

U. A. M. IZTAPALAPA BIBLIOTECA



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA *Iztapalapa*

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

AÑO DE INVESTIGACIÓN
DINÁMICA DE LA INTERSUBJETIVIDAD EN EL CAMBIO SOCIAL.

Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología Social.

"Uso de Condón en jóvenes : un modelo de simulación por computadora".

PRESENTA:

Luis Felipe García Y Barragán.

Carlos César Contreras Ibáñez
ASESOR

Fernando Ortiz Lachica
LECTOR

Alicia Saldivar Garduño
LECTORA

México, D.F., a 16 de Noviembre del 2001.

Gracias a Dios, quien me ha permitido cumplir este sueño.

Gracias a mi familia: a mis hermanos, a mi abuela y en especial a mi madre quien me ha enseñado a luchar contra cualquier adversidad y nunca cesar en mis esfuerzos.

Gracias a mis tíos Patricia y Alejandro, por todo su amor y apoyo a lo largo de tantos años

Gracias a mis amigos y amigas, por apoyarme durante mis estudios, y resignarse a mi mal humor y mi falta de tiempo para compartir con ellos.

Gracias a mis maestros, en particular a Alicia, Carlos y Fernando, gracias por mantener siempre su confianza en mis esfuerzos.

Gracias también a mis otros buenos maestros, quienes me han enseñado que la razón y el corazón no deben estar separados. Gracias a mis malos maestros, por enseñarme que la inteligencia no siempre acompaña a la sabiduría.

Finalmente, gracias a Corcolito y a Chiquilla, por acompañarme en todas esas noches de desvelo y coca-cola pensando en este proyecto.

*Luis Felipe García y Barraquán
México, D.F., Septiembre del 2001*

Índice

Marco Histórico	3
Breve Historia Del Condón	3
Importancia dentro De La Salud Sexual Y Reproductiva	4
Marco Teórico	11
Actitudes	11
La Teoría De La Conducta Planeada	15
Los Modelos de Simulación en las Ciencias Sociales	22
El uso de modelos de simulación dentro de las Ciencias Sociales	22
Modelos y métodos de simulación	22
Algunas tendencias actuales: Caos, complejidad, borrosidad...	31
Conclusiones	32
Planteamiento y Método	34
Planteamiento	34
Método	36
Simulaciones y Resultados	41
Simulación 1	41
Simulación 2	45
Simulación 3	47
Simulación 4	49
Simulación 5	51
Simulación 6	52
Simulación 7	54
Simulación 8	56
Simulación 9	57
Simulación 10	59
Conclusiones y Discusión	61
Referencias	68
Anexo 1: Recomendaciones para incrementar el uso del condón	72
Anexo 2. Definiciones de Actitudes desarrolladas en el Siglo XX	73
Intervención	74
Introducción	74
Objetivos	75
Justificación	76
Evaluación	79
Cartas Descriptivas	81
Consideraciones Finales	87

201272102

MARCO HISTÓRICO

Breve historia del condón

La autoría del condón aún está en disputa. El vocablo **condón** es atribuido al afamado y posiblemente apócrifo doctor Condom, quien lo fabricaría para el monarca inglés Carlos II, sin embargo, el término pudiera derivarse de los vocablos latinos *condus* (recipiente) y *condere* (esconder, proteger).

La imagen más antigua de algo muy parecido a un preservativo, aparece en algunos murales egipcios, cuyas figuras masculinas portan en sus miembros una especie de envoltura, aunque el propósito de ésta no es claro.

Por otra parte, muchos historiadores creen que los soldados romanos fueron los primeros en usar condones, ya que al intimar con mujeres mientras marchaban fuera de Roma, los soldados usaban hojas de intestinos secos de borrego para protegerse contra enfermedades venéreas. Con la caída del Imperio Romano, el uso de "condones" se volvió raro, de hecho, la tecnología del condón casi se pierde en la Edad Media, suponiéndose que el condón fue "re-inventado" por el Marqués de Sade en la Francia del siglo XVII, cuando el Marqués envolvió su pene en una tira de tocino antes de sodomizar gallinas vivas.

Al revisar los textos relacionados con el tema, la referencia escrita más añeja se remite al siglo XVI, Apareciendo en un tratado sobre la sífilis de Morbo Gallico (†1560), aunque la primera recomendación "médica" sobre su uso debe su autoría a Gabriello Fallopio, anatomista italiano, quien recomendaba utilizar una funda de lino fino bañada en una infusión de hierbas astringentes para evitar el contagio de la entonces incurable enfermedad, aunque lo cierto es que los vestigios de condones fabricados con tejido

animal se remontan al siglo XVII, y ya para el XVIII, los grabados y dibujos de la época informan que la fabricación de condones de intestino de carnero era algo común.¹

Así, la elaboración de los condones permaneció sin mayores cambios durante dos siglos, hasta que en el siglo XX aparece la vulcanización “decimonónica” del caucho y la posterior aparición del látex, que vinieron a revolucionar los condones de tripa. Desde los años treinta del siglo pasado, se fabrican con hule de látex los controvertidos artefactos, y desde entonces su presentación se ha diversificado en una expresión de colores, olores y sabores. (Sico, 2000 b)

Importancia dentro de la Salud Sexual y Reproductiva

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, diariamente ocurren en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales alrededor de un millón terminan en embarazos no deseados y cerca de medio millón en alguna infección de transmisión sexual. Estos riesgos pueden disminuirse con el uso correcto y constante del condón (CONASIDA, 2000 b).

Es posible definir al condón como una fina funda elástica de látex natural (aunque aún es posible conseguirlos hechos de intestinos de animales, los cuales no ofrecen ninguna protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual) que es utilizado para cubrir al pene durante el coito, a fin de evitar la fecundación, así como prevenir y reducir el riesgo de contagio por Infecciones Transmitidas Sexualmente (ITS). Funciona al envolver al pene, reteniendo el líquido seminal, evitando así que

¹ En un nivel anecdótico, existen versiones que cuentan que Benjamín Franklin, intentó fabricar condones, lo que suponemos no tuvo mucho éxito, ya que durante su ilustre y prolífica carrera como padre de Estados Unidos, tuvo 53 hijos ilegítimos.

llegue a ponerse en contacto con la vagina, eliminando el riesgo de embarazo. Es un método anticonceptivo mecánico de tipo barrera, con un alto índice de efectividad que, como se dijo antes, ayuda a prevenir el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (Sico, 2000 a).

Basándose en un alto índice de efectividad, calculado en un 95% según reportes de CONASIDA (2000 a), en México se ha tomado al condón como el elemento principal de las campañas sobre salud sexual y reproductiva, considerando que su uso podría reducir algunos problemas de salud pública como:

- La infección por VIH / SIDA, que en nuestro país cobra alrededor de 4,000 nuevos casos de SIDA cada año, de los que más del 95% (CONASIDA, 2000 a) ocurren por transmisión sexual.
- Otras ITS que facilitan la penetración del VIH al organismo, tales como candidiasis, tricomoniasis, sífilis y herpes genital.
- La enfermedad inflamatoria pélvica, resultado de algunas ITS (gonorrea, clamidiasis) que afectan los órganos reproductores femeninos, llegando a ocasionar esterilidad.
- La infección por virus del papiloma humano, asociada al desarrollo de cáncer cérvico-uterino, segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas.
- Embarazos no planeados, cuya cifra en adolescentes y jóvenes entre 15 y 25 años se estima superior a 60%.
- Embarazo adolescente, que representa 23% del total de los embarazos.
- Infecciones infantiles adquiridas por transmisión perinatal, tales como sífilis, gonorrea, herpes, hepatitis B, papiloma y VIH. La mayoría de los niños que

adquieren cualquiera de estas infecciones intraútero, durante el parto o en la lactancia, son hijos de personas infectadas durante relaciones sexuales desprotegidas.

Sin embargo, de todos los elementos anteriores, el de mayor preocupación a escala mundial, es el concerniente a la creciente mortandad provocada por el Síndrome de Inmuno Deficiencia adquirida (SIDA), preocupación plenamente justificada por los más de 18 millones de muertos en todo el mundo, vinculados con esta pandemia (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen mundial de la epidemia de VIH / SIDA, final de 1999

Personas recién infectadas por el VIH en 1999	Total 5,4 millones
	Adultos 4,7 millones
	Mujeres 2,3 millones
	Menores de 15 años 620 000
Personas que vivían con el VIH / SIDA	Total 34,3 millones
	Adultos 33,0 millones
	Mujeres 15,7 millones
	Menores de 15 años 1,3 millones
Defunciones causadas por el SIDA en 1999	Total 2,8 millones
	Adultos 2,3 millones
	Mujeres 1,2 millones
	Menores de 15 años 500 000
Defunciones causadas por el SIDA desde el inicio de la epidemia	Total 18,8 millones
	Adultos 15,0 millones
	Mujeres 7,7 millones
	Menores de 15 años 3,8 millones
Total de huérfanos por el SIDA * desde el comienzo de la epidemia	13,2 millones

* Definidos como los niños que han perdido a su madre o ambos padres por causa del SIDA antes de cumplir 15 años de edad.

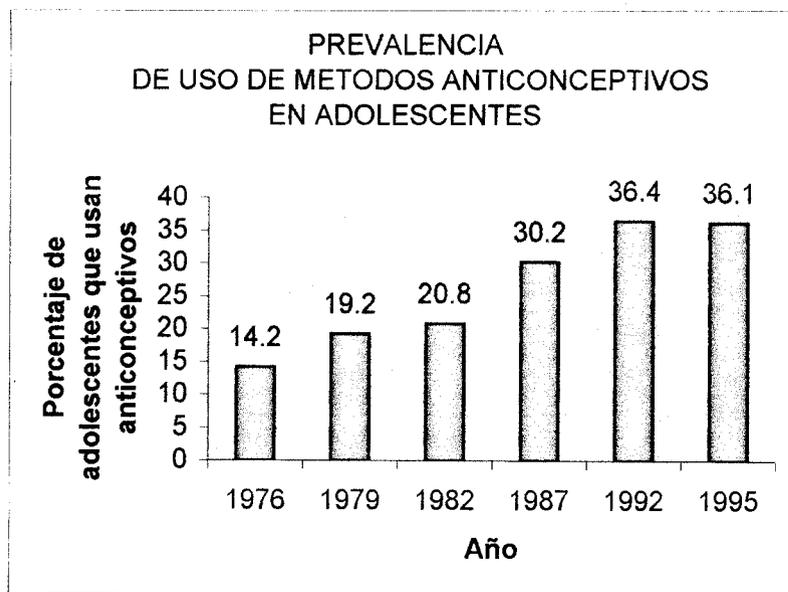
Fuente: ONUSIDA (2000)

Como se dijo con anterioridad, la principal vía de transmisión del SIDA en México es a través del contacto sexual, siendo las prácticas homosexuales sin protección las que se asocian con mayor riesgo de padecer la infección, particularmente las relaciones ano-genitales donde la pareja receptiva es la más expuesta a contraerla. En las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional pero la probabilidad de transmisión hombre-mujer podría ser hasta 20 veces mayor que la de transmisión mujer-hombre. En todos los casos el riesgo se incrementa cuando se padece alguna ITS y cuando existen múltiples parejas sexuales (VIH y SIDA 2000).

Por lo que respecta a México, el SIDA ha ido avanzando poco a poco hasta llegar a introducirse en todas las clases sociales y preferencias sexuales y, aunque como

resultado de las acciones de planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos entre la población adolescente, ha aumentado de manera importante en los últimos 25 años, más del sesenta por ciento de la población aún mantiene relaciones sexuales de riesgo (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1997). Tanto en la tabla 2 como en la gráfica 1, podemos apreciar en que forma se han dado los avances en materia de métodos anticonceptivos, pero no podemos olvidar que de entre todos los anticonceptivos, el uso del condón es el único que previene de la adquisición del VIH / SIDA.

Gráfica 1*



* Fuente: Secretaría de Salubridad y Asistencia (1997)

Tabla 2: Métodos de protección contra ETS y VIH-sida que los jóvenes mencionaron*
n = 27'483,671

Métodos	%
Condón o preservativo	66.4
No teniendo relaciones sexuales	11.3
Manteniendo únicamente una pareja sexual	21.8
Otra	0.4
Total	100

*Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud, (2000)

Es así que el uso del condón, y las campañas por la promoción de éste siguen siendo válidas, y se encuentran encaminadas en gran parte, a desmitificar algunos conceptos y motivaciones erróneas alrededor del condón, mitos que producen un efecto negativo en el momento de la decisión sobre el uso o no de un anticonceptivo en el momento de la relación sexual. Según la ONUSIDA (2000), en el ámbito mundial (y no sólo en México) algunos de estos motivos son:

- Miedo, estigma y negación sobre su eficacia y uso.
- Mala información que tiene como consecuencia una vulnerabilidad hacia los rumores y mitos sobre los anticonceptivos.
- Falta de educación en materia de salud sexual y reproductiva.
- Varones y mujeres marginados, y por lo tanto excluidos de los programas de promoción de anticonceptivos.
- Violencia contra las mujeres, las cuales al poseer aún un estatus inferior en las relaciones de pareja, difícilmente consiguen la negociación del uso de anticonceptivos con sus parejas.

Concluyendo, el uso del condón es el único método comprobado (Sico 2000a, CONASIDA 2000a) realmente eficaz tanto para la prevención del embarazo no deseado, como para reducir el riesgo de contraer el VIH / SIDA.

Por esto, se vuelve necesario seguir realizar estudios empíricos que nos permitan comprender adecuadamente los mecanismos que intervienen para la adopción y uso de un método anticonceptivo como es el condón. Ya que a pesar de las distintas campañas para informar y hacer conciencia, y de las distintas recomendaciones para el uso del condón lanzadas por las distintas instancias de salud tanto públicas (Anexo 1) como privadas, estas no han logrado tener la aceptación y penetración deseada dentro de la sociedad mexicana, en especial por parte de los jóvenes (Perrelló y Villagrán, 2000), quienes tradicionalmente han formado el grupo de riesgo más grande de contraer una ITS al no mantener la mayoría de ellos, una pareja sexual estable (Sico, 2000c), mismo grupo que, según la Encuesta Nacional de Juventud (IMJ, 2000) está formado por los 14,346,476 jóvenes² que ya han mantenido alguna relación sexual.

Con base en todo lo anterior, es que en siguiente capítulo se plantea una posible aproximación teórica hacia el uso del condón basándose en la teoría de la conducta planeada de Icek Aizen.

² Para la encuesta Nacional de la Juventud, se entrevistaron a personas con edades entre los 12 y los 29 años cumplidos

MARCO TEÓRICO

Las Actitudes

La penetración sexual sin protección es la ruta primaria de transmisión del VIH / SIDA en México, afectando principalmente a los grupos de edad comprendidos entre los 25 y 45 años (CONASIDA, 1999); El uso adecuado del condón puede prevenir embarazos no deseados, así como la transmisión del virus y en el caso de los jóvenes, la promoción de su uso es una medida más efectiva que buscar la reducción del número de parejas sexuales o la abstinencia de relaciones sexuales. Sin embargo, como ya se ha mencionado, a pesar de las extensas campañas que en el ámbito nacional se han realizado para promover su uso, en estudios recientes (Perelló y Villagrán, 2000), se ha encontrado que la intención de uso del condón tiene una alta correlación con la percepción que de éste se tenga como facilitador o inhibidor de placer durante la relación sexual.

Con base en lo anterior es que podemos llevar este problema al campo de estudio de las actitudes dentro de la Psicología Social, ya que al modificar las actitudes relacionadas con la intención de uso del condón a través de campañas e intervenciones de concientización y educación sobre salud sexual y reproductiva realmente eficientes, podremos dar un gran paso en lo que a prevención de embarazos no deseados y reducción del riesgo de contagio del VIH / SIDA e ITS se refiere. Sin embargo, antes de modificar estas actitudes, primero es necesario contar con un modelo teórico adecuado que nos permita comprender en qué forma es que éstas se forman y se modifican a través de la interacción del individuo y su entorno.

