

## CAPÍTULO 5

# Intención de uso del preservativo en contextos sexuales hipotéticos de riesgo en hombres y mujeres heterosexuales

{ Bibiana Rodríguez, Pablo Vallejo-Medina  
y Paola Barreto-Galeano

El preservativo apareció hace varios siglos, según afirman Lugo-nes & Ramírez, (2013) como la solución para controlar la natalidad y evitar ciertas enfermedades como la sífilis. Su uso profiláctico se conoce en Europa desde el siglo XVI, donde se utilizaba un tejido de lino. En el siguiente siglo aparecen los preservativos de cuero y a finales del siglo XIX se introducen los de caucho (Gue-reña, 2004).

Finalmente, el látex fue introducido en 1919 reemplazando el preservativo de caucho. Desde entonces se ha visto un aumento en la demanda de preservativos y hasta hoy las innovaciones no se han detenido, pues el mercado los ofrece con características en cuanto a lubricación, formas, texturas, colores y sabores (UN Ca-res, 2007). El condón es el único método disponible para la doble protección contra el embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), además de tener un rol vital en la salud sexual y reproductiva (Gallo, Norris & Norris, 2013). A nivel mundial, según recientes estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), alrededor del 25% de jóvenes que hacen parte de la población sexualmente activa –de entre 15 y 24 años– han sido afectados por alguna ITS, registrándose la mitad de los casos en mujeres. Además de provocar altos índices de morbilidad en mujeres entre los 15 y 44 años (Domingo, 2013), la transmisión y prevalencia están influenciadas por factores sociales y económicos así como por la biología y el comportamiento (OMS, 2005).

En América Latina la epidemia de VIH en población general (15-49 años) es del 0,4% que en muchos casos se incrementa por el bajo conocimiento de los jóvenes sobre VIH, teniendo en cuenta que menos del 50% de ellos sabe cómo prevenir la transmisión sexual del VIH, acentuando la problemática como se mencionó anteriormente en las mujeres por las razones expuestas (Onusida, 2012a). Al igual que en el acceso a información sobre VIH, las desigualdades de género son evidentes en el consumo del condón: mientras un aproximado del 70% de jóvenes hombres con múltiples parejas sexuales usó condón en los últimos 12 meses, en el grupo de mujeres de 15 a 19 años fue del 43%, y del 30% de 20 a 24 años (Onusida, 2012b).

En Colombia, se destacan tres situaciones importantes en materia de salud sexual y reproductiva, que van desde la obligatoriedad de impartir educación sexual en los planteles educativos, pasando por el reconocimiento de las consecuencias que ha dejado el VIH y por último, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como ley (Grisales, Castaño, Colorado & Rodas, 2011). Estas situaciones coyunturales han dejado de lado el tabú que por años han significado los temas que abarcan la sexualidad.

En los avances del gobierno colombiano con relación a la salud sexual y reproductividad, se destaca la aprobación del Conpes 147, documento de política social que define los lineamientos para afrontar el fenómeno del embarazo, en el cual se ratifica la inversión de \$246.000 millones de pesos para combatir la problemática a través de diferentes ejes estratégicos con acciones sectoriales (Departamento Nacional de Planeación, 2012). A estos avances se suma Profamilia, dedicada al bienestar de la familia colombiana, especializada en salud sexual y reproductiva, dedicada a la oferta de servicios médicos, a la educación y venta de productos (Profamilia, 2013). Entre los aportes de la entidad se encuentra uno de los estudios más grandes desarrollados en Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, cuyos resultados permean los sectores públicos y privados, organismos multilaterales y de cooperación, quienes buscan reformular planes y programas tendientes a mejorar las necesidades en este ámbito (Profamilia, 2013).

El uso del preservativo como cualquier otro consumo de productos de salud puede ser conceptualizado y abordado a partir de la psicología del consumidor, en virtud de la gran cantidad de aspectos simbólicos ligados a la elección de este tipo de productos y las marcas existentes en el mercado. Usualmente, este ha sido un campo de estudio propio de la psicología clínica y de la salud, no obstante, la revisión previa puede ser interpretada a la luz del consumo y comprenderse a partir de los procesos psicológicos del individuo que toma decisiones en contextos de mercado y de comunicación.

Por tanto, desde la psicología del consumidor se pretenden sugerir alternativas que acerquen a los adolescentes a prácticas de consumo responsables en el ámbito sexual, incentivando el consumo del preservativo. Así, el comportamiento sexual de riesgo se convierte en el punto de partida para invitar al aprovechamiento de los medios de comunicación y la publicidad como parte de la solución, considerando su alto potencial a la hora de afectar el comportamiento del consumidor en temas de salud, si son manejados de forma apropiada. Si bien los canales de comunicación han sido responsables de las fallas en muchas campañas de salud, esto ha sido el resultado de la falta de objetivos realistas, la corta intervención de los programas, los efectos beneficiosos prometidos al consumidor que no son inmediatamente evidentes y muchas veces la segmentación inadecuada de la audiencia, razones que entorpecen la intención de cambiar las actitudes y el comportamiento (Robertson & Wortzel, 1978). Con respecto a las campañas que promueven el uso de los condones, algunas investigaciones refieren que la utilización del mismo depende en gran medida de la cantidad de información relacionada con la efectividad del producto que muestra la publicidad. Sin embargo, la promoción actual dista mucho de la cantidad de información que debería ser transmitida a los adolescentes para incentivar el uso consistente del condón (Kituni, 2013). Una promoción adecuada debe ofrecer un preservativo más atractivo, permitiendo su comercialización como productos de “moda” que permitan aumentar la sensibilización con respecto al uso y la compra del mismo (Onusida, 2000). Algunos estudios revelan que la publicidad con doble sentido y que acude a los aspectos negativos del producto como recurso, logra reforzar actitudes más positivas del consumidor hacia las marcas de condones que los mensajes publicitarios que solo muestran aspectos positivos de los mismos (Alden & Crowley, 1995). De igual forma, algunos estudios muestran la efectividad que puede llegar a tener la publicidad erótica como recurso creativo, en este caso para la promoción de conductas sexuales seguras (O’Barr, 2011).

