

Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México*

Benjamín Nieto-Andrade, Lic. en Sociol., M. en Pobl.,⁽¹⁾
José Antonio Izazola-Licea, MC., Dr. en C.⁽²⁾

Nieto-Andrade B, Izazola-Licea JA.
Uso del condón en hombres con parejas
no estables en la Ciudad de México.
Salud Publica Mex 1999;41:85-94.

Nieto-Andrade B, Izazola-Licea JA.
Condom use among men with
non-stable partners in Mexico City.
Salud Publica Mex 1999;41:85-94.

Resumen

Objetivo. Analizar la asociación de variables sociodemográficas en la utilización del condón durante prácticas sexuales vaginales con parejas no estables. **Material y métodos.** Los datos provienen de una encuesta probabilística sobre comportamiento sexual aplicada en 1992-1993 a una muestra de hogares en la Ciudad de México y su área conurbada. De 8 068 hombres de 15 a 60 años de edad que proporcionaron información, se seleccionaron 1 535 cuya última relación sexual –con penetración vaginal– había sido con una pareja no estable. Primero se realizó un análisis por componentes principales, para agrupar aquellas variables con dimensiones subyacentes comunes y, a partir de ellos y de algunas variables individuales, se efectuó una regresión logística. **Resultados.** Las variables que midieron conocimientos sobre el SIDA y sus mecanismos de transmisión y prevención, no tuvieron una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con haber usado condón en la última relación sexual vaginal con una pareja no estable (variable dependiente). En su lugar, las variables que sí presentaron una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, fueron: visión del placer del sexo con condón o sin penetración; autoeficacia para realizar sexo sin penetración; autocompulsión en el uso del condón asociado al SIDA como enfermedad de mayor temor; percepción sobre el carácter evitable de la infección y sobre la efectividad del condón; estado civil; escolaridad; y número de episodios de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en toda la vida. **Conclusiones.** Aunque la provisión de información es importante en las

Abstract

Objective. To analyze the association between sociodemographic variables and condom use during vaginal sexual relationships with non-stable partners. **Material and methods.** Data were taken from a household probability survey on sexual behavior in 1992-1993 in the Mexico City Metropolitan Area. Of the completed survey were obtained 8 068 men of 15 to 60 years of age. 1 535 were selected because they reported that their last sexual relationship with vaginal intercourse had been with a non-stable partner. Principal component analyses were conducted to groups of variables with common underlying structures, these components and other variables were included in a logistic regressions. Condom use during last intercourse was the dependent variable. **Results.** Feeling that sex with condoms or sex without penetration could be pleasurable, a high ranking in a scale on self-efficacy for condom use, compulsion for using a condom because of being afraid of contracting HIV/AIDS were positively associated with using a condom in the last sexual intercourse. Marital status, schooling, and the number of episodes of sexually transmitted diseases were significantly associated with condom use. Perception of inevitability of becoming infected due to lack of trust in condoms was negatively associated with its use. None of the variables regarding knowledge on HIV/AIDS, including means of transmission and ways to prevent its infection, showed any significant association with condom use. **Conclusions.** Even when information is considered important in educational strategies, it might be more important

* Una versión de mayor extensión fue presentada por Benjamín Nieto Andrade para obtener el grado de Maestro en Población por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (1997).

Los fondos para la ejecución de la encuesta fueron provistos por el Instituto Nacional de Salud y Desarrollo Infantil de los Estados Unidos (NICHHD, grant #28305-04), mediante subcontrato C191.97N con The Population Council.

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

(2) Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC).

Fecha de recibido: 15 de junio de 1998 • Fecha de aprobado: 20 de enero de 1999

Solicitud de sobretiros: Benjamín Nieto Andrade. Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655, colonia Santa Ma. Ahuacatitlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.

estrategias educacionales de prevención sobre VIH/SIDA, el fomento de una percepción individual y colectiva favorable (placentera) sobre el condón, el sexo seguro y la autoeficacia para poner en práctica medidas preventivas contra la infección por VIH, puede ser de mayor importancia para adoptar el uso de condón como práctica de prevención.

Palabras clave: condones/utilización; comportamiento sexual/hombres; conocimientos, actitudes y prácticas; autoeficacia; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; México

to promote a positive perception on condoms and safe sex as pleasurable (at the individual and social level), as well as the promotion of self-efficacy on being able to use a condom or enforce preventive behaviors against HIV infection.

Key words: condoms/utilization; sexual behavior/men; knowledge; attitudes; practices; self-efficacy; acquired immune-deficiency syndrome; Mexico

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha aumentado la morbilidad y la mortalidad de la población mexicana, y en los últimos años se ha convertido en una de las principales causas de muerte, particularmente entre la población masculina mayor de 15 años; en 1996, por ejemplo, representó la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años de edad.¹ Lo anterior se ha traducido en la pérdida de años potenciales de vida productiva en todo el país,² en los elevados costos de los tratamientos antivirales y profilácticos³ —a lo que tanto las instituciones de salud como los individuos han tenido que hacer frente—, y en el dolor físico y emocional de las personas infectadas y de sus familiares.