La investigación sobre actitudes dentro de la Psicología Social, ha pasado por etapas de auge y declinamiento ante el interés por otras áreas de investigación psicosocial. Así pues podemos encontrar, que en la primera etapa, entre los decenios de 1920 y 1930 se da la cúspide de la investigación sobre la medición de actitudes. La segunda cima, en 1950 y 1960, es cuando la investigación se concentra sobre las teorías de cambio de actitudes. La última fase importante sobre investigación de actitudes es la era emergente de sistemas de actitudes iniciado en la década de los 80's (McGuire, 1985). El desarrollo de las diferentes investigaciones sobre actitudes ha dependido del enfoque y uso particular que es inherente a cada investigador, en el Anexo 2, se muestran distintas definiciones de actitudes usadas durante el siglo XX, definiciones que en algunos casos sirvieron como base para el desarrollo de nuevas teorías (Heider, 1946) o la creación de nuevas técnicas de medición (Thurstone, 1931).

Estas definiciones han ido evolucionando de acuerdo a las tres cimas que menciona McGuire (1985), pasando de patrones deterministas (Thurstone, 1931) a relaciones o respuestas estables entre el individuo y los objetos psicológicos (Heider, 1946, Rosenberg, 1956, Fishbein, 1965), para finalmente transformarse en evaluaciones (Osgood citado en Fishbein, 1965, Petty y Priester, 1994, Aizen, 2000a). Es precisamente esta conceptualización de las actitudes como *evaluaciones*, la que ha presentado los resultados que mejor describen a la realidad en diferentes investigaciones realizadas durante los últimos años como las de Norman y Smith (1995), Armitage, Corner y Norman (1999) y Verplanken, Aarts, Knippenberg y Moneen (1998).

Así pues, la importancia de la investigación sobre actitudes, radica en el grado que éstas permiten predecir un comportamiento específico; dado que no existe una relación directa entre actitud y conducta, se hablará, entonces, de un "vínculo débil" entre dichos términos: conducta y actitud³ (Zimbardo, 1982). Sin embargo, lo que media la relación entre actitud y conducta, y que puede predecir mejor una conducta, es la **intención** de realizar dicha conducta. Así pues, para lograr predecir una conducta a través de la compleja relación entre actitud y conducta, se requiere de un enfoque que considere dicha complejidad, ya que al considerarse éste aspecto, se posibilitará un cambio en la conducta de una población, si podemos cambiar sus actitudes más relevantes hacia un objeto particular como es el uso del condón.

Existen varios modelos psicosociales aplicables para la creación de intervenciones que busquen un cambio de conducta relacionado con el uso del condón. Tres de éstos modelos: *la Teoría De La Acción Razonada* (Ajzen & Fishbein, 1980), *la Teoría De La Conducta Planeada* (Ajzen, 1991) y *la Teoría De Motivación A La Protección* de Rogers (1975, 1983) convergen al proponer que la intención de uso del condón es el más importante e inmediato predictor del uso de condón. Las intenciones conductuales proveen de un resumen de la motivación personal para realizar una determinada conducta. Así, Ajzen menciona que "Se asume que las intenciones toman los factores motivacionales que influyen una conducta; son los indicadores de cómo la

³ Este vínculo, ha sido abordado desde los primeros trabajos sobre actitudes, por ejemplo, Richard LaPiere en 1931, menciona que la actitud va a ser un patrón conductual que es usado frente a situaciones que conocemos con anterioridad.

gente desea intentar, y de cuanto esfuerzo planea desarrollar, para realizar la conducta⁴ (Sheeran y Taylor, 1999).

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) es una de las teorías psicosociales más importantes para predecir y comprender conductas, y fue la primera en sugerir que la formación de una intención de conducta es el antecedente inmediato de la acción, y el mediador de la influencia de otras variables sobre la conducta. La TAR postula dos determinantes para la intención de uso del condón: Primero, que las *Actitudes* hacia el uso del condón hacen referencia al juicio evaluativo (positivo o negativo) que los individuos poseen sobre la realización de la conducta, juicio que es definido como un producto de las creencias sobre las consecuencias de realizar la conducta, multiplicado por la evaluación de dichas consecuencias. Las actitudes hacia el uso del condón por consiguiente, están parcialmente determinadas por las creencias sobre los beneficios y las barreras para usar el condón (Sheeran y Taylor, 1999).

La segunda determinante de las intenciones de conducta de acuerdo a la TAR es la norma subjetiva. La *Norma Subjetiva* hace referencia a la percepción de las personas de la presión social hacia la realización de la conducta, y usualmente es operacionalizada en términos de lo que alguien cree es significativo para los otros que pueda o no hacer. Las normas subjetivas son definidas como un producto de las creencias personales sobre lo que los “otros significantes” (padres, hermanos, amigos, etcétera) piensan que el individuo deba o no hacer, multiplicado por el grado de aceptación personal de lo que los otros piensan va a hacer (motivación para la complacencia).

⁴ Traducido del original en inglés

Este concepto de normas subjetivas, es el mismo utilizado por Fishbein y Ajzen en su estudio original de 1975, y engloba únicamente a uno de los múltiples componentes de la influencia social. Así mismo, es importante aclarar, que al hacer referencia a las normas subjetivas, éstas son tomadas en cuenta en su sentido *perceptivo*, esto es, relacionadas con el potencial de apoyo o rechazo percibido por el individuo para ganar el apoyo o la sanción de los otros significantes, y no en su sentido *descriptivo* el cual hace referencia a la percepción que los otros significantes tienen de sus actitudes y conductas en el mundo así, la norma subjetiva que alguien pueda tener sobre asistir a los servicios religiosos de su credo se basaría en lo que la gente cercana a él le diría (o dejaría de decir) por el hecho de no asistir a dichos servicios. En este caso, las opiniones y acciones de los otros proveen información que sirve al sujeto para evaluar si realiza o no determinada conducta. Las normas descriptivas han sido estudiadas en su relación con la percepción de las actitudes de los pares hacia los condones (White, Terry y Hogg, 1994) y la conducta de uso de condón de los pares (Sheeran y Taylor, 1999; Sutton, McVey y Glanz, 1999).

La Teoría De La Conducta Planeada

Ajzen, en 1991, realizó una revisión a la TAR e incluyó un constructo similar al de auto-eficacia postulado por Bandura, el cual puede ser definido como "El juicio personal sobre la eficacia y el control que tiene un individuo sobre el funcionamiento y aparición

de los eventos que afectan su vida.⁵ (Bandura, 1994) llamando a este nuevo constructo Percepción de control de la Conducta (CPC⁶)

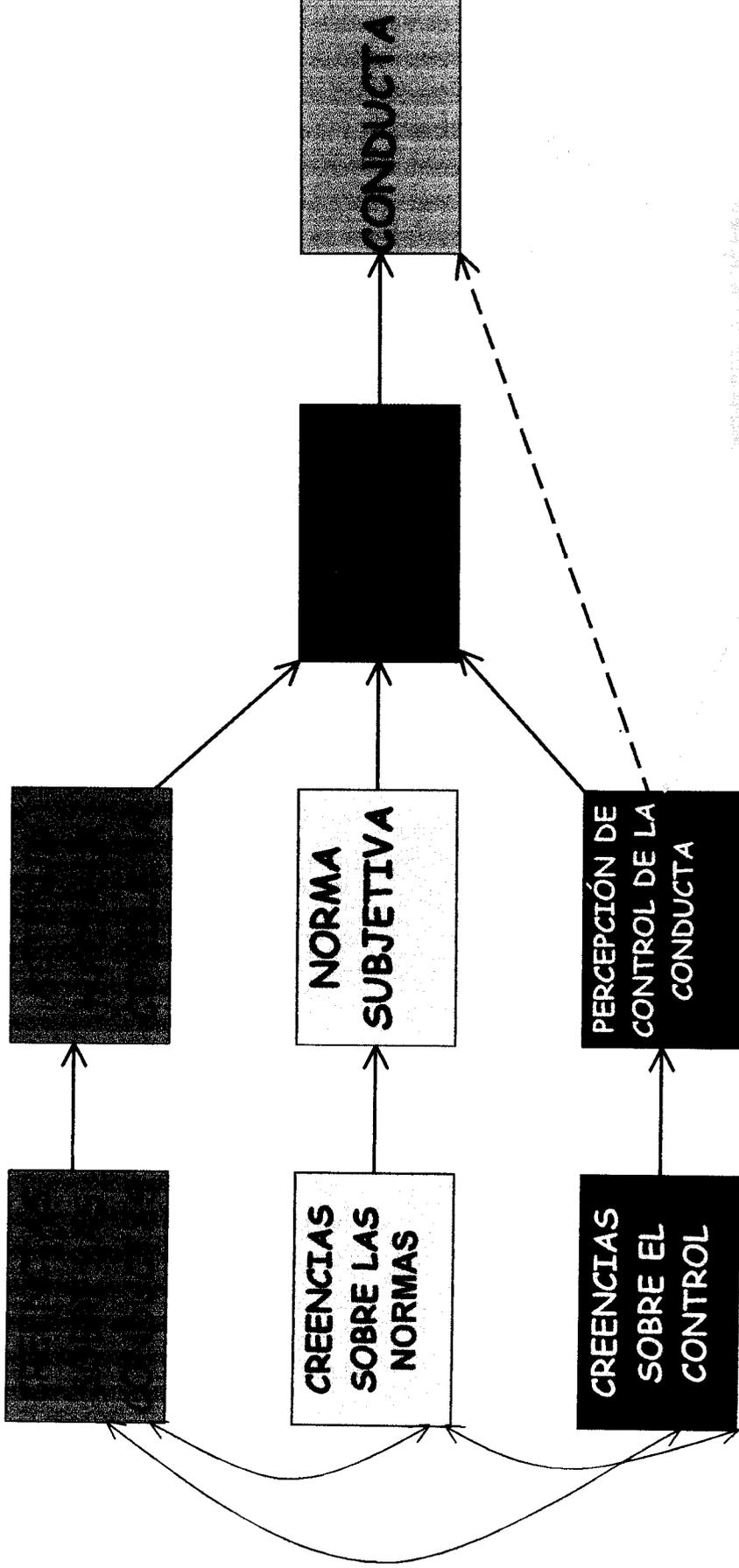
Así, el modelo revisado por Ajzen se convirtió en la **Teoría de la Conducta Planeada (TCP)**, teoría que sugiere que las percepciones sobre la facilidad o dificultad de efectuar una determinada conducta puede afectar las intenciones para realizar dicha conducta, en un mayor grado que la norma subjetiva y las actitudes positivas para realizar dicha conducta. El esquema de la página 18 ilustra el proceso necesario para realizar una determinada conducta según la TCP, cada constructo del diagrama es explicado a continuación:

• **Creencias Sobre las Conductas:** Las creencias sobre las conductas ligan a la conducta de interés con los resultados esperados. Una creencia sobre una conducta es la probabilidad subjetiva de que la conducta pueda producir un resultado determinado. A pesar de que una persona pueda mantener muchas creencias conductuales respecto a una conducta, el individuo sólo tiene acceso a un número relativamente pequeño de ellas en un momento determinado. Se asume que estas creencias, en combinación con las valoraciones subjetivas de los resultados esperados, determinan la vigencia de la **actitud hacia la conducta**. Específicamente, la evaluación de cada resultado

⁵ Traducido del original en inglés

⁶ Cabe mencionar, que aún existe un debate teórico sobre la igualdad o distinción entre estos dos constructos, ya que ambos proponen que la apreciación de la habilidad y del éxito potencial es una predicción de la intención de la conducta.

TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA



contribuye a la actitud en una relación directamente proporcional a la probabilidad subjetiva personal de que la conducta produzca el resultado en cuestión.

● **Actitud Hacia la Conducta:** La actitud hacia la conducta es el grado en el cual la realización de la conducta es valorada en forma positiva o negativa de acuerdo al modelo expectativa – valor. Así, podemos pensar por ejemplo en que la actitud hacia el estudio de un determinado idioma, puede ser positiva a pesar de que implique horas extra de estudio, ya que existe la idea de que el conocimiento de idiomas adicionales puede facilitar el obtener buen trabajo al concluir los estudios. La actitud hacia la conducta va a estar determinada por el conjunto total de **creencias sobre la conducta** accesibles que conllevan a las distintas recompensas.

1. Creencias Normativas: Las creencias normativas hacen referencia a la percepción de las expectativas de conducta que poseen los referentes importantes del individuo, ya sean individuos o grupos (esposo, familia, amigos y dependiendo de la población o conducta estudiada, maestros, doctores, supervisores y compañeros de trabajo). Se asume que estas creencias normativas, en combinación con la motivación personal para cumplir con los diferentes referentes, determinan la preponderancia de la **norma subjetiva**. Específicamente, la motivación para cumplir con cada referente contribuye a la norma subjetiva en proporción directa a la probabilidad subjetiva personal de que el referente piense que la persona puede realizar la conducta en cuestión.

Norma Subjetiva: Es la percepción de la presión social para realizar o no una conducta. Mantiene una analogía con el modelo de expectativa – valor de las

actitudes. Se parte de que la norma subjetiva está determinada por el conjunto total de **creencias normativas** accesibles relacionadas con las expectativas de los referentes importantes.

2. Intención: Es la representación cognitiva de la disposición de una persona para realizar una conducta determinada, y se considera que es el antecedente inmediato de la conducta. La intención se basa en la **actitud hacia la conducta**, la **norma subjetiva** y la **percepción de control sobre la conducta**, con cada predictor valuado por su importancia con relación a la conducta y población de interés.

3. Conducta: Es la manifestación, la respuesta observable, en una situación dada respecto a un objetivo determinado. La observación de conductas aisladas pueden ser agregadas a través del tiempo y de diversos contextos para producir una medida de la conducta más amplia y representativa. En la TCP, la conducta es una función de las intenciones compatibles y de la percepción de control de la conducta. Conceptualmente, es de esperarse que la percepción de control de la conducta modere el efecto de la intención sobre la conducta, así, una intención favorable produce la conducta sólo cuando existe una fuerte percepción de control sobre la conducta. En la práctica, las intenciones y la percepción de control sobre la conducta han demostrado tener importantes efectos sobre la conducta, pero ninguna interacción significativa (Aizen, 2000 b).

4. Creencias Sobre el Control: Estas creencias están relacionadas con la presencia percibida de factores que puedan facilitar o impedir la realización de la conducta. Se asume que este control de las creencias, en combinación con el poder percibido de cada factor de control, determina el valor de la **percepción de**

control sobre la conducta. Específicamente, el poder percibido de cada factor de control para impedir o facilitar la realización de la conducta, contribuye al control percibido en proporción directa a la probabilidad personal subjetiva de que el factor de control esté presente.

5. Percepción de Control de la Conducta: Hace referencia a la percepción personal de la habilidad para realizar una tarea determinada. Realizando una analogía con el modelo actitudinal de expectativa – valor, se asume que la percepción de control de la conducta es determinada por el conjunto total de **creencias sobre el control** accesibles, como pueden ser las creencias sobre la presencia de factores que puedan facilitar o impedir la realización de una tarea. Específicamente, la fuerza de cada creencia de control depende del poder percibido sobre el factor de control como se muestra en la ecuación. Así, puede decirse que la percepción de control de la conducta, es un acertado reflejo del **control actual de la conducta**, al mismo tiempo que junto con la intención, es usado como predictor de la conducta.

6. Control Actual de la Conducta: Se refiere a la facilidad con la que una persona accede a las habilidades, recursos y otros prerrequisitos necesarios para realizar una determinada tarea. La realización exitosa de la tarea depende no sólo de una intención favorable sino también de un determinado control sobre la conducta. Así, si se posee una medición acertada de la percepción de control sobre la conducta, ésta podrá servir como un indicador del control actual sobre la conducta, y podrá ser usado para predecir la conducta.

Es así, que la TCP propuesta por Ajzen, incorpora la mayoría de los elementos propuestos a lo largo del siglo XX como variables para lograr un cambio

en la conducta de los individuos y, aunque en México no se ha publicado ninguna investigación en la que se utilice a la TCP para medir la intención de uso del condón, en otros países esta teoría ha obtenido mejores logros en comparación con otras teorías en la predicción de la intención de uso del condón, como lo muestran los resultados de Sheeran y Taylor (1999), donde a partir de la realización de un meta – análisis, donde se compararon los resultados de 67 investigaciones y 23 predictores psicosociales que intervienen como variables en la intención de uso del condón, concluyen que la TCP en comparación con la TAR y el teoría de motivación a la protección, obtienen una mayor exactitud en la predicción de la intención de uso del condón.

Así pues, en este trabajo se presenta un modelo de simulación asistido por computadora, en el cual se ponen a prueba los límites de algunas de las variables de la Teoría de la Conducta Planeada enunciada por Ajzen, con la intención encontrar un modelo que se ajuste a la realidad, a través de la contrastación de los resultados obtenidos por este, con datos obtenidos de la investigación experimental tradicional.