Esta investigación pretendió identificar algunos de los factores psicológicos relacionados con el proceso de decisión que sucede al momento de usar/consumir preservativos, y de este modo aportar al conocimiento de aquellos aspectos que deben ser considerados por las marcas de preservativos al momento de diseñar, exhibir y promover sus productos.

Se plantearon tres hipótesis. La primera fue evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas en la intención del uso del preservativo en función del sexo en contextos sexuales hipotéticos de riesgo. La segunda hipótesis buscaba averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas que influyeran en la intención de usar o no el preservativo en función de ofertar un solo preservativo o varios tipos de preservativos en contextos sexuales hipotéticos de riesgo. La

última, fue la de evaluar diferencias estadísticamente significativas en la intención de uso del condón en función de variables sociodemográficas, tales como edad, estrato y nivel de estudio, en contextos sexuales hipotéticos de riesgo.

## Método

### Participantes

Participaron en este estudio un total de 96 sujetos con edades de 18 a 24 años, heterosexuales. La elección del rango de edad se realizó considerando que estas son las edades con mayor riesgo de tener relaciones sexuales sin protección (OMS, 2006). Los participantes pertenecían mayoritariamente al estrato 3 representando el 53,1%, los estratos 2 y 4 representaron respectivamente el 20,8% y 24%, mientras que aproximadamente el 1% de los participantes pertenecieron al estrato 5. En relación con el nivel de estudios de los participantes, el 47,9% tenían estudios universitarios, en tanto el resto de los voluntarios tenían formación de bachillerato, técnico y tecnólogo: respectivamente 18,8%, 12,5% y 20,8%. Así, se puede concluir que la muestra representó un nivel de formación medio-alto. El estado civil de la población con la que se trabajó era en su gran mayoría la soltería con un 90,6%, seguido por la unión libre con un 7,3% y por último los casados con un 2,1%.

Tabla 1. Descripción de la muestra final

Variable	Porcentaje	Variable	Porcentaje
<b>Sexo</b>		<b>Estrato socioeconómico</b>	
Masculino	50% (48)	1	1% (1)
Femenino	50% (48)	2	20,8% (20)
<b>Edad</b>		3	53,1% (51)
18	18% (18)	4	24% (23)
19	16,7% (16)	5	1% (1)
20	15,6% (15)	<b>Nivel de estudios</b>	
21	19,8% (19)	Bachillerato	18,8% (18)
22	14,6% (14)	Técnico	12,5% (12)
23	11,5% (11)	Tecnólogo	20,8% (20)
24	3,1% (3)	Universitario	47,9% (46)
<b>Relación de pareja<sup>a</sup></b>		<b>Estado civil</b>	
Sí	34,4% (33)	Soltero	90,6 % (87)
No	65,6% (63)	Casado	2,1% (2)
		Unión de hecho	7,3% (7)

**Nota:** Se evaluaron durante el experimento un total de 132 sujetos de los cuales 3 fueron excluidos por el software SPSS.

<sup>a</sup> Relación de pareja mayor a seis meses

## Instrumentos

**Sociodemográficos.** Para las variables sociodemográficas se indagó sobre el sexo, edad, estrato, nivel educativo, orientación sexual, estado civil y número de parejas sexuales. Estas variables permitieron conocer las características de los participantes de la investigación. Además, se comprobó si existían diferencias entre los grupos asignados a una u otra condición en función de las distintas variables sociodemográficas.

**Sexual Assertiveness Scale (SAS).** La escala de Morokoff et al. (1977) está compuesta por 18 ítems que comprenden tres subescalas: (a) Inicio, (b) Rechazo y (c) Prevención de Embarazos-Enfermedades de Transmisión Sexual. De acuerdo con lo mencionado en los estudios de Sierra, Vallejo & Santos (2011) y Sierra, Santos & Vallejo (2012), la subescala (a) Inicio hace referencia a la frecuencia con la que se comienza una relación sexual y que esta se desarrolle de la forma deseada, (b) Rechazo, es definida como la frecuencia con la que persona se niega a tener una relación sexual y, por último, (c) Prevención de Embarazos-Enfermedades de Transmisión Sexual abarca la insistencia en el uso de métodos anticonceptivos de barrera de látex con pareja. Estas tres dimensiones mostraron consistencia interna con un *Alfa de Cronbach* de 0,77 para iniciación, 0,74 para rechazo y 0,82 para enfermedades de transmisión sexual y prevención.