Debido a que no se vislumbra el descubrimiento y la disponibilidad de una vacuna en el corto y el mediano plazos y a que la mayor parte de las infecciones con riesgo documentado han ocurrido por vía sexual (86.8% de casos acumulados hasta el primero de abril de 1998),⁴ se ha recomendado el uso del condón como una medida preventiva altamente eficaz contra la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA.⁵⁻⁷

En prácticas heterosexuales, cuyo peso en el total de casos de SIDA documentados es considerable (30.1% de casos acumulados en hombres y mujeres hasta el primero de abril de 1998),⁴ la adopción del condón ha dependido en gran parte de la decisión del hombre.^{8,9} En ello han mediado aspectos normativo-sociales acerca de la sexualidad que tienen que ver con las responsabilidades que al respecto se han asignado tradicionalmente a cada uno de los miembros de la pareja y con el efecto de las redes sociales (incluyendo la opinión de la pareja) sobre la forma de vivir la sexualidad. Por otra parte, también han influido fuerzas individuales internas que se manifiestan a través del deseo, la percepción del condón, la capacidad de negociación con la pareja y el miedo a contraer el SIDA, así como la percepción de autoeficacia en las propias acciones, que, modificándose en el tiempo según el efecto de las sucesivas experiencias, permite estimar

qué tanto una persona con “intención” de realizar una conducta la pone en “práctica”.¹⁰⁻¹⁶ En estrecha vinculación con lo anterior están ciertos aspectos demográficos como la edad, la escolaridad, el estado civil, tener hijos y otra serie de eventos que conforman la experiencia (haber tenido enfermedades de transmisión sexual o haber estado en riesgo, edad a la primera relación sexual con penetración, conocer alguien enfermo de SIDA, etc.)¹⁷⁻²⁰ y que tienen que ver con la forma en que las normas sociales y culturales son asimiladas y con sus posibilidades de cambio.

Al estudiar qué aspectos influyen en la decisión de los hombres sobre usar o no condón en sus relaciones sexuales con mujeres, se abre la posibilidad de mejorar la prevención contra el SIDA y de disminuir las inequidades de género en materia sexual. Estas últimas se conceptualizan como aquellas diferencias socialmente construidas sobre lo masculino y femenino, que derivan en un menor poder de negociación de las mujeres frente a los hombres para usar condón por el riesgo de poner en peligro la integridad física o la relación.¹⁶

Para abordar los aspectos que intervienen en el uso del condón se analiza información sobre hombres que declararon haber tenido coito vaginal en su última relación sexual con una pareja no estable. Esta última se definió con base en la respuesta a una pregunta específica.

El supuesto que subyace en este trabajo es que no usar condón con una pareja no estable es una conducta potencial de daño para la salud. Si bien no se trata del conjunto de personas con la mayor probabilidad real de infección (p.e., hombres que tienen sexo con otros hombres o trabajadores del sexo comercial), su estudio es importante por el paulatino incremento de la infección por VIH-SIDA mediante prácticas heterosexuales y por su potencial importancia en el futuro.

El objetivo de la investigación es analizar la asociación de variables sociodemográficas en la utilización del condón durante la última relación sexual (vaginal) con una pareja no estable. La población objeto de es-

tudio comprende una muestra probabilística de hombres de 15 a 60 años de edad.

La fuente de información utilizada fue una encuesta que se realizó en 1992-1993, cuyo propósito principal fue describir los comportamientos sexuales de los hombres de 15 a 60 años de edad residentes en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) así como analizar los niveles y determinantes del uso del condón.²¹ El análisis de este estudio se aplicó en una submuestra específica.

La hipótesis del estudio es que el conocimiento acerca del SIDA y de sus mecanismos de transmisión y formas de prevención no basta para la adopción del condón como medida profiláctica. En ello intervienen también aspectos que rigen lo social-normativo en materia sexual (expresado por la opinión de la pareja sobre el condón y el SIDA), fuerzas individuales internas (opinión del condón en relación con el placer y su utilidad, miedo a la enfermedad), percepción de llevar a la práctica el uso del condón (percepción de autoeficacia), variables demográficas (edad, escolaridad, estado civil, tener hijos, vivir en pareja) y algunos eventos importantes dentro de la sexualidad (número de ETS en toda la vida, haber consultado al médico por ETS, edad a la primera relación sexual con penetración, conocer alguien enfermo de SIDA, percepción de riesgo de infección por el virus del SIDA en relaciones sexuales presentes y pasadas, y percepción de que las relaciones sexuales al momento del estudio pusieron a alguien en riesgo de infección por el virus del SIDA).

Material y métodos

Se trabajó con una encuesta probabilística transversal sobre sexualidad, levantada en la ZMCM entre junio de 1992 y marzo de 1993.²¹ La encuesta tuvo como base el Marco Muestral Jurisdiccional de 1991 (MMJ) elaborado por la Secretaría de Salud, con el cual se realizó un muestreo aleatorio polietápico, donde las unidades primarias de selección fueron las áreas geoestadísticas básicas (AGEB), conformadas por manzanas, y éstas, a su vez, por viviendas. Estas últimas fueron agrupadas en segmentos de 10, y cada segmento fue seleccionado bajo muestreo aleatorio dentro de las AGEB. La probabilidad de selección de cada vivienda fue proporcional al volumen de viviendas en cada delegación o municipio, acorde con los resultados del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990.

Con excepción de las delegaciones de Milpa Alta y Tláhuac –porque tienen un alto índice de ruralidad–, la encuesta se aplicó en todo el Distrito Federal y en dos municipios del Estado de México: Naucalpan y Nezahualcóyotl.

De un total de 11 500 viviendas visitadas, en 915 no se encontró a ninguna persona y en 240 se negaron a responder un primer cuestionario sobre información sociodemográfica básica: edad, sexo, parentesco, escolaridad y ocupación. En este primer cuestionario se solicitó la participación de cualquier adulto que estuviera en la vivienda y, debido a que el único propósito era obtener una lista de todas las personas que vivían en cada hogar, no se mencionó el tema más general de la investigación: SIDA y conductas sexuales. De esta manera, el total de viviendas donde sí se aplicó el cuestionario sociodemográfico fue de 10 378 (89.9%).