Los modelos de simulación en las Ciencias Sociales⁷

El uso de modelos de simulación dentro de las Ciencias Sociales

La creación de modelos simulados por computadora se ha convertido en una herramienta metodológica común dentro de las ciencias sociales durante los últimos 25 años. Un gran número de investigadores que trabajan tanto teorizando como realizando predicciones concretas, han adoptado variaciones de esta metodología, logrando que en algunas áreas de la investigación social (por ejemplo en la economía y la administración), el uso de modelos creados por computadora se haya convertido en un método de investigación rutinario y altamente aceptado. Sin embargo, en otras áreas de las ciencias sociales, el uso de modelos simulados por computadora sigue siendo algo exótico, o practicado por pequeños grupos de especialistas.

Modelos y métodos de simulación

Los métodos de simulación consisten la creación de modelos, modelos que facilitan el entendimiento sobre el cómo funcionan las teorías y los constructos abstractos a través de la experimentación, así como la evaluación del alcance explicativo de dichas teorías contrastándolas con las observaciones tomadas de los sistemas "naturales". Así, la parte central de cualquier simulación, es este "modelo", el cual puede ser definido como un objeto artificial (en este caso un programa para computadora) que parte de hipótesis del investigador, buscando proveer una representación abstracta de algunos aspectos de alguna estructura social y sus procesos, con base en alguna teoría.

⁷ Este Capítulo pretende ser una introducción al modelaje y la simulación de teorías. Para su realización me basé en el artículo "On the Uses of Computer –Assisted Simulation Modeling in the Social Sciences" de Hanneman y Patrick (1997)

Los científicos sociales (al igual que las demás personas), usan modelos todo el tiempo al intentar "entender". Las representaciones gráficas y lingüísticas, como pueden ser las descripciones, definiciones, esquemas conceptuales, teorías, etc., de las estructuras y los procesos sociales, son modelos; son objetos artificiales que son usados por los investigadores para representar dichos procesos y estructuras. Pero no todos los modelos son iguales, si comparamos la descripción de un etnógrafo sobre un estado social particular así como de los actores y acciones que han ocurrido en dicho estado social, con la salida de resultados de una interacción de individuos simulada por computadora, tal vez podríamos estar de acuerdo con el hecho de que ambos son resultados de la aplicación de "modelos", pero el código de la computadora puede ser considerado un objeto más artificial que la descripción del etnógrafo.

Así, una simulación es el crear de una manera subjetiva un modelo basándose en resultados experimentales, y observar su evolución como sistema. Tenemos entonces, que en este sentido, los científicos sociales al igual que todo el mundo, usan las simulaciones rutinariamente en sus quehaceres cotidianos. Cuando un observador graba cómo un actor respondió a un evento, cuando un entrevistador cuestiona y escribe las respuestas, cuando un psicólogo trabaja con un grupo en un laboratorio, se está manipulando el ambiente, se está realizando un experimento que busca entender un objeto a través de la observación de la respuesta a los distintos estímulos. Y así, aunque estos métodos de investigación no son idénticos, y ni siquiera equiparables mas que en el aspecto más abstracto, todos tienen en común el hecho de que parten de una idea, de una concepción de la realidad (modelo) sobre el cual desarrollan toda su investigación y observación.

Entonces, tenemos que lo que hace diferente a los modelos computacionales y a los métodos de simulación de otras metodologías de investigación, no es ni el uso de representaciones abstractas (modelos), ni la observación y manipulación de variables como caminos para entender a los objetos de estudio, sino que es la búsqueda por entender y encontrar regularidades en el comportamiento social, de una manera tan “artificial” (entendiendo aquí artificial por ajeno a los datos empíricos), que supera en gran medida a la mayoría de las aproximaciones metodológicas que tradicionalmente se manejan, ya que no presenta las restricciones que usualmente aparecen en la investigación empírica.

De esta forma, los ataques a esta metodología derivados de lo artificial de sus procedimientos, han provocado que los practicantes de la experimentación por simulación y, particularmente aquellos dedicados a crear programas que intentan recrear con la mayor fidelidad posible aspectos de la conducta humana, hayan tenido como preocupación constante la lógica, fuerza y limitaciones inherentes a esta metodología.

Cuando se busca hacer una simulación en ciencias sociales, es necesario que se parta de observaciones y generalizaciones sobre algunos patrones de la conducta social, usualmente presentados en un “lenguaje cotidiano”. En la presente investigación, se parte de la teoría de la conducta planeada, teniendo como hipótesis el hecho de que existan “patrones” en jóvenes universitarios, sobre la intención de usar o no el condón en una relación sexual, por lo que para contrastar esta hipótesis, se creó un modelo teórico que explica cómo se interrelacionan las variables de la teoría con las intenciones, como un método para

comprender los alcances de la teoría de la conducta planeada y la posible comprobación de la existencia de dichos patrones.

La construcción de este modelo teórico, requiere de un número determinado de elecciones sobre su estructura (por ejemplo, si se va a hablar de individuos o grupos de individuos) o lo que es más importante, si se requiere que los análisis tomen en cuenta las relaciones entre los individuos o sólo las conductas pasadas.

De igual manera, este modelo teórico también debe estar “delimitado” esto es, es necesario tomar en cuenta que las elecciones sobre las formas y magnitudes de los efectos, las distribuciones y valores iniciales, así como las probabilidades de ocurrencia de los eventos, deben estar basadas, en *datos empíricos*. Así, con estos parámetros y un conjunto particular de datos empíricos iniciales, el modelo teórico se transforma en un modelo particular (modelo situacional) que representa un estado específico de un conjunto de estados delimitados por la misma estructura del modelo teórico.

Una vez que el modelo situacional se encuentra terminado y ya se ha elegido un escenario a través de la selección de los parámetros y las condiciones iniciales, el modelo es “*simulado*”. En el caso de modelos dinámicos (por ejemplo aquellos donde los algoritmos describen cómo cambia dicho estado inicial), la simulación es una serie de cálculos iterantes que replican el paso del tiempo. Normalmente los valores arrojados por la computadora sobre los estados del sistema son grabados como “series de tiempo” y son los datos esenciales sobre los cuales se realizarán los análisis. En estos casos, es común que el investigador haya diseñado un programa de investigación que involucre un número (a veces

extremadamente largo) de escenarios donde varían los parámetros y las condiciones iniciales, y donde los datos puedan ser recolectados de manera separada, para que posteriormente sea posible la realización de análisis comparativos entre ellos. En el caso de este trabajo, los escenarios sobre los cuales se aplica el modelo se diferencian en la manipulación que se hace de la norma subjetiva, representada por el uso del condón de los referentes cercanos para el individuo a través del tiempo.

A partir de este punto, tenemos datos "artificiales" creados por un objeto "artificial", pero... ¿qué podemos concluir de ellos? Hasta ahora, todo lo realizado hace referencia a la investigación *sobre* la teoría, no a la investigación sobre el mundo "real". Si todo lo anterior se ha hecho bien, a partir de la simulación es posible tener un conocimiento pleno sobre las limitaciones e implicaciones de la teoría misma. Idealmente, si conocemos las condiciones específicas iniciales (por ejemplo si se parte de un grupo donde existe una alta norma subjetiva sobre el uso del condón), podremos determinar cuales serán los patrones o resultados para esa teoría con base en el modelo. Es importante remarcar, que para una simulación, los análisis pueden ser altamente formales y complejos, envolviendo modelos estadísticos de largas cantidades de datos o bien, pueden ser informales e intuitivos; en cualquier caso, los resultados hablan sobre la teoría como un modelo de la conducta a la cual hace referencia.

Así, el último paso en el proceso de investigación, es la *validación* del modelo. Habiendo construido un modelo teórico que toma las variables en una forma congruente determinada de antemano, ahora será usado para realizar predicciones sobre los escenarios o situaciones para los cuales somos capaces de

conseguir información por otros medios. Es decir, en lugar de ir a levantar cuestionarios o realizar entrevistas a nuestros grupos de interés, vamos a utilizar el modelo ya construido y listo para ser simulado. Las condiciones y parámetros iniciales para este modelo, deben ser idénticos a aquellos que tienen lugar en nuestro fenómeno de estudio como condición para la realización de la simulación para que, finalmente, la información *simulada* sea comparada con la información obtenida de la observación del sistema natural. Si la similitud es mínima (como con frecuencia sucede), debemos llegar a la conclusión de que existe una falla en: 1) La validez de las observaciones tomadas del sistema natural, 2) la construcción del modelo a partir de la teoría o 3) la teoría misma.

Por el contrario, si los resultados de la simulación poseen gran similitud con los datos obtenidos de las observaciones, entonces debemos aceptar tentativamente a la teoría (en la forma en que se tomó en el modelo) como una útil herramienta para realizar predicciones, por lo menos, hasta que una herramienta más sencilla y eficiente sea desarrollada.

No hay que olvidar que no existe nada inusual sobre la lógica de la investigación usando modelos de simulación; observar, comprender y explorar es la forma en que se inicia una teoría. Es una explicación tentativa hacia algún fenómeno la cual a través de un modelo, queda representada de manera formal; dicho modelo es estudiado en sí mismo, como una manera para encontrar (a través de la lógica deductiva) las implicaciones de esa teoría o explicación dentro de un rango particular de escenarios. Por esto, cuando comparamos los resultados de las predicciones de la simulación, con algunos datos empíricos particulares, se pone a prueba la teoría: un fallo al hacer predicciones que se

adecuen a la realidad, resulta en el rechazo del modelo y/o de la teoría; éxito en las predicciones se traduce como una aceptación (no definitiva) de la teoría y modelo.

Es necesario aclarar, que la simulación por sí misma, no le impone al investigador ninguna aproximación teórica, pero requiere sin embargo, que el investigador especifique sus ideas con suficiente precisión para lograr la construcción de un modelo computacional (Gilbert, 1997), lo cual a menudo deriva, dentro de la psicología social, en hallazgos inesperados.

Los modelos de simulación difieren de los modelos usados en otras metodologías de investigación, estas diferencias son más de grado que de tipo, pero son dignas de tomarse en cuenta. Los investigadores que hacen simulaciones, toman estas diferencias como defensas y los críticos las usan como argumentos para atacar esta metodología ya que las consideran debilidades. El principal ataque se centra en que los modelos de simulación son considerados altamente artificiales en el sentido de que usualmente son muy simples y se encuentran expresados de manera demasiado formal (muchas veces en un lenguaje matemático algo confuso para la mayoría de las personas), y que además, llegan a tomar como parte de su modelo, cuantificaciones abstractas (por ejemplo la presión que ejerce un grupo sobre un individuo para que use o no un condón) en lugar de observaciones directamente cuantificables (por ejemplo, preguntar directamente, la frecuencia de uso del condón).

Por otra parte, la *simplicidad* del modelo únicamente es aparente, el código de la computadora, las matemáticas y la oscura jerga técnica puede esconder el hecho de que la mayoría de los modelos de simulación (por lo menos en un nivel

conceptual), son considerablemente llanos. La simplicidad se logra a través de la limitación deliberada del número de actores y variables en los modelos, y al usar (la mayoría de las veces aunque no siempre) simples algoritmos que describen las reglas de interacción entre ellos. Pero inclusive cuando estos modelos llegan a ser “simples” no quiere decir que sean necesariamente “sencillos”. El diseño, la implementación, la experimentación y la validación son una gran carga de trabajo.

Quienes simulan modelos, tienden a evaluar la “simplicidad” y “elegancia” en su trabajo, en la misma medida que presentan una aversión, y gran desconfianza hacia las complicaciones y especificaciones en lo que hacen. Estas son preferencias naturales dada la cantidad de trabajo que representa la construcción de construir complejos modelos, pero más importante que esto, es que la simplicidad en la teoría y el modelo, es totalmente indispensable porque en caso contrario, puede suceder que seamos incapaces de comprender plenamente las implicaciones de un modelo complejo resultante de la simulación. Un modelo que no puede ser comprendido plenamente, no puede tener un uso explicativo general.

Así, la simplicidad en el modelo se basa en el principio de buscar encontrar la explicación más simple y amplia para un fenómeno social. Un modelo simple que puede, con diferentes condiciones iniciales y parámetros, producir una apreciable variedad de explicaciones es preferida sobre un modelo más complejo que dé cuenta de las mismas explicaciones. Y aunque a través del desarrollo del conocimiento científico las teorías simples y elegantes no siempre han resultado ser las mejores teorías, hasta que podamos demostrar la superioridad práctica de las teorías complejas sobre las sencillas, la simplicidad será preferida.

En la investigación por la simplicidad y la elegancia, quienes hacen simulaciones buscan desarrollar modelos caracterizados por sus altos niveles de abstracción. Así, muchos modelos de simulación desarrollados dentro de las ciencias sociales, toman prestados de los modelos físicos y las ciencias de la vida la forma y el contenido, los cuales están caracterizado usualmente, por términos abstractos. De nuevo, el uso de términos abstractos y conceptos generales en las teorías y modelos, es preferido generalmente, sobre los términos más concretos y específicos, que poseen igual utilidad práctica.

Esto es otro motivo para decir que los modelos de simulación son “artificiales” ya que están contruidos a través de términos altamente formales; están declarados en lenguajes computacionales muy elaborados, y consisten de operadores formales o lógicos aplicados a cantidades específicas. Los matemáticos y los programadores de las simulaciones, arguyen que estos lenguajes, en contraposición con el lenguaje cotidiano, las fotografías, pinturas, canciones o cualquier otro medio, tienen una mayor utilidad porque permite la comunicación de ideas de manera compacta y precisa que a la vez impide una reinterpretación por parte de aquellos que conocen el lenguaje, llegando a considerar que este formalismo no es restrictivo y que la misma sintaxis y estructura específica, puede dar lugar a nuevos hallazgos.

Como con cualquier otro lenguaje, la forma en que se hacen los modelos de simulación, queda enmarcada por las percepciones (no siempre objetivas) de quien la realiza. Lo mismo, claro, puede decirse para el etnógrafo y sus notas de campo, de nuevo, las inclinaciones de la persona que realiza el modelo, deben guiarse hacia la abstracción, la elegancia y la simplicidad, que son los objetivos

deseables de una explicación científica. La lógica general, el método y los objetivos de la investigación a través de la simulación asistida por computadora son muy similares en las distintas disciplinas de las ciencias sociales, abarcando desde el trabajo teórico abstracto de los sistemas no lineales y la teoría iterante del juego, hasta los modelos de planeación del flujo de tráfico y diseño de sistemas óptimos para los negocios.

Algunas tendencias actuales: Caos, Complejidad, borrosidad, autoorganización y vida artificial

La utilización de la simulación de modelos en las ciencias sociales, es una adaptación de las aproximaciones que han surgido en la física y las ciencias de la vida en los últimos años. Muchos modelos en las ciencias sociales, encuentran sus antecedentes en desarrollos en campos de la ciencia tan variados como son la ecología, la meteorología, la física y las ciencias computacionales. Algunas de estas ideas, a partir de que han comenzado a desarrollarse desde las teorías y modelos de las ciencias sociales, han demostrado tener una capacidad explicativa al tratar con algunos fenómenos sociales que hasta el momento habían parecido intratables desde las metodologías tradicionales.

El caos, las catástrofes y otras variaciones de sistemas no lineales han sido de interés en la física y las ciencias biológicas por algún tiempo. Los modelos que han utilizado estas aproximaciones, intentan explicar de qué forma los pequeños cambios pueden provocar severas e inesperadas consecuencias, así como de qué forma los sistemas que parecen ser normalmente estables, pueden presentar repentinamente grandes cambios cuantitativos e incluso, cualitativos. Así mismo, enfatizan cómo los patrones de acción social pueden presentar coincidencias y

tendencias para realizar leyes generales, sin que necesariamente existan dos eventos, grupos o interacciones que son idénticas.

Así, la simulación se vuelve la metodología ideal para estas aproximaciones teóricas, ya que las regularidades que pueden dar pie a estas “leyes generales”, únicamente pueden ser encontradas después de innumerables observaciones y análisis que difícilmente podrían recogerse a través de la investigación empírica.

Conclusiones

Por todo lo anterior, podemos decir que aunque los modelos de simulación asistidos por computadora poseen grandes similitudes con otras aproximaciones teóricas y conceptuales, estos modelos son una implementación específica de las ideas de una teoría más abstracta, que nos facilita el deducir las implicaciones que esta teoría presenta bajo condiciones específicas. Al igual que una tipología o un modelo estadístico, un modelo de simulación por computadora busca ser un puente que una el vacío entre las teorías más generales y las circunstancias empíricas más específicas.