**Sexual Opinión Survey (SOS).** El cuestionario fue creado por Fisher, White, Byrne & Kelley (1988) y está conformado por 21 ítems que miden el concepto erotofobia-erotofilia. Ambas actitudes se relacionan con la respuesta afectiva que tienen un sujeto ante estímulos sexuales (Sierra, Zubeidat, Carretero-Dios & Reina, 2003). Mientras la erotofilia hace referencia a una respuesta positiva ante los estímulos sexuales, la erotofobia, por el contrario, implica una respuesta negativa con la evitación de estos estímulos (Bermúdez, Ramiro-Sánchez & Ramiro, 2013). Diez de los ítems se refieren a la respuesta negativa con relación al estímulo sexual y once ítems expresan una respuesta positiva con relación a dicho estímulo. Cada ítem está acompañado por una escala tipo *Likert* de siete puntos en la que 1 significa “Totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”. La consistencia interna en hombres y mujeres es 0,86 y 0,82 respectivamente. El cuestionario fue adaptado en España por Carpintero & Fuertes en 1944, indicando valores de 0,85 en hombre y 0,86 en mujeres. En la presente investigación se utilizará una adaptación hecha en Colombia por Vallejo-Medina et al. (2016), quienes propusieron una versión breve del SOS basada en el artículo de Vallejo, Granados & Sierra (2013). Esta nueva versión demostró adecuada validez de contenido, de constructo y externa

con indicadores de fiabilidad óptimos, alcanzando un coeficiente de 0,74 y fue el instrumento empleado en el estudio. En este estudio se observó un  $\alpha$  de *Cronbach* de 0,83.

**Multidimensional Scale to Assess Subjective Sexual Arousal (MISSA; Mosher, Barton-Henry & Green, 1988).** Se emplearon las dimensiones de excitación sexual subjetiva y sensaciones genitales subjetivas traducidas al español (Sánchez-Fuentes, Arcos-Romero, Sierra, Moyano & Granados, 2014). Para la primera empleamos la versión de 5 ítems que se contestan en una escala tipo *Likert* de 7 alternativas variables de respuesta. La segunda, se trata de una medida de un simple ítem, es una medida autovalorativa de la intensidad de las sensaciones genitales. Para esta, se empleó una escala de 7 alternativas de respuesta (en vez de las 11 habituales) ya que las alternativas de orgasmo fueron suprimidas. En esta investigación, ambas dimensiones fueron consideradas globalmente como un indicador del *Sexual Subjective Arousal (SSA)*. En este estudio el *Alfa* de *Cronbach* fue de 0,82.

**Registro psicofisiológico.** En adición, las señales tenidas en cuenta durante la fase llevada a cabo en el laboratorio fueron registradas con el módulo central de adquisición de datos MP150 y con el software *AcqKnowledge IV*, Versión 4.4.0 (Biopac Systems, Inc. USA). La medida empleada fue el *Objective Sexual Arousal (OSA)* usando un *stream gauge* de *Indium Gallium (I-G)* conectado al módulo DA100 C. Todos los instrumentos empleados fueron desinfectados bajo los estándares nacionales e internacionales. En el caso de los hombres el instrumento utilizado fue el *penile pletysmography* y en el caso de las mujeres se utilizó un *vaginal pletysmography*.

**Índice de Riesgo Vaginal (IRV).** Este índice ha sido propuesto por Bermúdez, Castro, Madrid & Buela-Casal, (2010) y en la presente investigación se empleará la siguiente adaptación:  $IRV = [NRVP / NRV]$ . Donde NRV = número de relaciones sexuales vaginales mantenidas en los seis últimos meses; NRVP = número de relaciones sexuales vaginales con preservativo en los seis últimos meses. Si el índice de riesgo es igual a 1 se considera que no hay riesgo y si el índice es menor a 1 se considera que hay riesgo. Cuánto más cerca de 0 más riesgo de ITS y embarazos no planificados existe.

**Adictive Behaviour Questionnaire (ABQ).** El test fue elaborado por López-Torrecillas, Godoy-García, Pérez-García, Godoy & Sánchez-Barrera (2000). Esta medida indaga sobre el consumo (frecuencia y cantidad) de los sujetos con relación a las drogas. Para la presente investigación se incluyeron siete ítems: cannabis, cocaína, heroína, alucinógeno, meta-anfetaminas, cigarrillo y alcohol. Adicionalmente se

pregunta a los participantes por la frecuencia y los gramos/unidades que consume de cada sustancia.

**Historias eróticas.** Para la investigación se emplearon seis historias eróticas, de las cuales tres fueron dirigidas a hombres y tres a mujeres. Dichas historias contaron con un promedio de palabras entre 500 y 600 y su finalidad fue crear un escenario hipotético en el que se manipuló la oferta de preservativos. Este tipo de metodología con historias ya ha sido utilizada en otros estudios (Stoner et al., 2008). Así, para que la persona se involucrase en la historia, estas fueron escritas en tercera persona. El principal objetivo es acercar al sujeto a un escenario hipotético de realidad en un momento de intimidad.

## ■ Procedimiento

Para la recolección de datos se utilizó un muestreo por conveniencia con sujetos que cumplieran las características definidas para la investigación. La muestra estuvo conformada por estudiantes de la Universidad Sergio Arboleda, Politécnico Grancolombiano, Corporación Universitaria Minuto de Dios, Fundación del Área Andina, Fundación Universitaria Konrad Lorenz & Universidad Javeriana. La investigación se dividió en tres fases:

**Piloto 1.** El objetivo de la primera prueba piloto consistía en realizar una evaluación preliminar de seis historias con contenido erótico para doce mujeres y seis historias con contenido erótico para doce hombres. En ambos casos las historias fueron balanceadas teniendo en cuenta todas las posibles combinaciones. Así, a través del Multidimensional Scale to Assess Subjective Sexual Arousal se midió la excitación sexual subjetiva en ambos grupos. También se tuvo en cuenta la media de excitación subjetiva de cada historia para escoger las seis que puntuaron más alto, donde  $M3 = 28,58$ ,  $M4 = 30,90$ ,  $M5 = 35$  y  $H3 = 38$ ,  $H4 = 43,12$ ,  $H6 = 41,75$ . Las pruebas se realizaron en un aula de la universidad.