Con el cuestionario sociodemográfico se censaron 13 197 hombres de 15 a 60 años de edad; sin embargo, con 31.8% de ellos no se pudo establecer contacto verbal para proponerles un cuestionario individual. De los 9 001 hombres contactados personalmente, 8% dio una respuesta negativa abierta y 2.3% no cumplió con las citas para la entrevista después de la sexta visita (negación velada). El número total de hombres a quienes se aplicó, en forma individual (cara a cara) y confidencial, un cuestionario estructurado de 25 minutos sobre sexualidad, fue de 8 068.²¹ De ese total, aquellos hombres que practicaron penetración vaginal en su última relación con una pareja no estable fueron seleccionados para la presente investigación (1 535 casos).

La variable dependiente fue el uso del condón en la última relación sexual vaginal con una pareja no estable. Específicamente se preguntó sobre el uso del condón en un coito vaginal, aunque algunos de los hombres que respondieron afirmativamente a esta pregunta también tuvieron otro tipo de prácticas sexuales en su último encuentro sexual (sexo oral o anal). Este tipo de variable fue dicotómica, es decir, los entrevistados contestaron “sí” o “no” a “¿Utilizó condón en su último coito vaginal?” con una pareja no estable.

Las preguntas sobre la última relación sexual (vaginal) con una pareja no estable no fueron formuladas con referencia a un periodo determinado, de manera que la última relación sexual pudo haber ocurrido un día previo a la entrevista. En lo que se hizo énfasis al momento de la entrevista y durante el presente análisis, fue en que la información proporcionada sobre este tema estuviera siempre referida a la última relación sexual con una pareja no estable. Con ello se procuró que el informante se concentrara en un evento particular y que no existiera confusión o mezcla de hechos ocurridos en otras relaciones en donde no se contara con ciertas variables de control.

Las variables independientes fueron: estado civil, edad, escolaridad, edad a la primera relación sexual con penetración, haber consultado a alguien por ETS,

número de ETS en toda la vida, tener miedo de enfermarse de SIDA, conocer a alguien enfermo de SIDA, vivir con una pareja, tener hijos, riesgo de infección por el virus del SIDA en relaciones sexuales pasadas, riesgo de infección por el virus del SIDA en relaciones sexuales presentes, percepción de que las relaciones sexuales actuales ponen a alguien en riesgo de infección por el virus del SIDA, así como el resultado de dos análisis por componentes, mismos que a continuación se enlistan: a) visión sobre el placer del sexo con condón o sin penetración; b) autoeficacia para realizar sexo sin penetración; c) autocompulsión en el uso del condón (asociado al SIDA como la enfermedad a la que más temor se le tiene); d) percepción sobre el carácter evitable de la infección y la efectividad del condón; e) confianza en no desarrollar SIDA; f) modificación del número de parejas; g) si tuviera VIH podría combatir la enfermedad; h) mitos sobre transmisión del SIDA; i) información correcta sobre prevención del SIDA; j) información correcta sobre transmisión del SIDA; k) información correcta sobre lo que es el SIDA, y l) mitos sobre prevención del SIDA.

Con el método por componentes principales se reagruparon aquellas variables que estuvieron correlacionadas (cuadros I y II). En lo interno cada componente es la transformación lineal de las variables individuales que lo componen, más el error asociado (factor único). Con este procedimiento se eliminaron problemas de multicolinealidad y se construyeron componentes independientes entre sí y que en conjunto maximizan la varianza total muestral explicada.²²

La escala original de respuestas de las variables que conforman cada componente fue: 1= de acuerdo, 2= no sé y 3= desacuerdo. Con el fin de mantener uniformidad en el tipo de consecuencias hacia la salud de cada respuesta, se recodificaron algunas variables para que en todos los casos el significado fuera el mismo: 1= actitud negativa en materia de prevención, 2= sin opinión y 3= actitud positiva en materia de prevención.

Es importante destacar que los aspectos de orden social, individual y de autoeficacia no siempre se reflejan en forma directa en las variables independientes; en el caso de algunos componentes se encuentran expresados en forma entrelazada por el conjunto de variables que los conforman. Así por ejemplo, los aspectos sociales se recuperan a partir de la opinión de la pareja sobre el uso del condón y el SIDA (presentes en variables que conforman los componentes 1 y 4); las fuerzas internas individuales se recuperan a partir de las expectativas personales del condón, su efectividad y la autocompulsión para usarlo (componentes

Cuadro I
**ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES
DE LAS VARIABLES SOBRE PERCEPCIÓN DEL CONDÓN,
ACTITUDES HACIA EL SIDA Y EL SEXO SEGURO,
AUTOEFICACIA Y ASPECTOS NORMATIVOS.
HOMBRES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 1992-1993**