Los modelos de simulación, son e intentan ser, “artificiales”. Nosotros no intentamos desarrollar un modelo que represente una comunidad social, en su lugar, se busca construir un objeto artificial (siguiendo como plano a la teoría), que busca comportarse (por lo menos en el papel o en la pantalla) como una comunidad social. Si nosotros tenemos la habilidad para desarrollar un modelo que se comporta (al menos en algunos aspectos) como una comunidad “real”, entonces nosotros podremos entender y explicar la comunidad social con nuestra teoría, al menos, hasta que una mejor aparezca.

Finalmente, es necesario recordar y aclarar, que no se busca reducir la importancia de otras herramientas metodológicas, la simulación de modelos es un método para conectar la teoría con los datos empíricos, pero no es la única forma. Así, la simulación de modelos no busca reemplazar a la teoría o a la investigación empírica: busca actuar como un puente entre estos dos constructos.

PLANTEAMIENTO Y MÉTODO

Planteamiento

Como se mencionó en el capítulo anterior, los modelos asistidos por computadora se han convertido en algo más que común como método de investigación en las ciencias sociales. En algunas disciplinas sociales el uso de modelos asistidos por computadora es un método rutinario y altamente aceptado (por ejemplo, en la economía y la administración), así como en la mayoría de las áreas de las ciencias de la vida y la física, pero en otras áreas de las ciencias sociales, por ejemplo en la psicología social, el uso de métodos de simulación asistidos por computadora, sigue siendo algo exótico o practicado por pequeños grupos de especialistas (Hanneman y Patrick, 1997).

Así, los sistemas de simulación computacional siguen siendo una opción poco usual como método de investigación en psicología social, a pesar de que para ciertos propósitos como son el levantamiento de datos y la consecución de participantes por ejemplo, la simulación presenta ventajas sobre otros métodos de investigación más tradicionales. La mayor parte de la investigación social que ha usado la simulación, ha buscado el desarrollar predicciones, por ejemplo, en la economía, sobre transferencias fiscales en un lapso de tiempo de 10 o 20 años, o sobre el estado del mundo desde una perspectiva sistémica. Sin embargo, en trabajos más recientes, se ha usado la simulación en una forma diferente, esto es, para explorar las posibilidades teóricas, para convertirse en una especie de “experimentos mentales” y para entender los límites y restricciones de la vida social a través de las sociedades artificiales.

Es así, que el objeto central de esta investigación es la realización de un modelo de simulación por computadora, que de cuenta de las variables propuestas por Aizen como componentes de la Teoría de la Conducta Planeada, y que al mismo tiempo plantee una interrelación de éstas acorde a los datos empíricos sobre la intención de uso del condón.

Partiendo de esto, tenemos que la hipótesis central sobre la cual descansa esta investigación es que **“el modelo de simulación propuesto responde a los datos obtenidos en una investigación empírica tradicional”**. Para lograr esto, se usarán los datos que se obtuvieron en un estudio realizado en 1999 por Sutton, Mcvey y Glanz en una muestra nacional de 949 jóvenes con edades entre los 16 y los 24 años en Inglaterra. Se optó por tomar los datos obtenidos de este trabajo, debido a que no existe ningún trabajo o estudio en México, del cual se pudieran retomar los datos para todas las variables enunciadas en la teoría de la Conducta Planeada, necesarias para la simulación

Como se mencionó antes, por las características propias de la metodología usada, el tamaño de la muestra se vuelve un elemento poco relevante, y esto es una ventaja de la simulación, ya que a través de la manipulación numérica de las variables, es posible añadir el número de individuos necesarios para realizar la comparación de los resultados. Para los cálculos realizados en las distintas simulaciones, se tomaron como base a 20000 “individuos” a través de 100 “situaciones” que en este caso fueron relaciones sexuales.

Método

Para construir el modelo sobre el cual se realizó la simulación, se echó mano de la estadística, en particular de la regresión múltiple⁸, ya que a través de ésta es posible crear una ecuación matemática que nos permita explicar y simular el uso del condón por parte de los jóvenes.

Una ecuación de regresión, es una ecuación para estimar una variable dependiente, como es el caso del Uso del Condón (C), a partir de variables independientes (Spiegel, 1991). Así, si la regresión es lineal, su ecuación se representará matemáticamente como la ecuación de una recta ($Y = a + bX$) donde a es la ordenada en el origen, y b es la pendiente de la recta. Sin embargo, es muy importante aclarar que no todas las asociaciones entre variables pueden describirse bien por medio de una línea recta, ya que con frecuencia es curvilínea la forma geométrica que describe la asociación. No obstante, dadas las dificultades que plantea la búsqueda de una fórmula adecuada que se ajuste a la descripción de la relación curvilínea, se suele utilizar el modelo más simplificado y, por tanto, aproximado de la relación lineal, como el criterio “óptimo” de ajuste de una línea de regresión. El problema entonces radica en situar la línea de regresión de tal forma que se ajuste lo mejor posible a los datos (García, 1985).

Así, las variables independientes que se van a tomar en esta investigación, se encuentran dadas por la teoría de la Conducta Planeada y son:

- Intención (I),
- Percepción de control de la Conducta (Pc) y

⁸ En sus orígenes, las “ecuaciones de regresión” se desarrollaron con los estudios genéticos que trataban de conseguir líneas genéticas puras, es decir, trataban de “regresar” de los tipos reales genéticos impuros, a los tipos originales puros. Desde entonces, el nombre de “ecuaciones de regresión” ha permanecido, aunque actualmente su uso se ha extendido hasta las ciencias sociales (García, 1985).

- Control actual de la Conducta (Cc).

De esta forma, la ecuación de la regresión para la teoría quedaría de la siguiente forma:

$$C_j = X + \beta I_j + \beta P_{Cj} + \beta C_{Cj}$$

Esto es, el hecho de que un individuo “j” use condón en su siguiente relación sexual, es igual a la media de uso de condón de un grupo al cual pertenece j más el valor beta de la **intención de uso del condón** de ese individuo, más el valor beta de la **percepción de control de la conducta** para j más el valor beta del **control actual de la conducta** en j. Sin embargo, el valor beta de la intención de uso del condón está compuesto a su vez, por una ecuación de regresión que es:

$$\beta I_j = X_I + \beta A_{Cj} + \beta P_{Cij} + \beta N_{Sj}$$

Donde βI es igual a la **intención de uso del condón**, que es igual a la media de intención de uso del grupo al que pertenece j, más el valor beta de la **actitud hacia el uso del condón**, más el valor beta de la **percepción de control de la intención de usar el condón**, más el valor beta de la **norma subjetiva**, todo esto para el individuo j.

Así, uniendo las dos fórmulas, nos queda la siguiente ecuación:

$$C_j = X + [X_I + \beta A_{Cj} + \beta P_{Cij} + \beta N_{Sj}] + \beta P_{Cj} + \beta C_{Cj}$$

Partiendo de la ecuación de la regresión de la conducta del uso del condón anterior, es necesario tomar datos “reales” es decir, empíricos que puedan sustituir a las betas y a las medias, para lo cual nos basamos en el trabajo de Sutton, McVey y Glanz, donde a partir de la aplicación de cuestionarios individuales a una submuestra de 509 participantes (fue necesaria la reducción de la muestra, ya que

de 949 participantes, sólo 509 completaron los cuestionarios correspondientes a las variables relevantes para la teoría de la conducta planeada), se obtuvo que el 41% de los jóvenes entrevistados (209) usan siempre condón, mientras que tan sólo un 25% de la submuestra (127) tiene la intención de usarlo en cada una de las relaciones sexuales que sostenga en los siguientes 12 meses. Estos dos porcentajes, fueron usados como los valores de las medias: Se tomó el valor de 0.41 como χ_i , y 0.25 como χ_j .

Por otra parte, los valores beta obtenidos en el estudio de Sutton, McVey y Glanz, se presentan en la tabla 3:

Tabla 3. Valores Beta reportados en el trabajo de Sutton, McVey y Glanz (1999)

Variable de la TCP	Valor β
Control Actual de la Conducta	0.29
Percepción de control	0.30
Actitud hacia la conducta (Intención)*	0.11
Norma Subjetiva*	0.12
Percepción de control (Intención)*	0.08

*Estas variables interactúan como una segunda ecuación de regresión para obtener el valor β de la Intención

Así, tenemos que la ecuación de la regresión para el uso del condón en el **grupo** sobre el cual se realizó el estudio de Sutton, McVey y Glanz, usando las variables propuestas en la teoría de la conducta planeada es:

$$C = 0.41 + [0.25 + 0.11 + 0.08 + 0.12] + 0.30 + 0.29$$

La ecuación anterior es el modelo teórico – empírico sobre el cual se va a realizar la simulación, ya que al lograr que éste se ajuste a los datos empíricos, podremos afirmar que es un modelo válido, modelo que puede ser modificado desde un nivel teórico para obtener probables imágenes de lo que puede ocurrir si

estas modificaciones se hicieran empíricamente a través de intervenciones o experimentos de campo.

Sin embargo, es necesario subrayar el hecho de que esta es la fórmula **general** para el grupo, y que ésta va a variar para cada uno de los individuos que conforman al grupo. Para lograr estas variaciones individuales en las simulaciones, se integraron a la fórmula números aleatorios, los cuales modificaron a cada una de las betas, permitiendo que estas alcanzaran números que oscilaron entre 0 y el doble del valor obtenido empíricamente, estas variaciones son muy importantes, ya que son las que permiten una verdadera correlación entre el modelo y la realidad.

Por otra parte, cuando se modifican estas variaciones aleatorias y se sustituyen por valores relacionados con la conducta pasada del individuo, con valores dependientes de si sujetos cercanos a él usan o no condón, o con cualquier otra variable relacionada con el uso del condón, se obtiene una veta riquísima para explorar distintas situaciones en las cuales se pueden poner a jugar un número infinito de posibilidades teóricas.

En el siguiente apartado, se presentan tan sólo algunas de estas posibilidades, en particular se realizaron simulaciones para 10 modelos teóricos – empíricos (ecuaciones) basándonos en distintos aspectos de la teoría de la conducta planeada, de la teoría de la acción razonada, y de otras variables relacionadas con la intención de uso del condón. Para realizar las simulaciones se utilizó el programa *Excel 2000*, mientras que para realizar los análisis estadísticos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 9.0 para Windows.

Respecto a este punto, es importante recalcar el hecho de que hacer una simulación por computadora no necesariamente implica el empleo de complicados programas o lenguajes de programación, o de potentes computadoras para ejecutar dichas simulaciones. Como se mencionó con anterioridad, la simulación consiste en tomar un modelo teórico y operacionalizarlo (explicar cómo se modifica con el paso del tiempo a través de la lógica formal) para observar de qué forma interactúan y cambian las variables que lo componen.

De esta forma tenemos que mientras tengamos una base para decir cómo se forma y por qué cambia y transforma nuestro modelo, cualquier programa que pueda ayudarnos a realizar las modificaciones que proponemos, respetando las reglas que se plantean en la teoría, nos serviría para realizar una buena simulación.

En el caso de la simulación del uso del condón, se optó por un programa de hoja de cálculo (Excel 2000) relativamente sencillo, el cual contiene todas las herramientas necesarias para manipular las variables de acuerdo a la teoría, que básicamente fueron los operacionalizadores lógicos (mayor/menor que, igual o menor/mayor, si entonces, etc.) y la posibilidad de tomar los datos de iteraciones anteriores para integrarlos en cálculos posteriores.

SIMULACIONES Y RESULTADOS

En esta sección se presentarán los resultados obtenidos de cada una de las 10 simulaciones. Cada una de estas simulaciones recrea sistemas (sociedades) compuestos por 20,000 autómatas (individuos) los cuales, para cada simulación iteraron 100 veces. Dicho de otra forma, cada simulación creó pequeños sistemas (sociedades) de 20,000 individuos, los cuales “tomaron la decisión” de usar o no el condón, con base en las variables de la Teoría de la Conducta Planeada 100 veces, lo que equivaldría a estudiar empíricamente a 20,000 sujetos durante el tiempo que cada uno tardara en tener 100 relaciones sexuales, observando su uso del condón.

1ª SIMULACIÓN

Esta primera simulación es la más importante de todas, ya que representa al grupo control sobre el cual se van a realizar las comparaciones posteriores respecto de las restantes nueve simulaciones.

Este grupo control, se desarrolló basándose únicamente en los resultados obtenidos en el estudio de Sutton, McVey y Glanz efectuado en 1999, esto es, en datos empíricos, teniendo como parámetro para comparar la validez de esta simulación, el porcentaje de individuos que usó condón en su última relación sexual reportado en el estudio, que resultó ser de un 41%.

En esta simulación, cada iteración carece de relación con las demás, ya que una de las condiciones para que este grupo control fuera válido, era que cada iteración por sí sola, tuviera un 41% de individuos que usaran condón. Es importante aclarar, que ésta fue la única simulación en la cual no existió una relación entre las iteraciones, y esto se debe a que el hecho de que el que exista

una relación de este tipo, implicaría en la “realidad” el tener los datos de un estudio **longitudinal** es decir, un estudio que midiera varias veces en un determinado tiempo, el uso del condón de todos los individuos de ese estudio. Así, para realizar la simulación, se usaron los siguientes valores:

Variables dentro de la Simulación 1	Valores posibles dentro de la Simulación 1
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	[0 , 0.58]
Percepción de control	[0 , 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	[0 , 0.22]
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0 , 0.24]
Percepción de control (<i>intención</i>)	[0 , 0.16]
<i>Punto de Transición</i>	1.6045

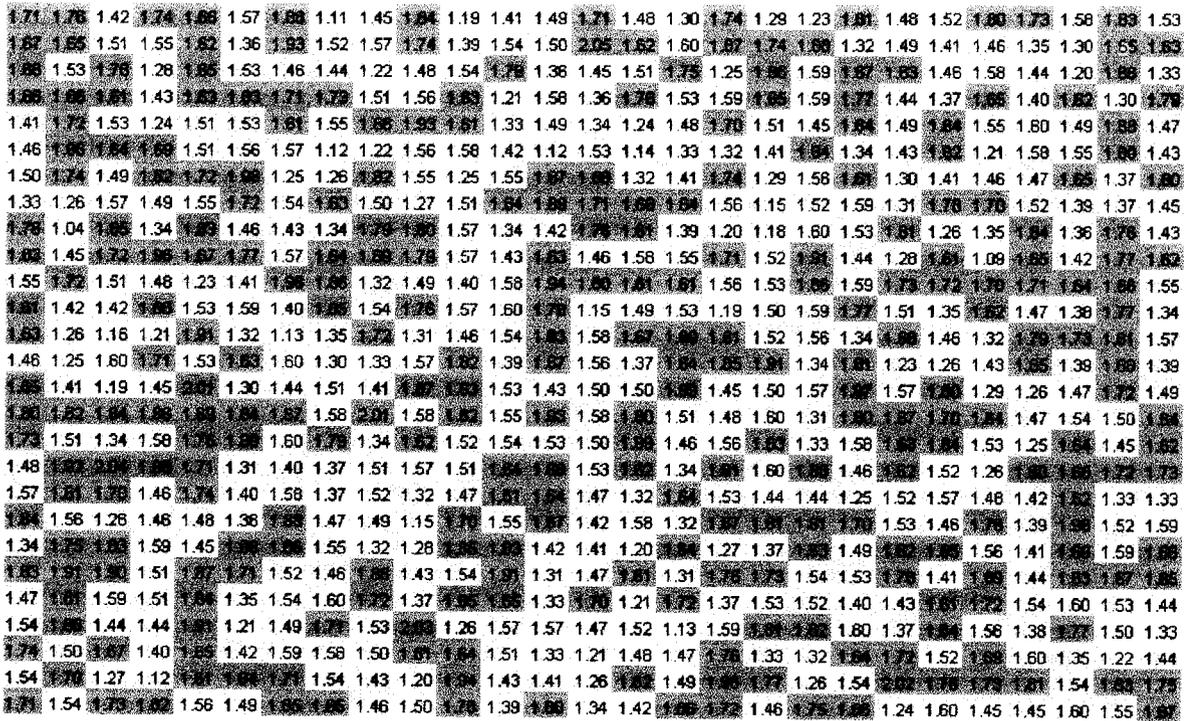
Como se puede observar, para esta simulación, se tomaron sin modificación alguna los valores de las medias reportadas en el estudio base, mientras que para los valores de las variables de la teoría de la conducta planeada, se asignaron en forma aleatoria a cada autómeta, variando en un rango posible entre 0 y el doble del valor de la beta reportada en el estudio base.