**Piloto 2.** Se presentaron tres historias eróticas por sexo a 12 sujetos, seis hombres y seis mujeres. Durante esta fase se aplicó el cuestionario en el Laboratorio Sexual de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz (SexLabKL) para garantizar el control del espacio donde se aplicaba el cuestionario. Se tuvieron en cuenta medidas fisiológicas. En el caso de los hombres se utilizó un pletismógrafo peneano y en las mujeres un fotopletismógrafo vaginal. En ambos casos las historias eróticas y las preguntas fueron presentadas en un computador. Entre cada historia erótica se incluyó un párrafo neutro que permitía que el participante volviera a la línea

base antes de retomar la siguiente historia. En ese orden de ideas se presentó cada historia erótica, el cuestionario correspondiente y el párrafo neutro durante tres secuencias. Cada participante ingresaba individualmente, debía colocarse los dispositivos y sentarse en el sillón ubicado en la sala para proceder a leer la tres historias eróticas que debían ser leídas en la pantalla del computador y dar respuesta a las preguntas formuladas del Multidimensional Scale to Assess Subjective Sexual Arousal. Los estímulos se presentaron al participante a través del software *SesameOpen* con una duración promedio de 30 minutos. Los 6 varones fueron expuestos a las tres historias y todos ellos superaron el umbral del 5% de incremento de la circunferencia del pene con respecto a un estímulo neutro para las 3 historias; excepto un participante, que no lo alcanzó en dos de ellas. Además, el nivel de máxima excitación se presentó cuando la historia estaba acabando y se debía responder a las preguntas sobre excitación. Por su parte, las 6 mujeres también aumentaron su amplitud de pulso vaginal, si bien para ellas no existe un estándar para comparar.

**Experimento.** Durante la última fase se aplicaron 96 cuestionarios que incluían las tres historias eróticas de forma balanceada para mujeres y para hombres. En ambos grupos se tuvieron en cuenta las dos condiciones: la oferta de un solo tipo de preservativo y la oferta de varios tipos de preservativos. Durante esta fase se buscó inducir al sujeto a tomar la decisión de usar o no preservativo, controlando la decisión inicial de no usar preservativo, dado que al finalizar cada historia se mencionaba que el sujeto deseaba tener relaciones con la otra persona y debía elegir entre utilizar preservativo, no utilizar preservativo o no tener sexo cuando se le ofertaba uno solo o se le ofertan varios tipos de preservativo (con características diferentes). Además, se incluyeron preguntas sociodemográficas: el cuestionario de drogas ABQ, la *Sexual Assertiveness Scale* y la *Sexual Opinion Survey*.

Durante el experimento los cuestionarios se aplicaron de forma individual con un tiempo promedio de 30 minutos aproximadamente. Se mantuvo controlado el ambiente, evitando interferencia de ruido y/o otras personas.

Para la presente investigación se siguieron las consideraciones éticas establecidas en la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología. En ella se especifica que las investigaciones científicas de los profesionales de la psicología deben estar basadas en el respeto y la dignidad, cuidando el bienestar y los derechos de los participantes en el estudio. Para efectos de la presente investigación se tuvo en cuenta el Consentimiento Informado en todas las



fases y por escrito de los participantes, protegiendo la privacidad de los individuos que participaron de la misma.

## Resultados

El primer objetivo de la presente tesis fue evaluar si existían diferencias en la intención de uso del preservativo en función del sexo. Así, a través de la prueba Chi-cuadrado se observó que existían diferencias estadísticamente significativas  $\chi^2(2) = 14,84; p < 0,01; \chi^2 = 0,04$ . En la tabla 2, se puede observar cómo las mujeres tienden a emplear más técnicas de rechazo hacia las relaciones sexuales, mientras los hombres prefieren rechazar menos las relaciones sexuales, siendo más común en ellos la elección de una relación sexual con preservativo. Como se observa, la intención de tener relaciones sexuales sin condón es prácticamente igual entre ambos sexos. Si bien, para el caso de los hombres, en un porcentaje importante prefieren tener sexo con condón (75%), seguido por un porcentaje menor de quienes se abstienen de tener relaciones sexuales (14,2%) en comparación con los que prefieren utilizar el condón. La tendencia de las mujeres muestra que la mayoría tienen intención de usar el preservativo (56,3%), mientras al igual que en el caso de los hombres, en la segunda tendencia se abstienen a tener relaciones sexuales (33,3%).

**Tabla 2.** Intención de uso del preservativo en función del sexo

	Sí, con condón <sup>a</sup>	Sí, sin condón <sup>b</sup>	No <sup>c</sup>
Masculino	106 (75,2%)	15 (10,6%)	20 (14,2%)
Femenino	81 (56,3%)	15 (10,4%)	48 (33,3%)
Total	187 (65,6%)	30 (10,5%)	68 (23,9%)

**Nota:** Se evaluaron 288 casos teniendo en cuenta que se reagruparon todas las respuestas por cada historia erótica. El software excluyó tres casos.