Corre- lación	Componente variable
	Visión sobre el placer del sexo con condón o sin penetración. Componente 1
0.61	El condón reduce la sensación sexual de quien lo usa
0.67	Usar condón es desestimulante para mí
0.54	A la mera hora es difícil evitar la penetración
0.49	Tener relaciones sexuales sin penetración es totalmente insatisfactorio
0.58	Si uso condón mi pareja pierde entusiasmo
0.66	A la mera hora es difícil usar condón
	Autoeficacia para realizar sexo sin penetración. Componente 2
0.81	Es fácil para mí incorporar prácticas de sexo sin penetración
0.77	En mi próxima relación sexual voy a tener sexo sin penetración
0.74	Para mí es fácil tener sexo sin penetración
	Autocompulsión en el uso del condón, asociado al SIDA como la enfermedad que provoca mayor temor. Componente 3
0.66	El uso del condón en mis relaciones sexuales me da tranquilidad
0.70	Debo usar condón en cada relación sexual
0.50	De todas las enfermedades que conozco el SIDA es la que más me asusta
	Percepción sobre el carácter evitable de la infección y sobre la efectividad del condón. Componente 4
0.56	Desconfío de quienes usan condón
0.50	Los condones tienen poca utilidad
0.70	Es inevitable que me vaya a infectar con el virus del SIDA
0.44	Mis parejas sexuales creen inevitable cambiar nuestro estilo de vida a causa del SIDA
	Confianza en no desarrollar SIDA. Componente 5
0.45	Si a mí me diera SIDA probablemente existiría alguna cura para cuando la necesitase
0.59	No importa cuántas parejas tenga, mientras mis relaciones sexuales sean siempre sin penetración
0.60	Mi probabilidad de desarrollar SIDA es baja
0.38	Si limito mi número de parejas no es necesario usar condón
	Modificación del número de parejas. Componente 6
0.58	Es difícil que yo cambie mi comportamiento sexual
0.74	No puedo reducir el número de parejas sexuales que tengo
0.64	Disminuir el número de parejas sexuales es muy difícil
	Si tuviera VIH podría combatir la enfermedad. Componente 7
0.54	Si a mí me diera SIDA probablemente existiría alguna cura para cuando la necesitase
0.84	Si yo estuviera infectado con el virus del SIDA hay cosas que podría hacer para evitar desarrollar la enfermedad

1, 3 y 4), así como de la actitud hacia el SIDA (variable miedo al SIDA y componentes 5 y 7); la autoeficacia se refleja en la capacidad para tener relaciones de sexo

Cuadro II
**ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES
 DE LAS VARIABLES SOBRE CONOCIMIENTOS BÁSICOS
 DEL VIH/SIDA, MECANISMOS DE TRANSMISIÓN
 Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.
 HOMBRES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 1992-1993**

Corre- lación	Componente Variable
	Mitos sobre transmisión del SIDA. Componente 8
0.47	Enfermedad exclusiva de homosexuales
0.73	Se contagia por usar baños públicos
0.48	Se contagia por contacto diario con personas infectadas (en escuela, trabajo u hogar)
0.65	Se contagia a través del aire
0.77	Se contagia en albercas
0.51	Se contagia por piquete de insecto
	Información correcta sobre prevención del SIDA. Componente 9
0.43	Puede prevenirse usando condón en las relaciones sexuales
0.51	Puede prevenirse disminuyendo el número de parejas
0.62	Puede prevenirse evitando relaciones sexuales con personas infectadas
0.62	Puede prevenirse evitando relaciones sexuales con recién conocidos
0.55	Puede prevenirse haciendo pruebas de detección en donadores de sangre
0.54	Puede prevenirse evitando jeringas no esterilizadas
	Información correcta sobre transmisión del SIDA. Componente 10
0.66	Se contagia por transfusión de sangre infectada
0.61	Se contagia por contacto sexual con persona infectada
0.62	Se contagia por usar jeringas sin esterilizar
0.51	Se contagia durante el embarazo si la madre está enferma
	Información correcta sobre qué es el SIDA. Componente 11
0.68	Enfermedad que puede afectar a todos
0.73	Padecimiento infeccioso
0.45	Padecimiento prevenible
	Mitos sobre prevención del SIDA. Componente 12
0.72	Se previene teniendo sólo relaciones sexuales con mujeres
0.67	Se previene no donando sangre

seguro (p.e., usar condón, evitar penetración, disminuir el número de parejas) y para concebirse como responsable del propio destino (componentes 2, 4 y 6).

Después de realizar regresiones bivariantes, se construyó un modelo logístico multivariable con ayuda del Statistical Package for Social Sciences (SPSS), donde se introdujeron las 25 variables independientes mencionadas (12 de ellas componentes).^{22,23} Paulatinamente se fueron excluyendo del modelo saturado aquellas variables independientes que presentaban la relación menos significativa con la variable dependiente (método backwards), usando como criterio de conservación en el modelo un valor de $p < 0.05$, y como criterio para removerlas (una vez dentro del modelo),

un valor de $p > 0.1$. De esta manera, se llegó a un modelo que incluyó sólo aquellas variables independientes que resultaron estadísticamente significativas en presencia de otras igualmente significativas. Como medida de asociación entre la variable dependiente y las independientes se utilizó la razón de momios (RM) con su respectiva significancia y los intervalos de confianza de las categorías.

El cuadro III presenta los resultados del modelo logístico multivariable, donde se observa la distribución de casos según uso de condón en la última relación sexual con una pareja no estable, así como la razón de momios y su significancia para el modelo bivariado –sólo en el caso de las covariables seleccionadas en el modelo final– y para el modelo ajustado.

Resultados

La población muestral resultó ser predominantemente joven (80% era menor de 35 años y la media de edad fue de 27 años), soltera (82%) y con un promedio de escolaridad de 11 años (segundo año de bachillerato). El promedio de edad a la primera relación sexual con penetración fue de 16.9 años, y de la edad a la primera acción de protección contra alguna ETS, de 20 años. El 57.2% de la población muestral declaró no haber usado condón en su última relación sexual con una pareja no estable, en tanto que 41.5% declaró nunca haber usado condón o algún método de protección contra ETS. El 73% de los entrevistados respondió no tener al momento de la encuesta una pareja estable; el restante 27% sí tenía una pareja estable, aunque al igual que el 100% de los entrevistados, la última relación sexual (vaginal) la había practicado con una pareja no estable. Del total de hombres con pareja estable, 80.6% (329) tenía sólo una pareja estable al momento de la entrevista. El 70.9% de los entrevistados refirió haber tenido su última relación sexual dentro de los doce meses anteriores al momento de la entrevista.