Por otra parte, el “*punto de transición*” es el valor que sirvió como límite para considerar si el resultado de la ecuación de la regresión implicaba el uso del condón o no, y se calculó con base en el porcentaje de uso de condón reportado en el estudio base.

En este punto, es de vital importancia el remarcar el hecho de que a cada individuo se le asignaron valores al azar, ya que esta aleatoriedad permite a los autómetas ser únicos, de la misma manera que los seres humanos somos irrepetibles. Dicho de otra forma, estos valores aleatorios representan los distintas

factores que pueden afectar a una persona a usar o no el condón, factores que pueden ir desde los mitos sobre su uso, hasta el hábito de usarlo en cada una de las relaciones que se sostengan.

En la imagen inferior, se puede apreciar una sección de la simulación antes descrita, la cual comprende a aproximadamente 27 autómatas a través de 27 iteraciones.



Se asignó a cada celda un color dependiendo del valor numérico de la misma, de esta forma, cada celda que aparece de un color azul oscuro, fue codificada como 1 y es un indicador de que se usó el condón, mientras que una celda de color azul claro implica la ausencia del condón en una relación sexual y se codificó como 0. Esto se hizo con el fin de apreciar de qué forma se repartía el uso del condón entre los autómatas, esperando (a partir de los datos recabados

en el estudio base) que no existiera ninguna regularidad en su aparición y repartición dentro de las iteraciones de la simulación.

De esta forma, partiendo de la codificación realizada sobre los autómatas, se realizó en primer lugar un análisis estadístico para obtener las medias en cada una de las iteraciones, esto es, que porcentaje de los autómatas había usado condón obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 4. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 1**

Media mínima obtenida	0.39825	39.8 %
Media máxima obtenida	0.4166	41.6 %
Media general de las 100 iteraciones	0.40748	40.7%

Así, con estos resultados, es posible realizar una primera comparación entre la simulación y los datos empíricos, ya que como se mencionó con anterioridad, la media empírica propuesta en el trabajo de Sutton McVey y Glanz (1999) sobre la frecuencia del uso del condón fue de 0.41 (41%), un valor que al equipararse con los obtenidos en las iteraciones (0.40748), valida a esta simulación.

Por otra parte, es igualmente necesario para asegurar la validez de la simulación, el hecho de contrastar a las iteraciones dentro de la simulación, para asegurarse de que estas sean independientes entre sí. Para lograr esto, se realizaron *pruebas t de diferencia de medias para datos apareados* hipotetizando una nula diferencia entre las medias, ya que se trata de iteraciones sin ninguna relación en la fórmula que les otorga sus valores. De esta forma, el análisis hecho

a las iteraciones 1 y 100 indica que existe una diferencia nula entre las medias de ambas iteraciones ($t[19,999] = .401$ $p < 0.05$).

Una forma de entender esto es decir que no existe ninguna relación entre la conducta de un autómata en particular sobre usar el condón en la iteración 1, y la conducta que realizó ese mismo autómata en la iteración 100.

2ª Simulación

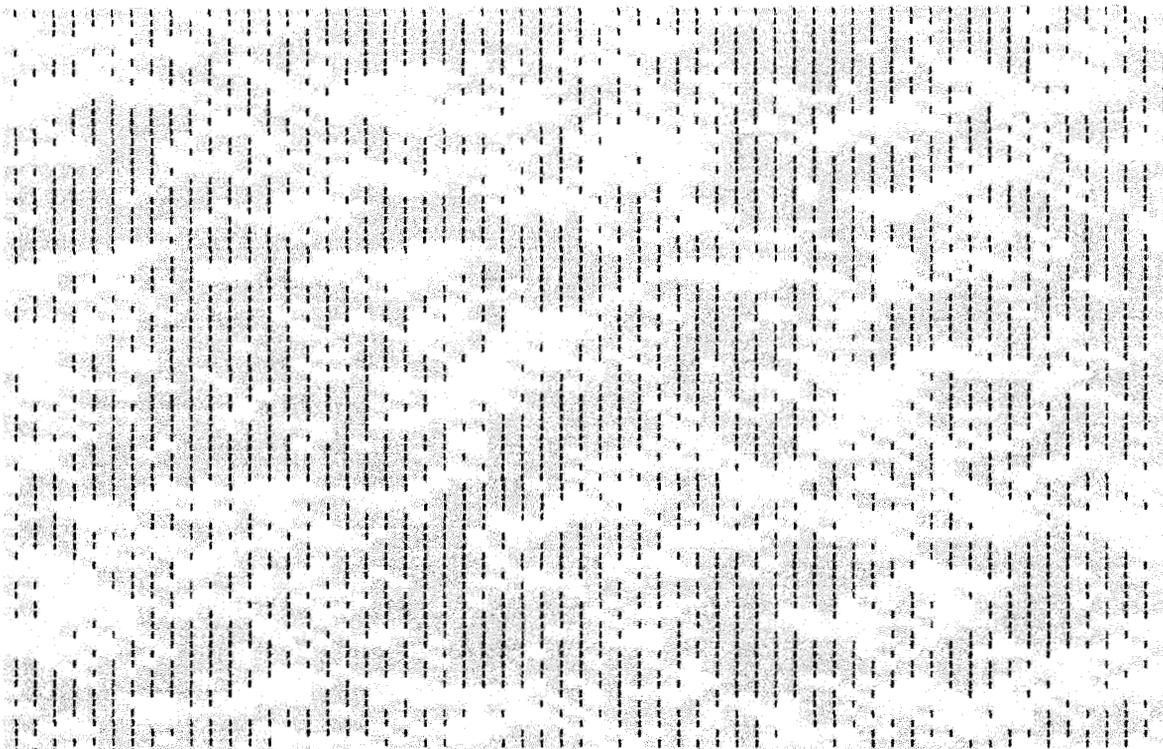
En esta simulación, se da la oportunidad de eliminar, mantener, duplicar o triplicar la norma subjetiva, siendo este cambio, totalmente dependiente de la norma subjetiva personal, y de la norma subjetiva en la relación inmediata anterior, de 2 pares significativos.

Dicho de otra forma, a partir de este punto se empiezan a aprovechar las bondades de esta metodología, y se incluye una variable que sólo podría obtenerse experimentalmente a través de un estudio longitudinal, esta variable es la norma subjetiva que se tenía **con anterioridad** al contacto sexual, no sólo del individuo, sino también la de dos “personas” cercanas a él quienes a su vez, son influenciadas por su propia norma subjetiva al momento de usar o no el condón.

Variabes dentro de la Simulación 2	Valores posibles dentro de la Simulación 2
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	[0 , 0.58]
Percepción de control	[0 , 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	[0 , 0.22]
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0 , 0.36]
Percepción de control (<i>intención</i>)	[0 , 0.16]
<i>Punto de Transición</i>	1.6045

Como se puede observar en la tabla anterior, la única modificación que se realizó en comparación con la simulación del grupo control, se encuentra en la norma subjetiva, que ahora puede tomar un valor de hasta 0.36. De igual forma, el *punto de transición* seguirá siendo una constante mientras estemos hablando de la TCP, ya que uno de los supuestos de estas simulaciones es que este valor es la “frontera” en el mundo real entre el usar o no condón, por lo que no es un dato que podamos modificar con algún sustento teórico.

En la imagen inferior, se puede apreciar una sección de las primeras iteraciones de esta simulación, los cuadros en azul marino indican el uso de condón, los cuadros en azul claro indican la carencia de uso.



Como se puede observar en la imagen, existe un incremento en el uso del condón y el uso de este aparece en forma de “líneas”, es decir, que los individuos empiezan a usar de forma más o menos constante el condón, siendo afectados

por el uso que tienen del condón los individuos que se encuentran a su lado (representados por las líneas de arriba y abajo en la gráfica). De esta forma, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 2**

Media mínima obtenida	0.4599	45.99 %
Media máxima obtenida	0.6036	60.36%
Media general de las 100 iteraciones	0.5877	58.77%

De estos resultados, es importante mencionar que la media máxima obtenida, apareció en la iteración número 24, a partir de la cual, las medias vuelven a valores menores a .60 hasta la iteración número 100. Este hecho es relevante porque indicaría que la norma subjetiva únicamente parece afectar durante un determinado tiempo, después del cual se normaliza y ya no modifica la intención del uso del condón.

Finalmente, se realizó una prueba t para conocer si existía diferencia entre la primera y la última iteración, así como para la primera y la vigésimo cuarta, encontrando que para la relación entre la iteración 1 y 100 existen diferencias significativas entre las iteraciones ($t[19,999] = 0.000$ $p < 0.05$) lo cual indica que en realidad la norma subjetiva provocó un cambio en el uso del condón, cambio que se puede apreciar por lo menos, desde la iteración 24, donde la prueba t indica que existen diferencias significativas ($t[19,999] = 0.000$ $p < 0.05$).

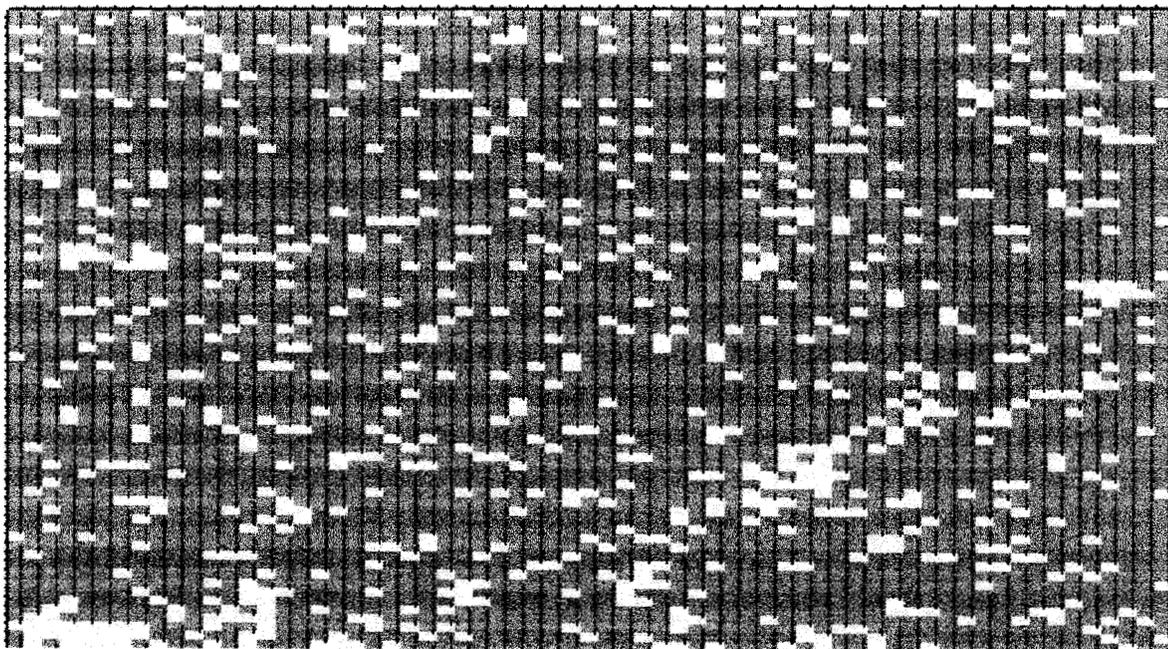
3^ª Simulación

Esta simulación tiene una relación directa con la anterior, ya que también se manipuló la norma subjetiva en las iteraciones, pero en esta ocasión se manejaron las normas subjetivas de lo que serían cuatro referentes cercanos al individuo en

el momento de decidir si usan o no el condón, lo cual se operacionalizó dando un rango para la norma subjetiva donde el valor mínimo que podía tomar esta es la media reportada por Sutton McVey y Glanz (1999), y el máximo, el triple de este valor.

Variables dentro de la Simulación 3	Valores posibles dentro de la Simulación 3
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	[0 , 0.58]
Percepción de control	[0 , 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	[0 , 0.22]
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0.12 , 0.36]
Percepción de control (<i>intención</i>)	[0 , 0.16]
<i>Punto de Transición</i>	1.6045

A continuación se presenta una imagen de las celdas de la simulación donde se aplicaron estos valores:



Como se puede apreciar, aún con mayor claridad que en la simulación anterior, el uso del condón aumenta en una forma drástica, y las celdas claras

únicamente aparecen de forma aislada, para convertirse después de dos o tres iteraciones en casillas azul oscuro, lo cual implica que se empieza a usar condón. Es necesario sin embargo, recalcar que a pesar de que existen individuos que usan el condón en forma constante, también podemos apreciar en la imagen, que algunos dejan de usar a éste durante una o dos relaciones, una posible explicación a este fenómeno, es encontrada cuando recordamos que la norma subjetiva sólo es uno de varios factores que intervienen en la decisión de usar o no el condón. Así, tenemos que las medias obtenidas en esta simulación son:

Tabla 6. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 3**

Media mínima obtenida	0.5583	55.83 %
Media máxima obtenida	0.8455	84.55%
Media general de las 100 iteraciones	0.8319	83.19%

Si comparamos a la media obtenida en el trabajo empírico base (41% de uso de condón), con la que se obtiene en esta simulación, tenemos que la media de ésta es poco más del doble de la original, y que esta media se aproxima mucho al valor máximo obtenido en la simulación, lo cual nuevamente nos lleva a pensar que la norma subjetiva únicamente afecta durante un breve período de tiempo para después normalizarse (en esta simulación, a partir de la iteración número 8 aparecen valores superiores a la media).

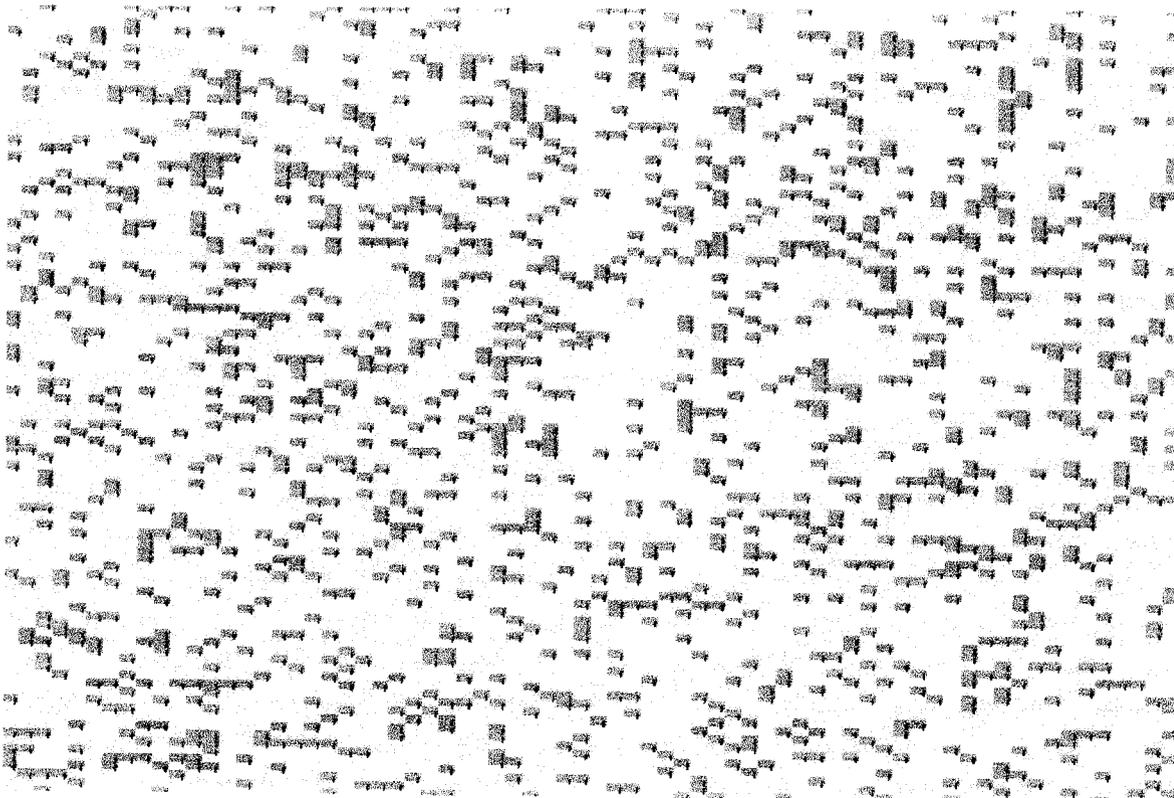
4ª Simulación

Como se mencionó en el marco teórico, las actitudes han sido el objeto de estudio principal de la psicología social, situación reflejada en el gran número de teorías y definiciones que existen para estas. Por esta razón, se decidió omitir a la

actitud de la fórmula, para observar en qué forma es que ésta afecta al uso del condón.