**a** Sujeto que decide tener sexo con condón después de leer la historia erótica.

**b** Sujeto que decide tener sexo sin condón después de leer la historia erótica.

**c** Sujeto que decide abstenerse de tener sexo después de leer la historia erótica.

El segundo objetivo fue evaluar si la oferta de varios tipos de preservativos aumentaba las probabilidades de intención de uso del preservativo en contextos sexuales hipotéticos de riesgo. Dado que se han observado diferencias por sexo, los análisis se hicieron por separado para hombres y mujeres. Así, se realizó la prueba Chi-cuadrado, se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas para los hombres, pero sí para las mujeres (tabla 3). Se observa para el

sexo masculino mayor intención de uso del preservativo ante la oferta de un solo preservativo (80,6%) aunque las diferencias no son significativas. Con respecto al sexo femenino, la tendencia se mantiene con un 72,2% equivalente a la intención de uso con mayor frecuencia significativa con la oferta de un solo preservativo y no de varios. Adicionalmente, se observa que las mujeres rechazan significativamente la relación sexual en un 51,4% ante la oferta de varios preservativos.

**Tabla 3.** Diferencias en función de la oferta

		Sí, con condón <sup>a</sup>	Sí, sin condón <sup>b</sup>	No <sup>c</sup>	Chi cuadrado
Tipo	HVC	69,6% (48)	14,5% (10)	15,9% (11)	$\chi^2 (2) = 2,74;$ $p = 0,25$
	H1C	80,6% (58)	6,9% (5)	12,5% (9)	
Total		106	15	20	
Tipo	MVC	40,3% (29)	8,3% (6)	51,4% (37)	$\chi^2 (2) = 21,21; p$ $< 0,01; \square 2=0,14$
	M1C	72,2% (52)	12,5% (9)	15,3% (11)	
Total		81	15	48	

**Nota:** HVC = Hombres varios condones; H1C = Hombres con un condón; MVC = Mujeres Varios Condones; M1C = Mujeres con un condón; <sup>a</sup> Sujeto que decide tener sexo con condón después de leer la historia erótica; Sujeto que decide tener sexo sin condón después de leer la historia erótica; Sujeto que decide abstenerse de tener sexo después de leer la historia erótica.

Finalmente, el tercer y último objetivo fue evaluar si existían diferencias en función de variables sociodemográficas en la intención de uso del preservativo en contextos sexuales hipotéticos de riesgo. Así, a partir de la prueba Chi-cuadrado, se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: edad  $\chi^2 (12) = 9,20; p = 0,46$ , estrato  $\chi^2 (8) = 9,23; p = 0,10$ , nivel de estudio  $\chi^2 (6) = 4,33; p = 0,39$ , relación de pareja mayor a seis meses  $\chi^2 (2) = 1,87; p = 0,15$  y estado civil  $\chi^2 (4) = 3,18; p = 0,27$ . Además, recordamos que existen 2\*2 categorizaciones. Hombres que ven tres historias con un solo condón (H1C), hombres que ven tres historias con más de un condón (HVC), mujeres que ven tres historias con un solo condón (M1C) y mujeres que ven tres historias con más de un condón (MVC). Así, con el fin de observar que no hay otras variables que puedan influir en los resultados, se comprobó que no hubieran diferencias estadísticas entre los cuatro grupos en las siguientes variables: edad  $F(3) = 0,23; p = 0,87$ , estado civil  $\chi^2(6) = 6,25; p = 0,39$ ; si tienen una relación de pareja de más de 6 meses  $\chi^2(3) = 2,35; p = 0,50$ , en función del estrato  $\chi^2 (12) = 9,47; p = 0,66$ , ni en IRV  $F(3) = 2,68; p = 0,051$  ni en las distintas drogas. No obstante, sí que se observaron diferencias significativas en función del nivel de estudios  $\chi^2$

(9) = 17,9;  $p = 0,03$ ;  $\eta^2 = 0,04$  si bien el tamaño de efecto las hace casi despreciables. Tampoco se observaron diferencias en función de los grupos (H1C, HVC, M1C, MVC) en asertividad sexual de Inicio  $F(3) = 0,20$ ;  $p = 0,89$ , en asertividad sexual de prevención de E-ETS  $F(3) = 1,39$ ;  $p = 0,24$  ni en erotofobia-erotofilia  $F(3) = 2,49$ ;  $p = 0,06$ . No obstante, sí que se observaron diferencias en asertividad sexual de rechazo  $F(3) = 6,58$ ;  $p < 0,01$ , si bien, en esta última dimensión, al observar las pruebas posthoc se comprobó que las diferencias no eran en función de los grupos sino en función del sexo. Siendo las chicas las que puntuaban más que los chicos en esta escala como era de esperar según lo que se ha observado en otros estudios (Santos & Sierra, 2010).

## ■ Discusión

En la presente investigación se evaluó si existían diferencias en la intención de uso del preservativo, si se ofertaba un solo preservativo o varios tipos de preservativos en contextos sexuales hipotéticos de riesgo en hombres y mujeres heterosexuales en la ciudad de Bogotá entre 18 y 24 años. Partiendo del objetivo general se plantearon tres hipótesis. La primera era evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas en la intención del uso del preservativo en función del sexo en contextos sexuales hipotéticos de riesgo. Esta hipótesis no ha sido rechazada al observar diferencias estadísticamente significativas en la intención de uso, dado que mientras en la mujer se observa una tendencia hacia el rechazo de las relaciones sexuales, el hombre prefiere tener sexo con más protección, no queriendo decir que ellas no se cuiden en algunos casos, tal como lo muestran los resultados. La segunda hipótesis buscaba averiguar si existen diferencias estadísticamente significativas que influyen en la intención de usar o no el preservativo en función de ofertar un solo preservativo o varios tipos de preservativos en contextos sexuales hipotéticos de riesgo. Esta hipótesis ha sido parcialmente aceptada, teniendo en cuenta que si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas para los hombres, estas diferencias sí se observaron en mujeres. En referencia a la última hipótesis, se buscó evaluar diferencias estadísticamente significativas en la intención de uso del condón en función de variables sociodemográficas, tales como: edad, estrato y nivel de estudio, en contextos sexuales hipotéticos de riesgo. Esta hipótesis ha sido rechazada debido a que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de las variables ya mencionadas.