En la relación bivariada, los componentes relativos a información correcta sobre el SIDA y sus formas de transmisión y de prevención no resultaron significativos: "Qué es el SIDA", $p = 0.4$; "Prevención correcta", $p = 0.2$, y "Transmisión correcta" $p = 0.4$. Tampoco fueron significativas "Haber consultado a alguien por ETS", $p = 0.4$; "Tener miedo a enfermarse de SIDA", $p = 0.1$; "Confianza en no desarrollar SIDA", $p = 0.2$; "Modificación del número de parejas", $p = 0.2$; "Si tuviera VIH podría combatir la enfermedad", $p = 0.1$; "Riesgo de infección por el virus del SIDA en relaciones sexuales pasadas", $p = 0.1$ y "Riesgo de infección por el virus del SIDA en relaciones sexuales presentes", $p = 0.6$ (en el cuadro III sólo se presentan aquellas variables y com-

Cuadro III
**FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CON UNA PAREJA NO ESTABLE.
 HOMBRES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 1992-1993**

	Uso de condón	%	Modelo bivariante		Modelo ajustado (multivariable)*	
			RM cruda (IC95%)	p	RM ajustada (IC95%)	p
Estado civil				0.0000		0.0125
Soltero	585	46.1	1.00		1.00	
Casado	37	26.6	0.42 (0.2870, 0.6286)		0.68 (0.4210, 1.0842)	
Unión libre	11	35.5	0.64 (0.3060, 1.3553)		1.66 (0.6857, 4.0330)	
Viudo/divorciado	24	25.5	0.40 (0.2493, 0.6465)		0.44 (0.2433, 0.8084)	
Escolaridad				0.0000		0.0003
Primaria (completa/incompleta)	44	19.9	1.00		1.00	
Secundaria (completa/incompleta)	139	36.0	2.26 (1.5326, 3.3436)		1.49 (0.9476, 2.3382)	
Bachillerato (completa/incompleta)	221	48.3	3.75 (2.7510, 5.4723)		1.96 (1.2558, 3.0648)	
Universidad (completa/incompleta)	232	54.8	4.89 (3.3361, 7.1564)		2.59 (1.6309, 4.1134)	
Maestría/doctorado (completa/incompleta)	12	54.5	4.83 (1.9591, 11.8947)		3.96 (1.2349, 12.7229)	
Numero de ETS en toda la vida				0.0012		0.0080
0	488	43.7	1.00		1.00	
1	139	45.6	1.08 (0.8355, 1.3897)		1.25 (0.9118, 1.7091)	
2-5	30	26.3	0.46 (0.2985, 0.7098)		0.51 (0.3014, 0.8546)	
Edad a la primera relación sexual con penetración				0.0437		0.0771
14 y menos	94	37.6	1.00		1.00	
15-19	476	44.6	1.34 (1.0071, 1.7738)		1.10 (0.7838, 1.5431)	
20-24	77	43.8	1.29 (0.8716, 1.9113)		1.21 (0.7541, 1.9525)	
25-30	8	25.0	0.55 (0.2394, 1.2839)		0.33 (0.1269, 0.8946)	
Visión del placer del sexo con condón o sin penetración	618	42.7	1.69	0.0000	1.70	0.000
Autoeficacia para realizar sexo sin penetración	618	42.7	1.14	0.0134	1.13	0.0475
Autocompulsión en el uso del condón, asociado al SIDA como enfermedad de mayor temor	618	42.7	1.85	0.0000	1.87	0.0000
Percepción sobre la evitabilidad de infección y sobre la efectividad del condón	618	42.7	1.32	0.0000	1.36	0.0000
Relaciones sexuales actuales ponen a alguien en riesgo de infección				0.0135		0.0445
Mucho	25	31.3	0.57 (0.3521, 0.9333)		0.43 (0.2348, 0.8038)	
Regular	64	43.0	0.95 (0.6720, 0.3408)		0.95 (0.6287, 1.4444)	
No sé	10	22.2	0.36 (0.1777, 0.7376)		0.44 (0.1612, 1.207)	
Poco	62	44.9	1.03 (0.7206, 1.4679)		1.10 (0.7267, 1.6716)	
Nada	491	44.2	1.00		1.00	

Nota: n= 1 535

* En el modelo ajustado no fueron significativas las siguientes covariables: edad; haber consultado a alguien por alguna ETS; tener miedo de enfermarse de SIDA; conocer a alguien enfermo de SIDA; vivir con una pareja; tener hijos; confianza en no desarrollar SIDA; modificación del número de parejas; si tuviera VIH podría combatir la enfermedad; mitos sobre transmisión; información correcta sobre prevención; información correcta sobre transmisión; información correcta sobre qué es el SIDA, y mitos sobre prevención.

† La diferencia en el total de casos incluidos en el análisis de cada variable se debe a observaciones incompletas o faltantes en las categorías analizadas (*missing cases*).

ponentes que en el modelo multivariable resultaron significativas).

Por el contrario, los componentes "Mitos de transmisión del SIDA" y "Mitos sobre prevención del SIDA" sí fueron significativos en la relación bivariable ($p < 0.05$), al igual que el estado civil, la edad, la escolaridad, el número de ETS en toda la vida, la edad a la primera relación sexual con penetración, el hecho de conocer a alguien enfermo de SIDA, vivir en pareja, tener hijos, la visión sobre el placer del sexo con condón y/o sin penetración, la autoeficacia para realizar sexo sin penetración, la autocompulsión en el uso del condón (asociado al SIDA como la enfermedad que provoca mayor temor), la percepción sobre la evitabilidad de la infección y sobre el carácter evitable del condón, y el hecho de pensar que las relaciones sexuales sostenidas al momento del estudio ponían a alguien en riesgo de infección.

