en los estratos 2 y 3 de acuerdo con la estratificación establecida por la Secretaría de Planeación de la ciudad de Tunja; por otro lado, la mayoría ($N = 244$; 64%)

no reportó ingresos económicos; las restantes características sociodemográficas se resumen en la Tabla 1.

Procedimiento

Una vez aprobado el protocolo, las responsables del estudio acudieron a las empresas, universidades, colegios y a las oficinas que alberga a la dependencia conocida como Bienestar Familiar, con el objeto de administrar el instrumento a las participantes. Enseguida se les solicitó su participación, y a quienes aceptaron colaborar de manera voluntaria se les hizo entrega del consentimiento informado, que leyeron y firmaron. Por último, se inició con la administración del instrumento. A cada una de las mujeres participantes se le señaló que en caso de tener alguna duda sobre las preguntas podrían acercarse con las responsables para hacer las aclaraciones pertinentes.

Instrumento

Se utilizó un instrumento validado inicialmente en México, con una muestra de estudiantes universitarios (Piña, Robles y Rivera, 2007), el cual fue adaptado y validado por Amado y Vega (2006) en una población de hombres y mujeres adultos de la ciudad de Tunja, Colombia, con características socioculturales similares a las de la presente muestra; en dicho estudio se obtuvo un coeficiente del alfa de Cronbach de 0.88. El instrumento original constaba de 120 preguntas, las cuales en el proceso de adaptación se redujeron a 43, distribuidas de la siguiente manera: 10 sobre datos sociodemográficos, 10 relacionadas con conocimientos sobre el VIH y el sida, así como 23 que exploran antecedentes y comportamientos sexuales.

Para los propósitos del presente estudio se consideraron dos preguntas sobre el uso de preservativo: en la primera relación sexual con penetración, con opciones de respuesta iban de 1 (sí) a 2 (no), así como a lo largo de la vida sexual activa, con opciones de respuesta que iban de 1 (siempre) a 4 (nunca); en virtud de los subsecuentes análisis, la segunda pregunta fue recodificada en valores “Dummy”, cuyas opciones de respuesta incluyeron 1 (opciones de respuesta 1 y 2, definidas como uso consistente) y 2 (opciones de respuesta 3 y 4, definidas como uso inconsistente).

Por otro lado, se retomaron tres preguntas relacionadas con conocimientos (Piña, Molina y Cota, 2005): “los preservativos son efectivos para evitar el contacto con el VIH en porcentajes superiores a 95%”, “los preservativos elaborados con látex son más efectivos que los elaborados con productos animales” y “el uso de preservativo constituye una medida preventiva para evitar la infección por VIH”; cada pregunta incluía dos opciones de respuesta, donde 1 (cierto) y 2 (falso).

Tabla 1
Características sociodemográficas de las participantes (N = 381).

	X	DT	Rango	N	%
Edad	24.09	9.12	15-52		
Preferencia sexual					
Heterosexual				365	95.8
Homosexual				6	1.6
Bisexual			9	2.4	
No respondió				1	0.3
Estrato socioeconómico					
1				54	14.2
2				106	27.8
3				152	39.9
4				54	14.2
5				15	3.9
Ingresos económicos					
No tiene				244	64
Menos de 1 salario mínimo				73	19.2
Entre 1 y 2 salarios mínimos				32	8.4
Entre 2 y 3 salarios mínimos				17	4.5
Mas de 3 salarios mínimos				15	3.9
Ocupación					
Empleada				59	15.5
Profesional Dependiente				19	5
Profesional Independiente				50	13.1
Estudiante Escolar				48	38.1
Estudiante Universitaria				50	13.1
Estudiante Técnico				40	10.5
Ama de casa					
Escolaridad					
1				7	1.8
2				46	12.1
3				168	44.1
4				148	38.8
5				11	2.9
No respondió				1	0.3
Religión					
Ninguna			24	6.3	
Católica			298	78.2	
Protestante				2	0.5
Cristiana			48	12.6	
Otra				8	2.1
No respondió				1	0.3