Variables dentro de la Simulación 4	Valores posibles dentro de la Simulación 4
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	[0 , 0.58]
Percepción de control	[0 , 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0 , 0.24]
Percepción de control (<i>intención</i>)	[0 , 0.16]
<i>Punto de Transición</i>	1.6045

De esta forma, se calcularon los valores para la cuarta simulación, obteniendo la siguiente imagen:



Como podemos observar, existe un menor uso del condón en comparación con el grupo control, diferencia que es significativa ($t[99] = 0.000$ $p < 0.05$) y de un

valor de más de la mitad del obtenido en el grupo control ($m = 0.2007$). Esto implica que la actitud es un elemento clave dentro de la fórmula de regresión, siendo de hecho, un elemento imprescindible ya que si no se le tomara en cuenta, se dejaría un vacío en la explicación del uso del condón de casi la mitad del total reportado en el estudio empírico.

5ª simulación

Partiendo de la simulación anterior, se anexó a la fórmula usada en la simulación 4, la influencia de la norma subjetiva de dos pares (ver tabla al final del párrafo), buscando obtener así, cuál sería el uso del condón cuando se tiene la influencia de 2 personas cercanas, pero se carece de la actitud dentro de la medición

Variables dentro de la Simulación 5	Valores posibles dentro de la Simulación 5
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	[0 , 0.58]
Percepción de control	[0 , 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0 , 0.36]
Percepción de control (<i>intención</i>)	[0 , 0.16]
<i>Punto de Transición</i>	1.6045

Constituida con base en estos datos la fórmula, la simulación resultante muestra nuevamente, un reducido uso del condón, pero a diferencia de la simulación anterior, donde el uso del condón aparece de una forma que puede ser considerada aleatoria, al incluir la influencia de los pares en esta simulación, podemos observar en la siguiente imagen, patrones en el uso del condón, patrones que son consecuencia de la influencia del medio, y que traducidos al

“mundo real” serían el equivalente a pequeños grupos que inician con una norma de usar el condón, pero que con el paso del tiempo, se ven influenciados por los que no lo usan y terminan dejando de usarlo.

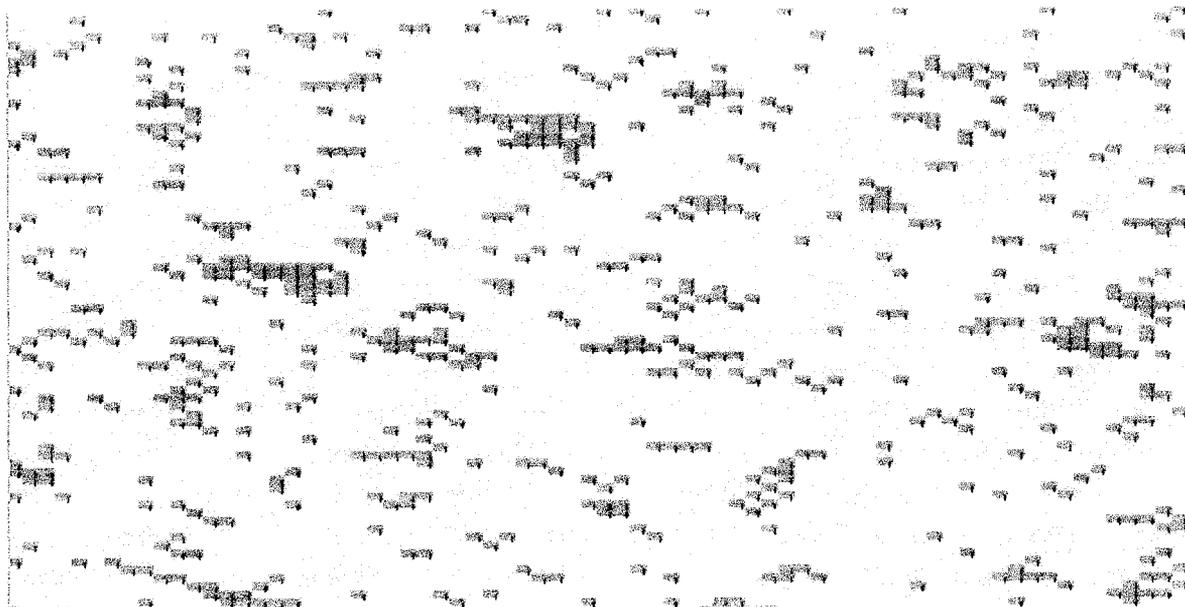


Tabla 7. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 5**

Media mínima obtenida	0.1064	10.64%
Media máxima obtenida	0.0994	9.94%
Media general de las 100 iteraciones	0.1566	15.66%

Así, las medias obtenidas en esta simulación, como puede verse en la tabla anterior, son muy inferiores a las obtenidas en las simulaciones anteriores, lo cual vuelve a recalcar la importancia de la actitud en la conducta.

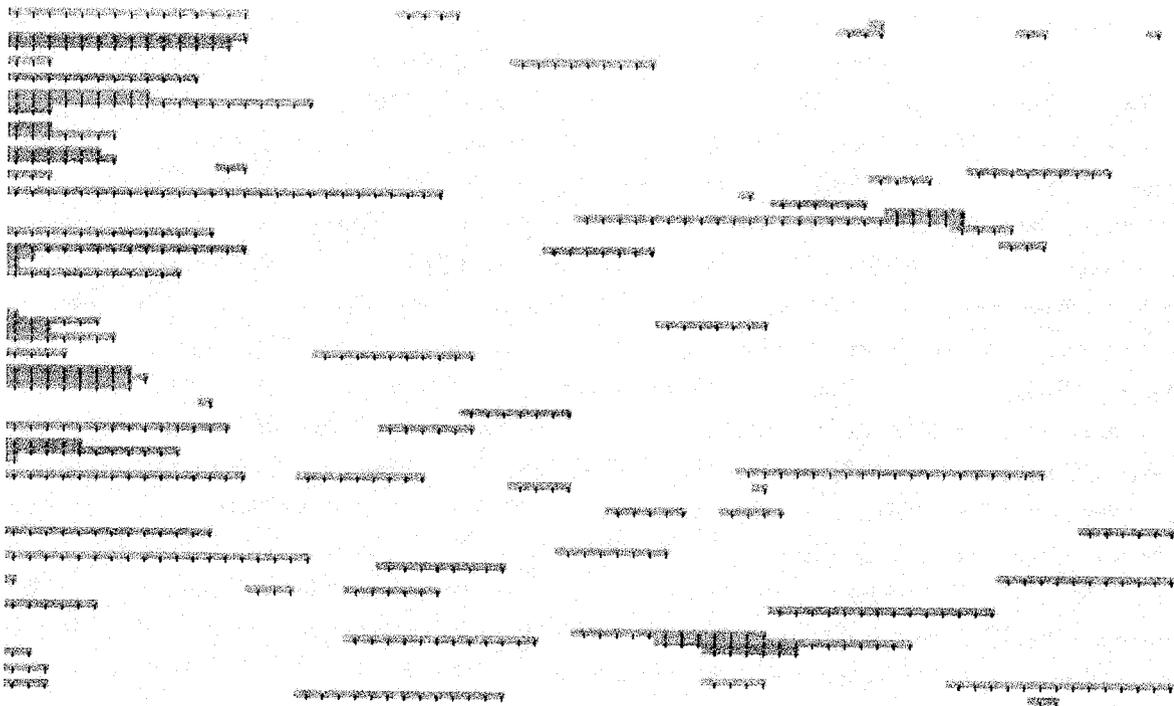
6ª Simulación

Dentro de la teoría de la conducta planeada, la percepción de control que se tiene respecto de la conducta a realizarse, es una de las variables más importantes dentro del constructo teórico, ya que sobre esta variable descansan las diferencias entre esta teoría y la teoría de la acción razonada. Por este motivo,

la sexta simulación incorpora esta variable usando como agente de cambio para ella el hecho de que el individuo haya usado o no condón, resultando los valores de la simulación dentro de la fórmula los siguientes:

Variables dentro de la Simulación 6	Valores posibles dentro de la Simulación 6
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	0, 0.5
Percepción de control	[0, 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	[0, 0.22]
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0, 0.24]
Percepción de control (<i>intención</i>)	[0, 0.16]
<i>Punto de Transición</i>	1.6045

De esta forma, la sábana de resultados obtenida presenta cómo se extiende el “no” uso del condón, es posible apreciar este hecho en la siguiente imagen.



Como se observa, claramente se encuentran definidos los individuos que usan condón y los que no, y podemos apreciar que existen individuos que intentan

usar de forma más o menos regular a éste, pero son pocos quienes lo logran: tan sólo un 4% en comparación del 41% reportado en el trabajo empírico de Sutton et al de 1999 (Tabla 8).

Tabla 8. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 6**

Media mínima obtenida	0.0461	4.61%
Media máxima obtenida	0.361	36.1%
Media general de las 100 iteraciones	0.0723	7.23%

Estos resultados son muy interesantes, ya que muestran en comparación con la simulación 5, donde no se usó la actitud, que la percepción de control de la conducta, tiene una menor importancia que la actitud cuando se habla de usar o no el condón, lo cual puede tener repercusiones metodológicas y teóricas interesantes, mismas que se discuten en las conclusiones.

7ª Simulación

Como se dijo en párrafos anteriores, la percepción de control de la conducta es un pilar de la TCP, por lo que se decidió para esta parte de la investigación, volver a usar a esta variable de la misma forma que en la simulación anterior, pero anexando la intervención de la norma subjetiva del individuo y de dos pares significativos en la decisión del uso del condón, quedando los valores para las variables como sigue:

Variables dentro de la Simulación 7	Valores posibles dentro de la Simulación 7
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	0, 0.5
Percepción de control	[0 , 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	[0, 0.22]
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0 , 0.36]

Percepción de control (*intención*)
Punto de Transición

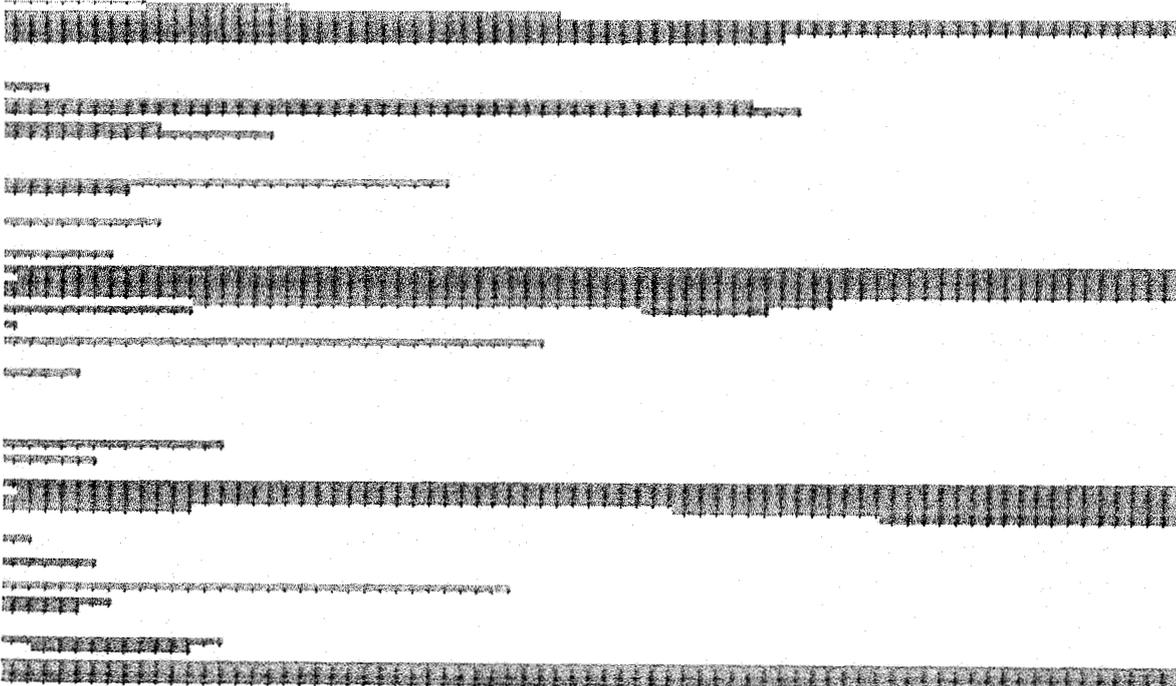
[0 , 0.16]
1.6045

Partiendo de estos datos, encontramos que existe una diferencia positiva entre las medias obtenidas en la simulación 6 y las correspondientes a ésta.

Tabla 9. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 7**

Media mínima obtenida	0.1628	16.28%
Media máxima obtenida	0.3940	39.4%
Media general de las 100 iteraciones	0.2408	24.08%

Y es que, al retomar a la norma subjetiva de los pares en la decisión de usar el condón, encontramos en la gráfica de la sábana de resultados, nuevos patrones de conducta por parte de los individuos, los cuales mantienen el uso del condón constante, pero siempre y cuando haya por lo menos 2 personas cercanas que igualmente lo usen, en la gráfica podemos apreciar este fenómeno.



8ª Simulación

Como se recordará, al igual que la teoría de la conducta planeada, la Teoría de Motivación a la Protección de Rogers postula a la intención del uso del condón como el más importante predictor del uso del condón. Sin embargo, esta teoría tiene sus propias variables, una de las cuales es la *percepción de riesgo*, para lo cual, se anexó el valor reportado por Sutton et al para esta variable, combinándolo con la influencia de la norma subjetiva, quedando en la fórmula los siguientes valores:

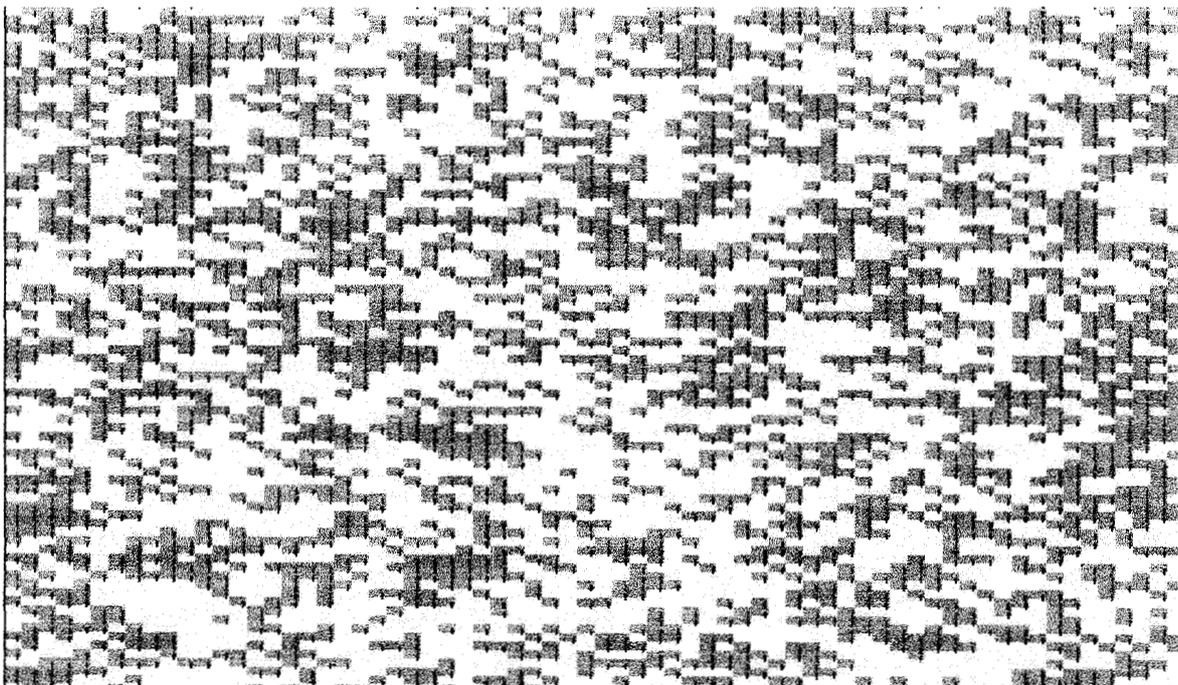
Variabes dentro de la Simulación 8	Valores posibles dentro de la Simulación 8
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	0, 0.5
Percepción de control	[0 , 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	[0, 0.22]
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0 , 0.36]
Percepción de control (<i>intención</i>)	[0 , 0.16]
Percepción de Riesgo	[0, 0.18]
<i>Punto de Transición</i>	1.6045

De esta forma se obtuvo uno de los resultados donde se presenta, a lo largo del tiempo, el mayor uso de condón encontrado hasta ahora en comparación con las demás simulaciones, obteniendo las siguientes medias de la sábana de resultados:

Tabla 10. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 8**

Media mínima obtenida	0.4444	44.44%
Media máxima obtenida	0.474	47.4%
Media general de las 100 iteraciones	0.4653	46.53%

Como se puede observar, estos porcentajes son mayores a los obtenidos en las 4 anteriores simulaciones, lo cual es interesante ya que en esta simulación se integró una variable extraña para la teoría que, como observamos en la gráfica inferior, vemos que afecta de forma positiva al uso del condón, aunque en la misma imagen no se puede apreciar de forma tan clara como en las anteriores, la influencia de la norma subjetiva.