En la definición de un modelo ajustado multivariable, se eliminaron aquellos componentes y variables que fueron resultando no significativos en presencia de las demás, de tal manera que quedaron ocho covariables con asociación estadísticamente significativa respecto al uso del condón en la última relación sexual vaginal con una pareja no estable (cuadro III), a saber: a) estado civil, b) escolaridad, c) número de ETS en toda la vida, d) visión del placer del sexo con condón o sin penetración, e) autoeficacia para realizar sexo sin penetración, f) autocompulsión en el uso del condón (asociado al SIDA como la enfermedad que provoca mayor temor), g) percepción sobre el carácter evitable de la infección y la efectividad del condón y h) peligro de poner a alguien en riesgo de infección en las relaciones sexuales actuales.

Los momios más altos de haber usado condón en la última relación sexual con una pareja no estable fueron: vivir en unión libre (RM= 1.7), es decir, los hombres en unión libre informaron haber usado condón 1.7 veces más que los solteros (RM= 1.0); educación escolar elevada (RM= 3.9 para maestría o doctorado *vs* RM= 1.0 para primaria); tener una visión placentera del sexo con condón o sin penetración (RM= 1.7, en contraposición a quienes declararon como desagradable usar condón o tener relaciones sexuales sin penetración), y un gran sentimiento de autocompulsión en el uso del condón asociado a un fuerte temor al SIDA (RM= 1.8, en contraposición con quienes se sentían tranquilos cuando no usaban condón y con aquellos que no veían el SIDA como la enfermedad que provocaba el mayor temor).

Aunque con menor valor en el momio, la percepción de autoeficacia para realizar sexo sin penetración (RM= 1.1) y la percepción sobre la evitabilidad de in-

fección por VIH y sobre la efectividad del condón (RM= 1.3), también se asociaron positivamente con haber usado condón en la última relación sexual con una pareja no estable.

La variable sobre la percepción de que las relaciones sexuales actuales ponen a alguien en riesgo de infección por VIH presentó una correlación negativa: a mayor percepción de riesgo de infección, menor frecuencia en la notificación de haber usado condón (momio menor).

En el modelo ajustado, los componentes sobre conocimientos del SIDA y sus mecanismos de transmisión y formas de prevención, no tuvieron asociación estadísticamente significativa con la variable dependiente: haber usado condón en la última relación sexual con una pareja no estable. Aunque la mayoría de los entrevistados respondieron correctamente a una serie de preguntas relativas a los tres tópicos anteriores, menos de la mitad declaró haber usado condón.

Discusión

Aunque la población objeto de este estudio no pertenece estrictamente a los sectores con mayor probabilidad de adquirir o transmitir el VIH, sí merece atención por el incremento que ha tenido en la participación relativa de nuevas infecciones por VIH mediante prácticas heterosexuales.

Además, los resultados de esta investigación indican que dicha población presenta características de potencial riesgo de infección por VIH/SIDA: un diferencial de tres años entre la primera relación sexual con penetración y el uso del condón, así como un amplio porcentaje de hombres que nunca han usado condón y que no contaban, al menos en el momento de la entrevista, con una pareja estable.

La información sobre VIH/SIDA no resultó ser un predictor de haber usado condón en la última relación sexual vaginal con una pareja no estable. En su lugar, una visión placentera del condón o del sexo sin penetración, una percepción positiva sobre la efectividad y la necesidad del condón para evitar la infección, sobre la capacidad individual (autoeficacia) para no practicar la penetración y para poner en práctica medidas que no pongan a la persona en situaciones de riesgo, estuvieron asociadas con el uso del condón en la última relación sexual con una pareja no estable.

Estos hallazgos son similares a los publicados en otros países, donde a pesar de existir una amplia proporción de población con información sobre ETS, no se encontró una relación con el uso del condón. En dichos estudios, algunas de las razones declaradas para no usar condón fueron la disminución del placer e in-

comodidad en la relación sexual y la percepción negativa de la pareja sobre el condón.^{17,24} Asimismo, ciertas dudas sobre la efectividad del condón para proteger contra la transmisión del VIH y otras ETS, y el potencial efecto en las relaciones individuales que puede causar una imagen social negativa sobre el condón, estuvieron asociados al no uso del mismo.¹⁸

En un estudio realizado en la Ciudad de México con hombres de 15 a 49 años de edad,²⁵ factores como ser soltero y tener mayor escolaridad estuvieron asociados positivamente al uso del condón. Estas mismas variables, así como haber padecido alguna ETS y la percepción de riesgo de infección de VIH/ETS también fueron predictores del uso del condón en algunos contextos de Europa y África.¹⁸⁻²⁰ En la presente investigación, ser soltero y tener mayor escolaridad mostraron el mismo comportamiento: una relación positiva con haber usado condón en la última relación sexual con una pareja no estable. Sin embargo, el número de ETS en toda la vida y la percepción sobre si las relaciones sexuales actuales ponen a alguien en riesgo de infección, presentaron un comportamiento especial.

Haber tenido un episodio de ETS parece ser una experiencia que sensibiliza al individuo sobre la necesidad de protección en las relaciones sexuales, lo que se expresó en una razón de momios por arriba de la unidad para quienes usaron condón en la última relación sexual con una pareja no estable, mientras que haber tenido dos o más episodios de ETS, ligado a una razón de momios por debajo de la unidad, refleja los efectos de prácticas sexuales sin protección.