Analizando los resultados de las tres hipótesis, de acuerdo con la primera, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la intención de uso del preservativo en función del sexo, teniendo en cuenta que mientras la mujer tiende en

un porcentaje más alto al rechazo de la relación sexual, y consecuentemente al no uso del preservativo, el hombre se inclina en mayor medida por relaciones sexuales con protección. El rechazo hacia las relaciones sexuales por parte de la mujer indica claramente un avance en cuestión de género que años atrás seguramente no era socialmente aceptada, teniendo en cuenta que en la actualidad ellas han logrado mayor acceso a la educación, mayor libertad económica, ingreso al mercado laboral, participación en diferentes escenarios, lo cual les ha permitido mayor empoderamiento en su rol como miembros activos de la sociedad. No obstante, y pese a que pueda ser considerado un avance, este es parcial, pues si bien la mujer es capaz de rechazar una relación sexual, no parece estar tan dispuesta a emplear el preservativo como método de prevención.

Analizar las causas de por qué se da este fenómeno será clave para esclarecer cómo fomentar el consumo, pero hasta entonces, solo podemos intuir que existe una gran porcentaje de mujeres, que no están tan convencidas de usar preservativos y por tanto de consumirlos. Esto es consistente con lo concluido en otros estudios, donde se ha observado que las conductas sexuales de rechazo predominan en el sexo femenino (Santos & Sierra, 2010). Así, en el futuro se debería trabajar desde el *marketing*, la publicidad y las políticas de salud pública en promover y sensibilizar a las mujeres sobre el uso y el consumo responsable del preservativo, para que estas puedan disponer de un mayor rango de técnicas de protección y no solo el rechazo como parece que predomina en la actualidad. Esto ya ha sido puesto en relevancia (Meekers & Klein, 2002) cuando las destrezas para comprar y usar preservativos en mujeres era especialmente baja. Destacando además que la publicidad y la promoción de la salud deberían jugar un rol importante haciendo presente a la mujer de forma activa. Por otro lado, como se señaló anteriormente, la mayor intención de uso por parte de los hombres es debido a la menor inhibición que tienen con relación al uso del condón, las prácticas de negociación más eficaces y el mismo control físico del condón por parte de él (Huneeus, Deardorff, Lahiff & Guendelman, 2014). Sin embargo, en las investigaciones analizadas se observa una intención de uso mayor del preservativo en las mujeres comparado con los hombres (Onusida, 2012a), a pesar de no tratarse de diferencias significativas, lo que contradice los resultados encontrados en la presente investigación. De acuerdo con estas diferencias se deben tener en cuenta los patrones culturales en Latinoamérica que aún siguen siendo tradicionales, pues no se acepta con facilidad la idea de iniciar la vida sexual en la adolescencia y no se cuenta con la aprobación de la familia, ni de la escuela, ni en general de la sociedad (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2011). Las investigaciones sobre la negociación del condón han mostrado que la razón por la cual las

mujeres reclaman menos el uso del condón a su pareja es porque perciben estar bajo menos riesgo, también el hecho de confiar en su pareja hace que utilicen en menor medida el condón, ambos resultados están estrechamente relacionados con la distribución de poder por género (Burrell, Allen, Mae & Preiss, 2014). Asimismo, las conductas observadas pueden estar dándose principalmente por el descuido en la prevención ligado al menor miedo a morir de Sida causando aumento en la ITS por el descubrimiento de eficaces tratamientos antirretrovirales (Chaine & Jainer, 2013).

Si bien los resultados muestran una tendencia hacia la abstención y menor intención de uso por parte de las mujeres, se puede destacar el enamoramiento como otra razón asociada al uso inconsistente del condón, siendo variables inversamente proporcionales. A mayor nivel de enamoramiento hay menor uso del condón en las relaciones sexuales (Uribe, Andrade, Zacarías & Betancourt, 2013), sumado al incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de las mujeres. Estas conductas en el ámbito sexual muestran la falta de intervención acertada por parte de los medios de comunicación, donde las campañas en salud sexual y reproductiva siguen siendo infructuosas. El reto está en conectar al consumidor de alguna manera con información precisa y atractiva, acudiendo a una publicidad más creativa que promueva prácticas de consumo seguras que incentiven el uso del preservativo, teniendo en cuenta las diferencias generacionales y el tipo de público al que dirigen los programas de intervención. Por tanto, partiendo de los resultados encontrados podría diseñarse publicidad socialmente responsable y efectiva.