Finalmente, las preguntas sobre los motivos que subyacen a los comportamientos uso de preservativo en la primera relación y a lo largo de la vida sexual activa se evaluaron en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que iban de 1 (fue un motivo bastante determinante) a 4 (no fue un motivo determinante); las preguntas incluían cinco motivos que subyacen a ambos comportamientos: “porque yo no quise utilizarlo”, “porque mi pareja no quiso utilizarlo”, “porque le resta sensibilidad a la relación”, “porque no disponía de uno en el momento” y “porque yo no sabía utilizarlo”. Esta variable fue posteriormente transformada en valores “Dummy” con el propósito de utilizarla en el análisis de regresión logística multivariado, donde las opciones de respuesta 1 y 2 se definieron como motivos determinantes, mientras que las opciones de respuesta 3 y 4 como motivos no determinantes de ambos comportamientos.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 12.0. Incluyó un análisis de frecuencia y porcentajes de respuestas; posteriormente y para probar diferencias en los comportamientos de riesgo se empleó el χ^2 de Pearson; por último, se utilizó un análisis de regresión logística multivariado (método hacia atrás con Wald) para la identificación de predictores sociodemográficos y psicológicos de los comportamientos uso de preservativo en la primera relación sexual y a lo largo de la vida sexual activa.

RESULTADOS

Al momento de realizado el estudio, 258 (68.1%) de las participantes reportaron que tenían experiencia sexual y las restantes 121 (31.9%) que no, diferencia que resultó significativa ($\chi^2 [1] = 49.522$; $p = 0.000$). De las que tenían experiencia sexual, 88 (34.1%) respondieron que había utilizado preservativo en su primera relación sexual, 168 (65.1%) que no y 2 (0.7%) no respondieron ($\chi^2 [1] =$

25.000; $p = 0.000$). Respecto del comportamiento uso de preservativo en la vida sexual activa, sólo 39 (15.1%) respondieron que lo habían utilizado en todas y cada una de sus relaciones sexuales, mientras que 219 (84.8%) con algún nivel de inconsistencia ($\chi^2 [3] = 21.907$; $p = 0.000$).

Con relación a los conocimientos sobre el preservativo, un elevado porcentaje (86%) de las participantes respondió correctamente a la pregunta de si el preservativo era efectivo para evitar el contacto con el VIH; asimismo, poco más de la mitad (56.2%) contestó correctamente que los preservativos elaborados con látex eran mejores que los elaborados con productos animales, mientras que también la mayoría (94.1%) contestó correctamente a la pregunta de si los preservativos constituían una medida preventiva para evitar la infección por VIH.

En cuanto al análisis de regresión para el comportamiento del uso de preservativo en la primera relación sexual, no se encontró ningún predictor, que se confirma con los valores que arrojó el modelo conjunto, pues éste no fue significativo ($\chi^2 [10] = 12.675$; $p = 0.242$). En lo referente al segundo de los comportamientos, uso de preservativo en la vida sexual activa, hasta el paso nueve se habían eliminado las preguntas relacionadas con información sociodemográfica, las tres sobre conocimientos sobre el preservativo y cuatro sobre motivos que subyacen a su uso, por lo que emergió como único predictor del mencionado comportamiento el motivo “porque yo no sabía utilizarlo” ($\chi^2 [2] = 6.786$; $p = 0.034$). La prueba de Hosmer & Lemeshow permite confirmar la bondad de ajuste de los datos al modelo, en virtud de que no fue significativa ($\chi^2 [1] = 0.000$; $p = 1.000$) (véase tabla 2).

DISCUSIÓN

En Colombia, al igual que ocurre en muchos de los países de América Latina, la edad de inicio de relaciones sexuales con penetración ha venido disminuyendo de manera gradual en los últimos 20 años (Brown, Jejeebhoy, Shah y Yount, 2001; Campo-Arias, Silva, Meneses, Cas-

Tabla 2

Análisis de regresión logística multivariado (método hacia atrás con Wald) del comportamiento uso inconsistente de preservativo a lo largo de la vida sexual activa.

	Wald	Gl P	EXP B	L Inf. L Sup.
Motivo: no sabía utilizarlo	3.852	1 0.050	3.514	1.02-12.32
Constante	18.364	1 0.000	2.182	

tillo y Navarrete, 2004; Ceballos y Campo-Arias, 2006; Rani, Figueroa y Ainsle, 2003; Vera, López, Orozco y Caicedo). Constituye éste un factor que facilita la práctica de diferentes comportamientos de riesgo, especialmente de aquéllos que se relacionan con el uso inconsistente de preservativo (Bauman y Berman, 2005; Grémy y Beltzer, 2004; Shafii, Stovel, Davis y Holmes, 2004; Sunmola, 2005; Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto, Gil y Ballester, 2007).