De la misma forma, una menor frecuencia de haber usado condón en la última relación sexual con una pareja no estable parece producir el reconocimiento de que las relaciones sexuales actuales ponen a alguien en *mucho* riesgo de infección (comparado con quienes consideraron nulo el riesgo), lo que explica la diferencia con los estudios internacionales anteriormente señalados.

A diferencia de otras investigaciones,¹⁸ en el presente modelo el miedo al SIDA no fue un predictor del uso del condón. Sin embargo, cuando el SIDA fue declarado como la enfermedad que provoca mayor temor y se le asoció a la autocompulsión de usar condón, sí se convirtió en un predictor de su uso en la última relación sexual con una pareja no estable. La explicación parece radicar en que existe una diferencia entre tener miedo al SIDA (como a muchas otras enfermedades) y que éste sea el padecimiento que causa mayor temor.

Al analizar los componentes asociados con el uso del condón en la última relación sexual con una pareja no estable (cuadro I), se observó que en ellos están pre-

sentes elementos de orden normativo-social, individual y de autoeficacia que se reflejan en: la opinión de la pareja sobre el condón y sobre modificaciones de la conducta sexual; la percepción individual sobre el condón, el placer, la penetración y el SIDA, y el autocontrol para evitar ciertas prácticas de riesgo (autoeficacia para tener relaciones sexuales sin penetración o para utilizar el condón), respectivamente.

En la adopción de una conducta sin riesgo para la salud, la correcta información sobre la enfermedad y sobre la forma de evitarla encuentra, muchas veces, la resistencia de diversos aspectos culturales. Para el caso mexicano, la literatura sobre el tema hace referencia al imperativo cultural masculino de probarse como hombre con el mayor número de conquistas sexuales, de disociar las relaciones sexuales de las emociones, de reducir la sexualidad a la penetración casi exclusivamente y de justificar los riesgos sexuales en la idea del hombre como sujeto con poco control sexual.* En esta investigación, por ejemplo, un amplio grupo de hombres declaró que era difícil disminuir el número de parejas (31%), evitar la penetración (45%) e incluso utilizar condón (27%). La probabilidad de haber usado condón fue menor en estos hombres, en comparación con quienes opinaron más favorablemente sobre actitudes de sexo seguro y autoeficacia.

Así entonces, se deduce que una actitud positiva hacia diversas prácticas de sexo seguro (donde no entren en contacto fluidos corporales), que tienen un sentido opuesto a elementos culturales establecidos (la reducción de la sexualidad a la penetración), también influye positivamente en la adopción del condón. Es así como se explica que la autoeficacia para tener relaciones sexuales sin penetración –una práctica que por definición no necesitaría el uso del condón–, haya sido un determinante de la utilización del condón en la última relación sexual con una pareja no estable.

Se puede afirmar que la información es un elemento importante en la evaluación de los efectos positivos y negativos de usar o no condón. No obstante, sólo es uno de los factores que intervienen en ello; entre los de orden individual, también es necesario considerar la percepción de incomodidad y utilidad del condón referidos anteriormente.

Además, siguiendo los hallazgos de diversos estudios sobre el cambio de comportamiento (no sólo en materia de ETS, sino también de cambio demográfico), es necesario incorporar aspectos sociales/nor-

* Szasz I. Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. México, D.F.: El Colegio de México. Mimeo.

mativos/culturales (imagen social sobre el condón, la opinión de la(s) pareja(s)),²⁶ y, para este caso, de autoeficacia.¹⁵

Así, para modificar las conductas de riesgo en materia de VIH/SIDA entre hombres que mantienen relaciones sexuales vaginales con parejas no estables, sería necesario:

1. Hacer énfasis no solamente en el uso del condón, sino también en las medidas de sexo seguro que abarquen otros aspectos además de la penetración; por ejemplo, modificar ciertos valores involucrados en la construcción de la masculinidad, como la reducción de la sexualidad casi exclusivamente a la penetración, la necesidad de tomar riesgos, la falta de control sexual, etcétera. Al respecto, habría que investigar cuáles serían los mejores medios y campañas para difundir una cultura sexual que no se centrara exclusivamente en la penetración y en los órganos genitales, sino que destacara la riqueza de visualizar todo el cuerpo como posibilidad de sensualidad y placer, y cuyo goce esté regido por la responsabilidad y el aprecio hacia sí mismo y hacia la(s) pareja(s).
2. Promover la idea del condón como un elemento que puede ser erotizable y placentero y no una barrera a la espontaneidad de las relaciones sexuales o al placer. Sobre este punto también habría que investigar para encontrar diseños de campaña efectivos que lleguen realmente a los diferentes sectores de la población.
3. Mejorar la percepción individual sobre la propia capacidad para poner en práctica conductas preventivas de salud, desarrollando la confianza y el interés por discutir o comentar acciones de prevención con la o las parejas sexuales. En ese sentido es importante eliminar la concepción del destino o suerte como motores que marcan la vida de las personas (*locus* de control externo), promoviendo en su lugar el importante papel que pueden jugar los propios individuos en colaboración con su ambiente social cercano (autoeficacia). Para ello es necesario no sólo fomentar la información por medio de libros, revistas, conferencias o anuncios televisivos, sino también reforzar las intervenciones comunitarias cara a cara o la organización de talleres de sexo seguro, donde la participación de las personas y su medio social cercano sea un elemento activo de cambio.
4. Ligado al mejoramiento de la capacidad para poner en práctica conductas preventivas, en las campañas de prevención se debe insistir en la efectividad del condón para evitar la transmisión del VIH y de otras ETS.

tividad del condón para evitar la transmisión del VIH y de otras ETS.