En la segunda hipótesis, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la intención de uso en función de la oferta de preservativos (uno o varios) para los hombres, pero estas diferencias sí se observaron en mujeres. Ahora bien, estas diferencias contradicen nuestra hipótesis. Así, la oferta de varios tipos de preservativo no aumenta la intención de uso del mismo en mujeres para el caso colombiano. Se ha observado que la oferta de un solo preservativo podría incrementar el consumo y uso de preservativos, más que la oferta de varios tipos de preservativo que lo estaría perjudicando. La pregunta es ¿por qué las mujeres emplearían menos el preservativo cuando se le ofrecen varios tipos de preservativos, pero no los hombres? Si bien desde esta investigación solo hemos podido observar este fenómeno, y las causas por tanto se escapan, habría algunas hipótesis posibles. Sobre todo teniendo en cuenta que estos resultados son opuestos a los hallazgos en otros países como Indonesia donde se habla de la marca Kit Fiesta, diseñada como una estrategia de mercadeo que buscaba entender a los jóvenes incrementando la disponibilidad de varios tipos de condones para promover el sexo seguro, logrando así

en tres años el 10% de participación de la marca en el segmento de los condones (Purdi, 2006). Podríamos decir que en Colombia existe una cultura más tradicional, donde se habla de varones dominantes que por años han sometido a las mujeres a sus deseos sexuales, reprimiendo de esta forma su sexualidad, imponiendo una doble moral en la que ellos tienen libertad en cuanto número de parejas sexuales y ellas están limitadas a la monogamia (López, Carcedo, Fernández-Rouco, Blázquez & Kilani, 2011). A favor de esta explicación apuntan los resultados de la presente hipótesis. Según lo observado, se podría afirmar que la falta de conciencia de riesgo en el sexo femenino posiblemente está ligada al supuesto que asocia la utilización del preservativo con pérdida de la confianza en la pareja (Herrera & Campero, 2002). Por ende, las mujeres siguen teniendo comportamientos inhibidos con respecto al uso del preservativo comparado con los hombres, pues la oferta de varios tipos de preservativos estaría calificando a los hombres como “promiscuos”, siendo menos deseable para ellas a causa de creencias tradicionales. Dicho de otra forma, en Colombia las mujeres no están entendiendo el ofrecimiento de varios preservativos como una conducta saludable y deseable, sino más bien a una serie de pensamientos que la aleja del consumo, estos podrían ser promiscuidad, pero futuras investigaciones deberán esclarecer esta hipótesis.

Por último, en la hipótesis final no se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de variables sociodemográficas [edad, estrato, nivel de estudio, relación de pareja mayor a seis meses y estado civil] ante la intención de uso de varios tipos de preservativos. Por tanto, de acuerdo con los resultados se observa que dichas variables han sido controladas correctamente para este experimento y no deberían estar afectando a los resultados. En el futuro, sería interesante emplear un corte más cualitativo o correlacional, una muestra más amplia, con una mayor variabilidad en las variables, para poder estudiar cómo estas podrían afectar, no solo la intención, sino las actitudes y la conducta final de usar el preservativo.

Como recomendaciones del presente estudio se sugiere incluir en futuras investigaciones el constructo de normas subjetivas de la Teoría del Comportamiento Planificado, que para este caso no hacía parte de los objetivos planteados, teniendo en cuenta que dentro de este apartado pueden estar implicadas algunas razones asociadas al uso inconsistente del preservativo. Se podría investigar sobre el impacto que hoy tienen los mitos y las creencias entre los adolescentes de la ciudad de Bogotá, dado que aún son una barrera que impide prácticas de consumo saludables en el ámbito sexual. En este mismo sentido, también se sugiere indagar sobre teorías de poder que afirman el rol del hombre y la mujer en cuanto a la ne-

gociación sobre el uso del preservativo. Lo anterior, podría lograrse promoviendo campañas en materia de salud sexual que empoderen a la mujer y refuercen no solo la importancia del uso del preservativo, sino también que destaquen su rol como miembro activo en las relaciones sexuales. La mujer puede verse condicionada en la intención de uso del preservativo debido a comportamientos culturales, que pueden estar mediando en la negociación del consumo del preservativo.

Las marcas de preservativos están invitadas a encontrar soluciones creativas en la promoción de este tipo de productos, y una de ellas podría ser construir publicidad erótica que promueva el uso consistente del condón dirigida a nuevos consumidores con prácticas sexuales seguras. Otra debería ser dar un papel más activo a la mujer en la adquisición de preservativos. Por lo tanto, se recomienda ampliar la investigación y profundizar sobre la incidencia que tienen las características y/o variedades del preservativo en función de la intención de uso, teniendo en cuenta que innovar en el mercado de preservativos se ha convertido en el reto de las marcas y ha sido la solución en otros países para incrementar el consumo, como es el caso del “kit fiesta”.

Por último, se concluye que esta investigación podría ser replicada, considerando aspectos como creencias, mitos, variedades de los preservativos y variables asociadas al poder, aplicado a otras ciudades, para comparar las posibles incidencias culturales que resulten en la intención de uso del preservativo, teniendo en cuenta las variaciones que presentan los consumidores de diferentes ciudades en Colombia en sus hábitos de consumo y compra. En síntesis, se ha observado en la presente investigación que no existen diferencias estadísticamente significativas en función de la oferta, siendo uno o varios tipos de preservativos para los hombres, sin embargo, en el caso de las mujeres si se observaron diferencias ante la oferta de un solo preservativo. Por tanto, ofertar varios tipos de preservativos, como se había planteado inicialmente, no constituye una estrategia acertada para este caso que promueva entre los adolescentes una sexualidad responsable a través del uso consistente del preservativo. Hoy, el reto está en involucrar otras variables asociadas al componente cultural y a las preferencias de los consumidores en cuanto al mercado de preservativos (variedades de condón). De igual forma, romper el rol tradicional de la mujer en la sociedad sigue siendo un desafío importante, dado que en la medida en que asuma un rol más activo en su sexualidad, se lograrán mejores resultados que garanticen prácticas de consumo responsables y saludables.