9ª Simulación

Partiendo de los resultados obtenidos en la simulación anterior, se decidió integrar a la fórmula de regresión, a la percepción de riesgo (variable de la teoría de motivación a la protección), con la percepción de control de la conducta y con la norma subjetiva, usando los siguientes valores para la fórmula de la regresión:

Variables dentro de la Simulación 9	Valores posibles dentro de la Simulación 9
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Control actual de la conducta	[0 , 0.58]
Percepción de control	[0 , 0.6]
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	[0, 0.22]
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0 , 0.36]
Percepción de control (<i>intención</i>)	[0 , 0.16]
Percepción de Riesgo	[0, 0.18]
<i>Punto de Transición</i>	1.6045

Con esto, se buscó encontrar, un mayor uso del condón, sin embargo, como se puede apreciar en la siguiente gráfica y en la tabla 11, este no fue el resultado obtenido.

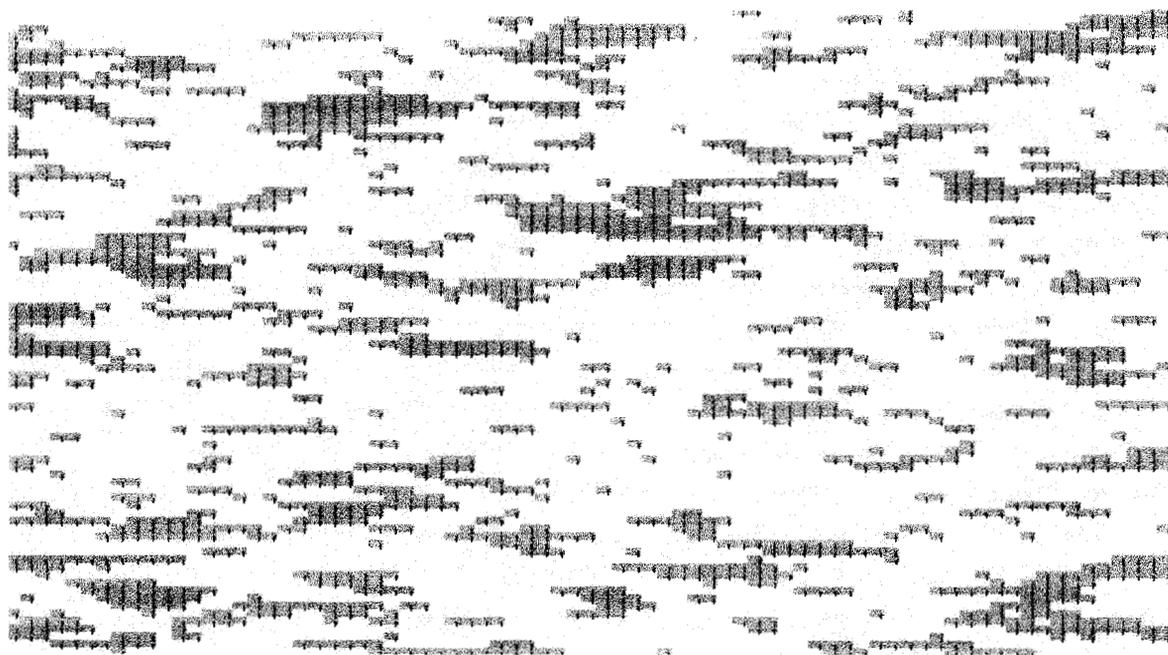


Tabla 11. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 9**

Media mínima obtenida	0.2409	24.09%
Media máxima obtenida	0.377	37.7%
Media general de las 100 iteraciones	0.2538	25.38%

Estos resultados sin embargo, son coherentes con los datos obtenidos por separado con la norma subjetiva y con la percepción de control de la conducta, los cuales arrojan un porcentaje bastante pobre al compararse con los porcentajes obtenidos con la variable de *Percepción de Riesgo*.

10ª Simulación

Para concluir estas simulaciones, se decidió simular ya no a la Teoría de la Conducta Planeada, sino en su lugar, se trabajó sobre la Teoría de la Acción Razonada, teoría sobre la cual se fundamentaron en un principio, las ideas de Aizen. Por este motivo, se omitió a la percepción de control de la conducta de la fórmula de regresión, usando únicamente los siguientes valores:

Variables dentro de la Simulación 10	Valores posibles dentro de la Simulación 10
Media del uso del condón	0.41
Media de la Intención de Uso	0.25
Percepción de control	0, 0.5
Actitud hacia la conducta (<i>Intención</i>)	[0, 0.22]
Norma Subjetiva (<i>Intención</i>)	[0 , 0.36]
<i>Punto de Transición</i>	1.217

Como se puede apreciar, en este caso y a diferencia de las 9 simulaciones anteriores, se modificó el punto de transición, esto debido a que cuando se hizo una simulación con los valores anteriores, y el punto de transición usado con anterioridad, la sábana de resultados presento un porcentaje de 0% respecto al uso del condón, esto es, ninguno de los 20,000 autómatas usaba condón.

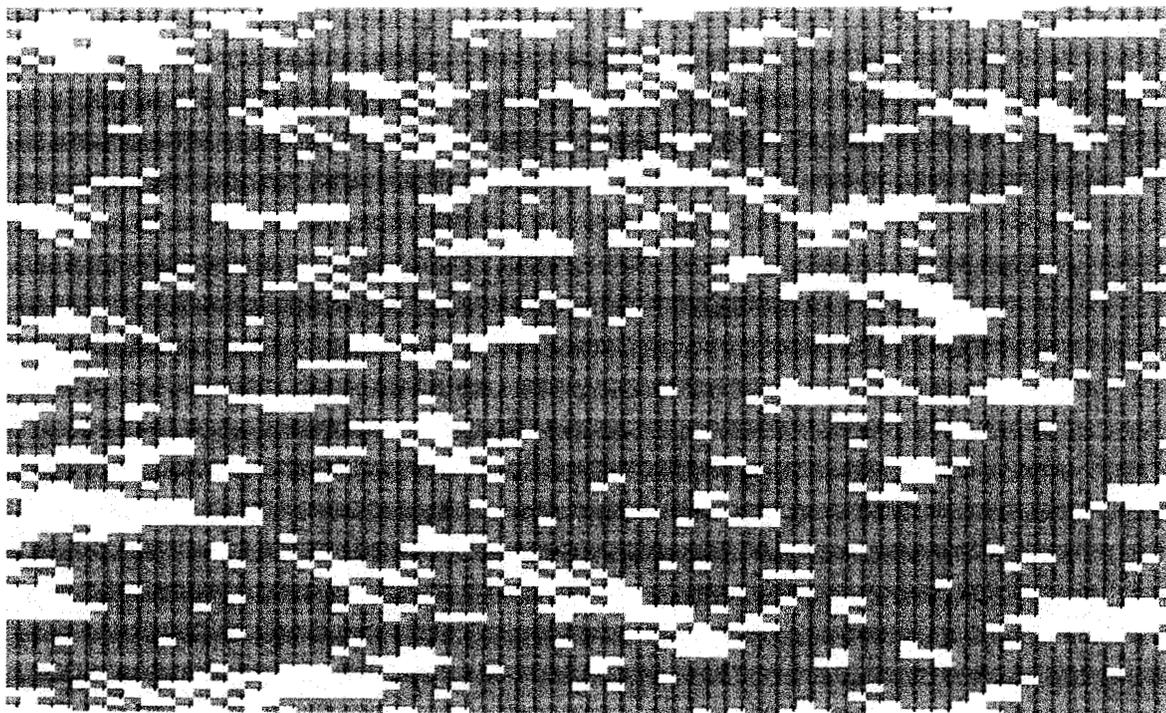
Por esta razón, se opto por buscar un valor que simulara el 41% de uso de condón entre los autómatas (aunque este era el valor logrado con la teoría de la

conducta planeada en el trabajo de Sutton et al), logrando de esta forma, las siguientes medias:

Tabla 12. Medias obtenidas en la **SIMULACIÓN 10**

Media mínima obtenida	0.4628	46.28%
Media máxima obtenida	0.7852	78.52%
Media general de las 100 iteraciones	0.7596	75.96%

Como podemos observar, las medias obtenidas de esta forma, son altas en comparación con las obtenidas con la teoría de la Conducta Planeada, pero no debemos olvidar que esto fue porque se manipuló el punto de transición. En la siguiente gráfica, se puede observar de qué forma se desarrollaron las iteraciones en los autómatas, apareciendo otra vez, regularidades a través del tiempo en ellos, regularidades que generalmente significan un alto uso del condón.



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A través de las 10 simulaciones presentadas con anterioridad, se fueron modificando las magnitudes y la presencia de algunas de las distintas variables de la Teoría de la Conducta Planeada, de la Teoría de la acción Razonada, y de la Teoría de Motivación a la Protección, haciendo posible el observar distintos escenarios probables respecto del uso del condón por parte de jóvenes adolescentes y post – adolescentes.

En la tabla 13, podemos apreciar cuáles de estas variables se fueron manejando en cada una de las simulaciones. Hay que recordar que la posibilidad de realizar estas variaciones teóricas sobre la teoría, es una de las virtudes de la simulación, ya que se nos permite observar posibles comportamientos sociales sin que exista la necesidad de tener datos de campo.

Así, podemos apreciar, que en las simulaciones 8 y 9, entraron en juego todas las variables consideradas en este trabajo, aunque existieron variaciones de magnitud entre ambas simulaciones; de la misma forma, apreciamos que existen variables que nunca cambian y que siempre se encuentran presentes en las 10 simulaciones, en particular las referentes a las medias de uso e intención de uso del condón. Esto se debe a que para que la simulación tenga coherencia y validez, no debe nunca dejar de lado los datos obtenidos a través de la experimentación, los cuales siempre son el marco de referencia dentro de la ecuación de regresión para conservar relación con “los datos reales”.

227523

Tabla 13. Valores de las variables usadas en la ecuación de regresión lineal para realizar las simulaciones

Simulación	Media del uso del condón	Media de la intención de uso	Control actual de la conducta	Percepción de control	Actitud hacia la conducta (Intención)	Norma Subjetiva (Intención)	Percepción de control (intención)	Percepción de Riesgo
1	0.41	0.25	[0, 0.58]	[0, 0.6]	[0, 0.22]	[0, 0.24]	[0, 0.16]	
2	0.41	0.25	[0, 0.58]	[0, 0.6]	[0, 0.22]	[0, 0.36]	[0, 0.16]	
3	0.41	0.25	[0, 0.58]	[0, 0.6]	[0, 0.22]	[0.12, 0.36]	[0, 0.16]	
4	0.41	0.25	[0, 0.58]	[0, 0.6]		[0, 0.24]	[0, 0.16]	
5	0.41	0.25	[0, 0.58]	[0, 0.6]		[0, 0.36]	[0, 0.16]	
6	0.41	0.25	0, 0.5	[0, 0.6]	[0, 0.22]	[0, 0.24]	[0, 0.16]	
7	0.41	0.25	0, 0.5	[0, 0.6]	[0, 0.22]	[0, 0.36]	[0, 0.16]	
8	0.41	0.25	0, 0.5	[0, 0.6]	[0, 0.22]	[0, 0.36]	[0, 0.16]	[0, 0.18]
9	0.41	0.25	[0, 0.58]	[0, 0.6]	[0, 0.22]	[0, 0.36]	[0, 0.16]	[0, 0.18]
10	0.41	0.25	0, 0.5		[0, 0.22]	[0, 0.36]		

Finalmente, es importante recalcar la inclusión de la variable "*percepción de riesgo*" en este trabajo, ya que la inclusión de una variable ajena a la teoría con la que se venía trabajando, nos permite darnos cuenta del alcance explicativo que puede tener la teoría, del mismo modo que nos permite crear nuevas aproximaciones respecto de la teoría hacia el fenómeno que se ha analizado.

Por otra parte, donde se puede apreciar de forma clara el impacto que estas variaciones en la teoría ejercen sobre la población, es en los porcentajes de uso del condón, ya que estos son los indicadores clave para conocer cuál es la combinación de variables y magnitudes que podría servir como mejor modelo para realizar una intervención o trabajo de campo encaminado a incrementar el uso del condón.

En la tabla 14 podemos apreciar los porcentajes de uso de condón por simulación, encontrando que el valor con mayor porcentaje corresponde a la simulación 3, donde se manipuló principalmente a la Norma Subjetiva, este resultado es muy interesante ya que lo que nos indica, es que siempre vamos a buscar el apoyo y la aprobación de los otros en lo que hagamos, y mientras los otros apoyen o reconozcan los beneficios del uso del condón, lo más conveniente para mí mismo será usarlo. Considero que este fenómeno es evidente durante la adolescencia, ya que es en este periodo donde se busca reafirmar la identidad a través de la aceptación de los otros en un determinado grupo o círculo social, haciendo que se adopten las normas y modas de ese grupo.

De igual forma, encontramos que el porcentaje más pequeño corresponde a la simulación 6, donde se manipuló la percepción de control del uso del condón basándose en el uso o ausencia de uso del condón durante la relación sexual

anterior. Relacionando este hecho con el párrafo anterior, podríamos explicar este bajo porcentaje recordando que según la teoría, la percepción de control es una variable relacionada en gran medida con la identidad del individuo (al igual que otras variables de este tipo como son el automonitoreo o la autopercepción), y por las edades de los participantes en el estudio experimental, es posible que este tipo de variables tenga una relevancia inferior a la que se presentaría en individuos de mayor edad.

**Tabla 14. Medias de uso del condón
obtenidas en la simulación**

Simulación	Media	Porcentaje de uso del condón
1	0.4075	40.70%
2	0.5877	58.77%
3	0.8319	83.19%
4	0.2007	20.07%
5	0.1566	15.66%
6	0.0723	7.23%
7	0.2408	24.08%
8	0.4653	46.53%
9	0.2538	25.38%
10	0.7596	75.96%

Es importante recordar, que estos porcentajes fueron hechos a partir de las medias generales de las 100 iteraciones, lo cual quiere decir que son porcentajes obtenidos a lo largo de una gran serie de tiempo, serie que si se buscara recrear en un estudio experimental tardaría por lo menos 2 años en verse concluida (esto partiendo del supuesto de que se tienen los recursos para terminar este estudio con 20,000 participantes).

A partir de los resultados obtenidos en estas simulaciones, es que se diseñó un taller de uso del condón, taller que se encuentra dirigido a jóvenes de

ambos sexos entre los 14 y los 19 años, basándose para éste sobre todo en la norma subjetiva que se puede crear en el grupo, y dando la información suficiente y necesaria para que conozcan el uso adecuado, las ventajas y cuidados que requiere el condón, así como información respecto de otros métodos anticonceptivos.