Si bien es cierto que en el presente estudio la variable edad no jugó un papel relevante como predictor de ninguno de los dos comportamientos relacionados con el uso de preservativo, no puede pasarse por alto su eventual influencia respecto de cómo operarían diferentes variables psicológicas en el continuo de interacción, de acuerdo con los resultados reportados en otros lugares, en los que se ha demostrado su relación con variables como los conocimientos, los motivos, las situaciones sociales y los estados biológicos, fundamentalmente (Piña, 2004a; Piña y Corral, 2001).

En efecto, si se tienen en cuenta tanto la edad biológica de las participantes como la edad de inicio de relaciones sexuales con penetración, que ascendió a 24 y 18.3 años, respectivamente, la pregunta que nos tendríamos que hacer es por qué, en el caso de las mujeres de la muestra con la que se trabajó en esta ocasión, saber o conocer que el preservativo es efectivo hasta en un 95% para evitar el paso del VIH y que previene la infección por VIH, respectivamente, no es suficiente para que aquéllas actúen en consecuencia. Si se considera lo elevado de los porcentajes de respuestas correctas a ambas preguntas, 86 y 94.5%, respectivamente, lo que estamos obligados a indagar es por qué, a pesar de un nivel elevado de conocimientos, las mujeres siguen practicando comportamientos de riesgo.

Lo que cabría esperar, a manera de hipótesis de trabajo, es que conforme se avanza en la edad biológica, mejoren los conocimientos sobre el problema del VIH y, en consecuencia, sea mayor la probabilidad de que las personas practiquen los comportamientos de prevención esperados: evitar o posponer una relación sexual con penetración, evitar relaciones con diferentes parejas —en especial de las que se desconocen sus antecedentes sexuales— y que, llegado el momento, utilicen preservativo en todas y cada una de esas relaciones. Empero, en una dirección opuesta se encontró aquí que ni la edad, ni disponer de un buen nivel de conocimientos, influyeron de manera positiva y decisiva sobre la práctica de los comportamientos de prevención.

Tal y como se ha reportado en otros lugares, es posible que ello se deba al hecho de que la edad biológica por sí

sola o asociada con saber o conocer sobre el problema en cuestión, constituyen garantías de que las personas adoptarán en todos los casos las medidas preventivas pertinentes. Dicho en otras palabras, no es suficiente para que las personas traduzcan lo aprendido con el correr de los años en la actualización de los comportamientos de prevención (Piña, 2004b; Piña y Corral, 2001).

Lo que esto último sugiere, pues, es que los comportamientos en cuestión pueden estar regulados en su ejercicio por factores adicionales que incluyen, por ejemplo, a los motivos, a la disponibilidad de habilidades o competencias para negociar su uso y, claro está, saber utilizarlo consistente y eficientemente (DE Visser y Smith, 2001; Lindemann, Brigham, Harbke y Alexander, 2005; Peralta y Rodríguez, 2007; Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz González, Rodríguez y Hernández, 2006).

Lo anterior es especialmente cierto si nos atenemos a los resultados que arrojó en el presente estudio el análisis de regresión logística multivariado para el comportamiento uso de preservativo a lo largo de la vida sexual activa, en los cuales una sola variable de las consideradas emergió como predictor del mencionado comportamiento, la de los motivos “porque no sabía utilizarlo”. Se trata de una variable que sirve como guía en el futuro de cualquier tipo de comportamiento. En la medida en que los motivos se encuentran influenciados por consecuencias que son valoradas socialmente, es posible que la elección o preferencia por no utilizar preservativo tenga que ver justamente con el tipo de consecuencias que se dispensan, y, sobre todo, por quienes las dispensan —i.e., parejas sexuales y grupos de pares, principalmente—.

Adicionalmente, y de acuerdo con la lógica del modelo teórico que sirvió de sustento a la presente investigación, en la medida en que no se dispongan de las competencias configuradas históricamente, es posible que los motivos para no utilizar el preservativo en cualesquiera circunstancias sociales interfiera con el desempeño competencial en el presente. De ahí que no sea extraño encontrarse que, no obstante la edad promedio de las participantes (24 años) y el nivel elevado de conocimientos sobre el preservativo (por arriba del 86%), un bajo porcentaje de aquéllas (15.1%) lo haya utilizado de manera consistente en todas y cada una de las relaciones sexuales con penetración en las que se involucraron.