## Referencias

- Alden, D. & Crowley, A. (1995). Improving the Effectiveness of Condom Advertising, *Health Marketing Quarterly*, 12, 25-38. doi: 10.1300/J026v12n04\_04.
- Bermúdez, A., Castro, A., Madrid, J. & Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 89-103.
- Bermúdez, M., Ramiro-Sánchez, T. & Ramiro, M. (2013). Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debut sexual. *Revista iberoamericana de Psicología y Salud*, 5, 55-70.
- Burrell, N., Allen, M., Mae, B. & Preiss, R. (2014). *Managing interpersonal conflict* (1st ed.). New York: Routledge.
- Chaine, B. & Jainer, M. (2013). Infecciones de transmisión sexual. *EMC Urología*, 45, 1-11. doi: 10.1016/S1761-3310(13)64159-6
- Departamento Nacional de Planeación. (2012). *Documento Conpes social*, 147. Bogotá, Colombia.
- Domingo, A. (2013). Las infecciones de transmisión sexual. *Pediatría Integral*, 17, 185-196.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima, Perú.
- Fisher, W. A., White, L. A., Byrne, D. & Kelley, K. (1988). Erotophobia and erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Gallo, M., Norris, A. H. & Norris, A. (2013). Female condoms: new choices, old questions. *The Lancet Global Health*, 1, e119-e120. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70070-6
- Grisales, H., Castaño, G., Colorado, L. & Rodas, J. (2011). Factores asociados a las prácticas sexuales de riesgo en estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín (Colombia) 2011. *Investigaciones Andina*, 29, 1030-1044.
- Guereña, J. L. (2004). Elementos para una historia del preservativo en la España contemporánea. *Hispania*, 218, 869-896.



- Herrera, C. & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de Mexico*, 44, 554-564.
- Huneus, A., Deardorff, J., Lahiff, M. & Guendelman, S. (2014). Type of primary education is associated with condom use at sexual debut among Chilean adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 41, 306-311. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000122.
- Kituni, C. (2013). How advertisement of condom influences its use among university students: a case study of Mt Kenya University (Nakuru Town Campus). *International Journal of Science and Research*, 2, 306-309.
- López, F., Carcedo, R., Fernández-Rouco, N., Blázquez, M. & Kilani, A. (2011). Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*, 27, 791-799.
- López-Torrecillas, F., Godoy-García, J. F., Pérez-García, M., Godoy, D. & Sánchez-Barrera, M. B. (2000). Variables modulating stress and coping that discriminate drug consumers from low or nondrug consumers. *Addictive Behaviors*, 25, 161-165.
- Lugones, M. & Ramírez, M. (2013). El preservativo más viejo del mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 9, 306-310.
- Meekers, D. & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14, 62-72. doi: 10.1521/aeap.14.1.62.24336.
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R. & Burkholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.
- Mosher, D. L., Barton-Henry, M. & Green, S. E. (1988). Subjective sexual arousal and involvement: Development of multiple indicators. *Journal of Sex Research*, 25, 412-425.
- O'Barr, W. (2011). Sex and Advertising. *Advertising & Society Review*. Project MUSE. Recuperado de: <https://muse.jhu.edu/>.
- Onusida (2000). *El preservativo masculino*. Recuperado de: file:///C:/Users/ANA%20MARIA/Downloads/onusida%20(1).pdf.

- Onusida (2012a). *Informe de Onusida sobre la epidemia mundial de Sida*. Recuperado de: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_with\\_anexes\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_anexes_es.pdf).
- Onusida (2012b). *Juventud y VIH*. Recuperado de: <http://www.onusida-latina.org/es/areas-de-trabajo-es/jovenes.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96349/1/9243592653\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96349/1/9243592653_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/>
- Profamilia. (2013). *Encuesta e investigaciones*. Recuperado de: [http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=282](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=282).
- Purdi, C. (2006). Fruity, fun and safe: Creating a youth condom brand in Indonesia. *Reproductive Health Matters*, 14, 127-134.
- Robertson, T. & Wortzel, L. (1978). Consumer behavior and health care change: the role of mass media. *Association for Consumer Research*, 5, 525-527.
- Sánchez-Fuentes, M. M., Arcos-Romero, A. I., Sierra, J. C., Moyano, N. & Granados, R. (2014). Adaptación y validación del Multiple Indicators of Subjetive Sexual Arousal (MISSA). *VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica*. Póster académico, Sevilla, España.
- Santos, P. & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: Una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 553-577.
- Sierra, J., Santos, P. & Vallejo, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Psicothema*, 24, 316-322.
- Sierra, J., Vallejo, P. & Santos, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27, 17-26.
- Sierra, J., Zubeidat, I., Carretero-Dios, H. & Reina, S. (2003). Estudio psicométrico preliminar del test del deseo sexual inhibido en una muestra española no clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 489-504.

- Stoner, S., Norris, J., George, W., Morrison, D., Zawacki, K. & Hessler, D. (2008). Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addict Behavior*, 33, 1167-1176. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.04.017.
- UN Cares. (2007). *Respuestas a sus preguntas sobre condones*. Recuperado de: <http://www.uncares.org/UNAIDS2/common/docs/UNCares-Condoms-Spanish.pdf>.
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías, X. & Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15, 75-92.
- Vallejo, P., Granados, R. & Sierra, J. C. (2013). Propuesta y validación de una versión breve del Sexual Opinion Survey en población española. *Revista Internacional de Andrología*, 12, 47-54.
- Vallejo-Medina, P., Marchal-Bertrand, L., Gómez-Lugo, M., Espada, J. P, Sierra, J. C., Soler, F. & Morales, A. (2016). Adaptation and Validation of the brief Sexual Opinion Survey (SOS) in a Colombian sample and factorial equivalence with the spanish version. *Plos One*, 11(9): e0162531