5. Debido al gran número de personas jóvenes en la población mexicana, especialmente a aquellas menores de 30 años, es necesario promover conductas preventivas en esos grupos de edad, sobre todo considerando el diferencial de tres años entre la media de edad de la primera relación sexual con penetración y la de la primera protección contra ETS (16.9 vs 20 años), o bien, el diferencial en la proporción de quienes a los 30 años ya habían tenido su primera relación sexual con penetración y quienes habían usado por primera vez alguna protección contra ETS (99.7% vs 55.6%).
6. La promoción de conductas preventivas también debe reforzarse en hombres de mayor edad. Los datos de la encuesta muestran que a mayor edad hubo una menor proporción de quienes notificaron haber usado condón en su última relación sexual: 47% en menores de 30 años, 35% en aquellos de entre 30 y 44 años y 25% en el grupo de 45 a 60 años. Al respecto, valdría la pena indagar sobre los factores que operan para que hombres de distintas edades observen una frecuencia distinta en el uso del condón.

Agradecimientos

Agradecemos a las doctoras Rosario Cárdenas e Ivonne Szasz, por la lectura y la discusión de versiones previas de este documento, aunque la responsabilidad sobre las ideas expresadas en el mismo es exclusiva de los autores. Asimismo, a la doctora Kathryn Tolbert, directora regional para América Latina y el Caribe del Programa de Salud Reproductiva (The Population Council), quien junto con el doctor José Antonio Izazola Licea fue la investigadora principal para la ejecución de la encuesta de comportamiento en la que se basó este artículo.

Referencias

1. Izazola-Licea JA, Valdez-García M, Sánchez-Pérez HJ, Del Río-Chiriboga C. La mortalidad por el SIDA en México de 1983 a 1992. Tendencias y años perdidos de vida potencial. *Salud Publica Mex* 1995;37:140-148.
2. Izazola-Licea JA. Visión de conjunto. En: Izazola-Licea JA, ed. SIDA: estado actual del conocimiento, México: FUNSALUD/Limusa, 1996:11-44.
3. Del Río-Chiriboga C. Tratamientos para el SIDA y padecimientos asociados: costo y efectividad. *Gaceta Médica de México* 1996;132 supp 1:77-82.
4. SSA-CONASIDA. Boletín SIDA-ETS 1998; 4:57.

5. Thompson J, Yager T, Mtin J. Estimated condom failure and frequency of condom use among gay men. *Am J Public Health* 1993;83:1409-1413.
6. Steiner M, Trussell J, Glover L, Ioanis C, Spruyt A, Dorflinger L. Standardized protocols for condom breakage and slippage trials: A proposal. *Am J Public Health* 1994;84:1897-1900.
7. Martin DJ. A study of the deficiencies in the condom use skills of gay men. *Public Health Report* 1990;105:638-640.
8. Fleisher JM, Senie RT, Minkoff H, Jaccard J. Condom use relative to knowledge of sexually transmitted disease prevention, method of birth control and past or present infection. *J Community Health* 1994;19:395-407.
9. Herold, JM, Valenzuela MS, Morris L. Premarital sexual activity and contraceptive use in Santiago, Chile. *Stud Fam Plann* 1992;23:128-136.
10. Bandura A. Human Agency in Social Cognitive Theory. *Am Psychol* 1989;44:1174-1184.
11. Bandura A. *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
12. Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.
13. Laumann EO, Michael RT, Gagnon JH, Stuart MS. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.
14. Laumann EO, Gagnon J. A sociological perspective on sexual action. En: Rochard P, John G, eds. *Conceiving sexuality*. Nueva York: Routledge, 1995:183-214.
15. Wulfert E, Wan CK. Safer sex intentions and condom use viewed from a health belief, reasoned action, and social cognitive perspective. *The Journal of Sex Research* 1995;32:299-311.
16. Havanon N, Bennett A, Knodel J. Sexual networking in provincial Thailand. *Stud Fam Plann* 1993;24:1-17.
17. Pleck JH, Sonenstein FL, Ku LC. Adolescent males's condom use: Relationships between perceived cost-benefits and consistency. *Journal of Marriage and the Family* 1991;53:733-745.
18. Moatti JP, Bajos N, Durbec JP, Menard C, Serrand C. Determinants of condom use among French heterosexuals with multiple partners. *Am J Public Health* 1991;81:106-109.
19. Hogsborg M, Aaby P. Sexual relations, use of condoms and perceptions of AIDS in an urban area of Guinea-Bissau with a high prevalence of HIV-2. En: Tim D, ed. *Sexual behaviour and networking: Anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*. Liege: Derouasx-Ordina, 1990:203-232.
20. Messersmith L, Kane TT, Odebiyi AI, Adewuyi AA. Patterns of sexual behaviour and condom use in Ile-Ife, Nigeria: Implications for AIDS/STDs prevention and control. S/L: S/E, 1994.
21. Izazola-Licea JA, Tolbert K. *Comportamiento sexual en la Ciudad de México*. Encuesta 1992-1993. México, D.F.: Secretaría de Salud-CONASIDA, 1993.
22. Afifi A, Clark V. *Computer-aided multivariate analysis*. Nueva York: Nosstrand Reihold, 1990.
23. Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Massachusetts: John Wiley and Sons, 1987.
24. Geringer WM, Marks S, Allen WJ, Armstrong KA. Knowledge, attitudes and behavior related to condom use and STDs in a high risk population. *The Journal of Sex Research* 1993;30:75-83.
25. Hernández-Girón CA. *Prevalencia de utilización del condón y factores asociados en población de la Ciudad de México (tesis)*. México, D.F.: UNAM, 1996.
26. Cleland J, Wilson C. Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. *Population Studies* 1987;41:5-30.