Ahora bien, lo que resulta interesante de este estudio, es que a diferencia de otros conducidos con muestras de personas que se realizan la prueba de detección a anticuerpos al VIH y estudiantes universitarios del sexo femenino, básicamente (véase Piña y Corral, 2001; Piña, de la Cruz y Obregón, 2002; Piña y Werner, 2004), llama nuestra atención el tipo de motivos que emergió como predictor del

multicitado comportamiento: porque no sabía utilizarlo. Que se practique o no un comportamiento relacionado con el uso de preservativo, supone tanto que se disponga de las competencias para hacerlo (poder hacerlo) como que se esté dispuesto a hacerlo (que quiera hacerlo). Es decir, no se trata tan sólo de que se piense que es suficiente con que una persona sepa que el preservativo previene, que muestre una "actitud" favorable hacia su uso o que "crea" que el condón sí sirve para prevenir la infección por VIH. Es necesario que quiera utilizarlo porque está motivada para hacerlo y porque adicionalmente lo sabe utilizar, en ambos casos porque ha obtenido consecuencias positivas que le permitirán mantener a lo largo del continuo de interacción sexual dicho comportamiento.

No obstante los resultados obtenidos en este primer estudio, hay que reconocer dos limitaciones: la primera tiene que ver con el tamaño de la muestra; la segunda, con el nulo papel que en esta ocasión jugaron otras variables del modelo, tales como las situaciones interactivas y determinados estados biológicos relacionados con el consumo de sustancias, principalmente. En virtud de ambas limitaciones será necesario conducir otros estudios con muestras representativas de hombres y mujeres pertenecientes a diferentes sectores de la población, con el propósito de dar cuenta de si el comportamiento de las variables aquí analizadas se sigue presentando en los mismos términos o si hay variaciones importantes. Se trata de estudios en los que se incluirán variables que tienen que ver con el papel de las situaciones sociales y los estados biológicos momentáneos respecto de los comportamientos de riesgo aquí analizados, así como otros que incluyen el número y tipo de parejas sexuales.

REFERENCIAS

- Amado, M. y Vega, B. (2006). Validación de un instrumento que mide disposiciones psicológicas y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH en mujeres en edad reproductiva de la ciudad de Tunja. Trabajo de Tesis de Licenciatura no publicado. Tunja, Colombia: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1992). Un modelo de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. En J.A. Piña (Comp.), *Psicología y Salud: aportes del análisis de la conducta* (pp. 1-21). Hermosillo, México: Editorial UniSon.
- Bauman, L.J. y Berman, R. (2005). Adolescent relationship and condom use: Trust, love and commitment. *AIDS and Behavior*, 9, 211-222.
- Bell, A.V., Ompad, D. y Sherman, S.G. (2006). Sexual and drug risk behavior among women who have sex with women. *American Journal of Public Health*, 96, 1066-1072.
- Bianco, M., Pagani, L. y Re, M.I. (2000). *Mujer, Sexualidad y Sida*. En Internet: <http://www.psicodoc.idbaratz.com/selfframe.htm> [recuperado el 26/12/2004].
- Bloch, C. (2002). *La Feminización de la Epidemia de VIH/SIDA*. En Internet: <http://www.psicodoc.idbaratz.com/selfframe.htm> [recuperado el 12/12/2004].
- Brown, A.D., Jeheboy, S.J., Shah, I. y Yount, K.M. (2001). *Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies*. Geneva: World Health Organization [WHO/RHR/01.8].
- Campo-Arias, A., Silva, J.L., Meneses, M., Castillo, M. y Navarrete, P.A. (2004). Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, 367-377.
- Ceballos, G.A. y Campo-Arias, A. (2006). Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años Santa Marta-Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54, 4-11.
- Cooper, M.L. (2006). Does drinking promote risky sexual behaviors? A complex answer to a simple question. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 19-23.
- DE Visser, R. O. y Smith, A.M.A. (2001). Inconsistent condom users of condom: A challenge to traditional models of health behaviour. *Psychology, Health and Medicine*, 6, 41-46.
- 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, 5-12.
- Fergus, S., Zimmerman, M.A. y Caldwell, C.H. (2007). Growth trajectories of sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. *American Journal of Public Health*, 97, 1096-1101.
- García, R., Luque, R., Mc Doval, J. y Moreno, L.A. (2006). Infección por VIH/SIDA en Colombia. Estado del arte 2000-2006. Bogotá: ONUSIDA/Grupo Temático para Colombia. En Internet: <http://www.onusida.org.co/libro2005.htm> [recuperado el 10/12/2006].
- Grémy, I. y Beltzer, N. (2004). HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point? *AIDS*, 18, 805-809.
- Kaestle, C.E., Halpern, C.T., Miller, W.C. y Ford, C.A. (2005). Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 161, 774-780.
- Laraway, S., Snyckersky, S. y Poling, A. (2004). Motivating operations. En J.E. Burgos y E. Ribes (Eds.), *Theory, basic and applied research, and technological applications in behavior science: Conceptual and methodological issues* (pp. 85-118). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Lidemann, D.F., Brigham, T.A., Harbke, C.R. y Alexander, T. (2005). Toward errorless condom use: A comparison of two courses to improve condom use skills. *AIDS and Behavior*, 9, 451-457.
- Noboa, P. y Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres

- puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 21-43.
- Ocampo, J (1997). *Identidad de Boyacá. Secretaría de Boyacá. Cátedra de Boyacá*. Tunja, Colombia: Ed. Jotamar Ltda.
- ONUSIDA (2006). *Resumen mundial de la epidemia de SIDA, diciembre de 2006*. Génova: Autor.
- Peralta, C.E. y Rodríguez, M.L. (2007). Relación del uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y Salud*, 17, 179-189.
- Piña, J.A. (2004a). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/sida. *Anales de Psicología*, 20, 23-32.
- Piña, J.A. (2004b). Predictores psicológicos de tres conductas de riesgo para la infección por el VIH en estudiantes de educación superior. En *La Psicología Social en México, Vol. X* (pp. 449-454). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Piña, J.A. (2007). Variaciones sobre un modelo psicológico de salud biológica: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 6 (en prensa).
- Piña, J. A. y Corral, V. (2001). Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el sida. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17, 7-21.
- Piña, J.A., de la Cruz, H. y Obregón, F.J. (2002). Comportamientos instrumentales de riesgo y motivos subyacentes: su relación con el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 12, 219-226.
- Piña, J.A., Molina, C. y Cota, M. (2005, versión electrónica). Validación de un instrumento que mide variables psicológicas y comportamientos de riesgo/prevenición relacionados con el VIH/sida. En P. Vera y L. Oblitas (Comps.), *Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud*. Bogotá: PSICOM Editores
- Piña, J.A., Robles, S. y Rivera, B.M. (2007). Instrumento para la evaluación de variables que psicológicas y comportamientos de riesgo relacionados con la infección por VIH. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20 (en prensa).
- Piña, J.A. y Urquidí, L.E. (2006). Determinantes psicológicos del uso de condón en estudiantes de educación superior. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11, 333-345.
- Piña, J.A. y Werner, R. (2004). Predictores psicológicos del uso inconsistente de condón en mujeres. *Estudios Vida e Saúde*, 31, 1057-1068.
- Rani, M., Figueroa, M.E. y Ainsle, R. (2003). The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: Looking through the gender lens. *International Family Planning Perspectives*, 29, 174-181.
- Ribes, E. (2005). *¿Qué se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales*. Acta comportamental, 13, 37-52.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y Sánchez, S. (1990). El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes (Ed.), *Psicología general* (pp. 231-253). México: Editorial Trillas.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz González, E., Rodríguez, M.L. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22, 60-71.
- Robles, S., Piña, J.A. y Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente de condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22, 200-204.
- Rodríguez, M.L., Moreno, D., Robles, S. y Díaz González, E. (2000). El sida desde el modelo psicológico de salud biológica. *Psicología y Salud*, 10, 161-175.
- Shafii, T., Stovel, K., Davis, R. y Holmes, K. (2004). Is condom use habit forming? Condom use at sexual debut and subsequent condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 31, 366-372.
- Shafii, T., Stovel, K., Davis, R. y Holmes, K. (2007). Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: A longitudinal study using biomarkers. *American Journal of Public Health*, 97, 1090-1095.
- Sunmola, A.M. (2005). Evaluating the sexual behaviour, barriers to condom use and its actual use by university students in Nigeria. *AIDS Care*, 17, 457-465.
- Takakura, M., Wake, N. y Kobahashi, M. (2007). Relationship of condom use with other risk sexual behaviors among selected Japanese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 40, 85-88.
- Vera, L.M., López, N., Orozco, L.C. y Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Médica Colombiana*, 26, 16-23.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Gaviria, A.M., Soto, A.M., Gil, M.D. y Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 25, 39-50.
- Zablotska, I.B., Gray, R.H., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., Sewankambo, N. y cols. (2006). Alcohol use before sex and HIV acquisition: A longitudinal study in Rakai, Uganda. *AIDS*, 20, 1191-1916.