Concluyendo, en este trabajo se ha presentado una nueva herramienta metodológica que puede ser utilizada para realizar investigaciones en psicología social. Es importante aclarar sin embargo, que cuando se habla de proponer una nueva herramienta no se habla de la sustitución de la investigación experimental o teórica; la simulación en ciencias sociales, es un **punte** entre ambos tipos de investigación, no es posible realizar una simulación sin datos experimentales, o sin una rica investigación teórica. Sólo después de que se domina la teoría es que se puede manipular a esta e intentar recrear los datos experimentales siempre manteniendo consistencia con la teoría de la cual se parte. Sin embargo, no sólo se trata de manipular a estas variables, sino también se trata de observar cómo es que estas se modifican e interaccionan a través de un determinado lapso de tiempo, aspecto especialmente relevante cuando hablamos de minimizar costos, ya que aunque la manipulación de dos variables distintas nos den resultados similares, es posible que estos resultados no aparezcan con igual presteza, lo cual redundaría en gastos innecesarios que hubieran sido evitados al elegir una intervención basada en la variable que tarda menos tiempo en aparecer.

La Teoría de la Conducta Planeada propuesta por Icek Aizen, al tener un modelo específico sobre el cómo se relacionan las distintas variables que la componen, resultó ser una teoría idónea para la simulación, y para buscar a

través de la manipulación de esas variables cuáles son las que poseen una mayor relevancia para una posible intervención.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la simulación nos permite diseñar intervenciones (en este caso un taller) enfocadas a fortalecer determinadas características de las personas, características que según la simulación permitirían en este caso, incrementar el uso del condón. Siempre que se tiene un avance teórico, es necesario llevar este avance al campo, hacerlo palpable a través de la interacción con la gente, esta es la única forma de saber si realmente se ha logrado un avance en la teoría o sólo se logró un artículo en una revista. En la medida en que los científicos sociales sean capaces de llevar sus conocimientos a la vida cotidiana, en esa medida las ciencias sociales tendrán un sentido para existir.

Así, para concluir este trabajo, podemos decir que se cumplió cabalmente el objetivo primordial de este estudio, objetivo que consistía en la creación de un modelo del uso de condón susceptible de ser simulado a través de una computadora, basándose en datos empíricos. Sin embargo, posiblemente este no sea el logro más grande de este trabajo, por el contrario, el gran mérito de este trabajo es demostrar que es posible realizar a nivel licenciatura una simulación que pueda aportar datos relevantes para realizar una intervención, esto es, que de la teoría se pueda pasar al trabajo de campo a través de la simulación. Se considera que esto es lo más importante, ya que tradicionalmente se ha considerado que los estudios de licenciatura se encuentran encaminados principalmente a aprender los recursos teóricos para aplicarlos en la vida profesional, y no se enseña en las aulas cómo es que estas teorías tienen una

relación directa con una infinidad de eventos cotidianos. Esta omisión es uno de los factores principales que hacen que los psicólogos sociales recién egresados no sean capaces de encontrar trabajo, ya que sólo pueden explicar teorías y no aplicarlas. En la medida que los psicólogos sociales entendamos cómo y por qué funcionan las teorías, así como cuáles de ellas pueden ayudarnos a entender y modificar determinados fenómenos sociales, en esa misma medida se abrirán las fuentes de trabajo e investigación para nosotros.

REFERENCIAS

Aizen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. **Organizational Behavior And Human Decisions Processes**, **50**, 179-211

Aizen, I (2000a) *Nature and Operation of Attitudes* **Annual Review of Psychology**, **52**. En <http://www.oxfordjournals.org/urn/ol/annrev.psych>

Aizen, I (2000b) **TPB Diagram**. En <http://www.org.oxfordjournals.org/urn/ol/annrev.psych>

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes And Predicting Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Armitage, C., Conner, M. y Norman, P. (1999) *Differential effects of mood on information processing : evidence from the theories of reasoned action and planned behaviour* **European Journal of Social Psychology**, **29** 419 – 433.

Bandura, A. (1994) *Social Cognitive Theory of Mass Communication* en Bryant J. y Zillman, D. **Media Effects Advances in Theory and Research** New Jersey: LEA

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). (1999) ***Informe Estadístico al 1º de Enero de 1999***. En:

<http://www.ssa.gov/condon/condon.html>

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). (2000a) ***El condón: esperanza de vida contra el SIDA***. En:

<http://www.ssa.gov/condon/condon.html>

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). (2000b) ***El condón: tema fundamental de salud pública***. En:

<http://www.ssa.gov/condon/condon.html>

Fishbein, M. (1965) *A Consideration of Beliefs and Their Role in Attitude Measurement* en Fishbein, M. (1967) **Readings in Attitude Theory and Measurement**, John Wiley & Sons: USA

Fishbein, M. (1967) **Readings in Attitude Theory and Measurement**, John Wiley & Sons: USA.

García, M. (1985) **Socioestadística**, Alianza Editorial: Madrid

Gilbert, N. (1997) *A Simulation of the Structure of Academic Science* **Sociological Research Online 2**, 2 en:

<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/2/2.html>

Hanneman, R. y Patrick, S. (1997) *On the Uses of Computer – Assisted Simulation Modeling in the Social Sciences* **Sociological Research Online 2**, 2 en: <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/2/2.html>

Heider, F. (1946) *Attitudes and Cognitive Organization* en Fishbein, M. (1967) **Readings in Attitude Theory and Measurement**, John Wiley & Sons: USA

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) (2000) **Encuesta Nacional de Juventud. Resultados preliminares** en: www.imj.gob.mx

Krech, D., Crutchfield, R. y Ballachey, E. (1978) **Psicología Social**. Biblioteca Nueva: España.

LaPiere, R. (1931) *Attitudes versus Actions* en Fishbein, M. (1967) **Readings in Attitude Theory and Measurement**, John Wiley & Sons: USA

McGuire, W. J. (1985) *Attitudes and Attitudes Change* en Lindzey, G y Aronson, E. (Eds.) **The Handbook of Social Psychology**. Addison – Wesley: USA

Montmollin, G. (1991) *El Cambio de Actitud* en Moscovici, S. **Psicología Social** L'Piados: Barcelona.

Morales, Moya, Reboloso, Fernández, Huici, Marques, Paez, Pérez, Turner (1994). **Psicología Social**. España: McGraw Hill / Interamericana de España.

Norman, P. Y Smith, L. (1995) *The theory of planned behaviour and exercise: an investigation into the role of prior behaviour, behavioural intentions and attitude variability* **European Journal of Social Psychology** **25**, 403 – 415.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA) (2000) **INFORME SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE VIH / SIDA Junio 2000**.

En: http://www.unaids.org/es/pressroom/2000/06/20000601_01.htm

Perelló, M y Villagrán, G. (2000) *Predictores del Uso del Condón en Hombres*.

La Psicología Social en México, 8 México: AMEPSO

Petty, R. E. y Priester, J. R. (1994) *Mass Media Attitude Change: Implications of the elaboration Likelihood Model of Persuasion* en Bryant J. y Zillman, D. **Media Effects Advances in Theory and Research** New Jersey: LEA

Rosenberg, M. J. (1956) *Cognitive Structure and Attitudinal Affect* en Fishbein, M. (1967) **Readings in Attitude Theory and Measurement**, John Wiley & Sons: USA

Schwarz, N. (2000) *Social Judgment and Attitudes: Warmer, More Social, And Less Conscious* **European Journal of Social Psychology**, **30** 149 – 176

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (1997) **Prevalencia De Uso De Métodos Anticonceptivos En Adolescentes En México**. En:

<http://www.ssa.gob.mx/ssa/ssa/psa/psa.htm>

Sheeran P. y Taylor, S. (1999) *Predicting Intentions To Use Condoms: A Meta-Analysis And Comparison Of The Theories Of Reasoned Action And Planned Behavior* **Journal of Applied Social Psychology**, **29**, 8 1624 – 1675

Sico (2000 a) **CONDONES** En: <http://www.who.int/csr/resources/publications/es/03a>

Sico (2000 b) **HISTORIA** En: <http://www.who.int/csr/resources/publications/es/03b>

Sico (2000 c) **TIPS** En: <http://www.who.int/csr/resources/publications/es/03c>

Spiegel, M. R. (1991) **Estadística**. Mc Graw Hill: México

Sutton, S., McVey, D. y Glanz, A. (1999) *A Comparative Test of Reasoned Action and Theory of Planned Behavior in the Prediction of Condom Use Intentions in a National Sample of English Young People* **Health Psychology, 18**, 172 – 81

Thurstone, L. L. (1931) *The Measurement of Social Attitudes* en Fishbein, M. (1967) **Readings in Attitude Theory and Measurement**, John Wiley & Sons: USA

Verplanken, B., Aarts, h., Knippenberg, A. y Moonen, A. (1998) *Habit versus planned behaviour: A field experiment* **British Journal of Social Psychology, 37**, 111 – 128.

VIH y Sida (2000) **Situaciones y comportamientos de riesgo**. En: <http://www.unicef.org/esa/condoms/vih.htm>

White, K., Terry, D. y Hogg, M. (1994) *Safer Sex Behavior: The Role Of Attitudes, Norms And Control Factors*. **Journal of Applied Social Psychology, 24** 2164 – 2192

Zimbardo, P. G. (1982) **Influencia Sobre las Actitudes y Modificación de Conducta: Introducción al Método, la Teoría y las Aplicaciones del Control Social y el Poder Personal**. Fondo Educativo Interamericano: Colombia.

Anexo 1. Recomendaciones para incrementar el uso del condón (CONASIDA, 2000b)

1. Diseñar estrategias para que usuarios y usuarias tengan un mayor acceso a condones en las unidades médicas (como colocarlos en un recipiente para que los tomen de manera anónima, sobre todo los adolescentes).
2. Facilitar el acceso a condones de la población no derechohabiente, favoreciendo la costumbre de solicitarlos en cualquier clínica o centro de salud -al igual que ocurre con las vacunas.
3. Promover los condones en las unidades médicas con frases llamativas, sencillas, evitando recurrir al miedo. Éstos son algunos ejemplos:
 - "Aquí se distribuyen condones gratuitos"
 - "No necesitas ser derechohabiente. ¡Solicita condones!
 - "El placer de la seguridad... ¡usa condón!"
4. Mejorar la distribución de condones en los servicios de medicina preventiva, trabajo social, planificación familiar, consultorios médicos, módulos de detección de ITS, de detección oportuna de cáncer y de atención a adolescentes, para que usuarios y usuarias los obtengan con mayor facilidad.
5. Mejorar los mecanismos de control y registro de distribución de condones por medio de estrategias que incrementen la accesibilidad sin que esto represente una sobrecarga de trabajo y/o documentación para los prestadores de servicios.
6. Promover las diferentes técnicas de sexo protegido y el aprendizaje del uso adecuado del condón, en talleres rápidos (probando diferentes recursos didácticos, como falos, dildos o sustitutos) y sesiones de discusión en las unidades médicas, para facilitar la comunicación y orientación con usuarios y usuarias, y entre el personal de salud.
7. Favorecer el acercamiento a usuarios y usuarias a través del diálogo para:
 - Destacar la eficacia de los condones
 - Discutir técnicas de negociación de su uso
 - Enseñar técnicas de uso adecuado
 - Responder correctamente las dudas y combatir los rumores en torno a condones.

Anexo 2. Definiciones de Actitudes desarrolladas en el Siglo XX

AÑO	AUTOR	DEFINICIÓN
1931	L. L. Thurstone*	Actitud es el afecto hacia o contra un objeto psicológico (Thurstone, 1931).
1931	Richard LaPiere*	Una actitud social, es un patrón conductual, ajuste o tendencia anticipadora, una predisposición hacia ajustes específicos de situaciones sociales diseñadas; o de una manera más simple, una respuesta condicionada a un estímulo social (LaPiere, 1931).
1946	Fritz Heider*	La relación positiva o negativa de una persona P hacia otra persona O, o hacia una entidad impersonal X que puede ser una situación, un evento, una idea, o una cosa (Heider, 1946).
1948	David Krech	Organización duradera de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo (Krech, Crutchfield y Ballachey, 1978).
1955	Charles E. Osgood*	El significado de un concepto es su localización en un espacio definido por un número de factores o dimensiones determinado, y la actitud hacia un concepto es su proyección dentro de una de estas dimensiones definida como "evaluativa" (Fishbein, 1965).
1956	Milton J. Rosenberg*	Respuesta afectiva, relativamente estable, hacia un objeto (Rosenberg, 1956).
1965	Martin Fishbein*	Las actitudes son predisposiciones aprendidas para responder hacia un objeto o grupo de objetos de una manera favorable o desfavorable (Fishbein, 1965).
1970	Daryl Bem*	Las actitudes son simpatías y aversiones (Schwarz, 2000).
1991	Germaine de Montmollin	Las actitudes son aquello a lo que se refieren las investigaciones experimentales sobre el cambio de actitud (Montmollin, 1991).
1994	J. Francisco Morales	Actitud es una experiencia subjetiva que implica una evaluación de algo o de alguien (Morales, Moya, Reboloso, Fernández, Huici, Marques, Paez, Pérez, Turner, 1994).
1994	Richard E. Petty*	Predisposición general de las personas para evaluar a otras personas, objetos y cosas en una forma favorable o desfavorable (Petty y Priester, 1994).
2000	Icek Aizen*	La actitud representa una evaluación sumaria de un objeto psicológico capturada en dimensiones de atribución como pueden ser <i>Bueno – Malo, Dañino – Benéfico, Placentero – Displacentero Y Deseable – Indeseable</i> (Ajzen, 2000a).

*Definiciones traducidas de los textos originales en inglés

INTERVENCIÓN

Introducción

La Intervención es parte fundamental de la investigación; en la intervención se puede observar de qué forma se ha trabajado sobre un problema social específico y si esta forma de entender al problema ha llevado a la elección de una teoría adecuada para su solución (o por lo menos para mitigar sus efectos), y si se ha manipulado bien a dicha teoría.

De igual forma, la intervención es una veta generosa para desarrollar y hacer crecer a la teoría, ya que es en ella donde las variables extrañas que no se esperaba durante el diseño de la investigación tuvieran algún efecto importante, resultan ser relevantes para el problema en específico, de tal forma que si no hubo errores en la propuesta de investigación o durante la manipulación de la teoría, estas variables extrañas nos dan una base sustentada para desarrollar nuevos modelos los cuales al basarse en la teoría utilizada, deben incluir a las variables extrañas como factores que modifican en forma significativa (al igual que las variables originales) al problema tratado.

A continuación se presenta una propuesta de intervención, resultado directo de las simulaciones realizadas, donde se analizaron cuáles eran las variables que presentaban mayor relevancia como motivadoras del uso del condón, y se integraron en este pequeño taller sobre el uso del condón.

“LOS ANTICONCEPTIVOS, EL CONDÓN Y YO”

Objetivo General:

Realizar un taller dirigido a adolescentes (14 – 19 años), donde se promueva el uso del condón a partir de las variables propuestas por la Teoría de la Conducta Planeada.

Objetivos Particulares:

Al terminar este taller, los participantes tendrán herramientas que los harán capaces de:

- a) Conocer los diversos métodos anticonceptivos, así como reconocer cuales de ellos son reductores de la probabilidad de contraer una Infección de Transmisión Sexual.
- b) Conocer cuales son los mitos y creencias que rodean al uso del condón.
- c) Entender el funcionamiento así como el uso correcto del condón.
- d) Conocer cuales son los beneficios de usar el condón en comparación con otros métodos anticonceptivos.
- e) Negociar el uso del condón antes de cualquier contacto sexual.

Dirigido a:

Grupos de jóvenes, con edades entre los 14 y los 19 años, procurando en la medida de lo posible, que exista el mismo número de hombres y de mujeres, y que el número del grupo no exceda de 20 personas.

Justificación:

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, diariamente ocurren en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales alrededor de un millón terminan en embarazos no deseados y cerca de medio millón en alguna infección de transmisión sexual (ITS). Estos riesgos pueden disminuirse con el uso correcto y constante del condón (CONASIDA, 2000 b).

Basándose en un alto índice de efectividad, calculado en un 95% según reportes de CONASIDA (2000 a), en México se ha tomado al condón como el elemento principal de las campañas sobre salud sexual y reproductiva, considerando que su uso podría reducir algunos problemas de salud pública como:

- La infección por VIH / SIDA, que en nuestro país cobra alrededor de 4,000 nuevos casos de SIDA cada año, de los que más del 95% (CONASIDA, 2000 a) ocurren por transmisión sexual.
- Otras ITS que facilitan la penetración del VIH al organismo, tales como candidiasis, tricomoniasis, sífilis y herpes genital.
- La enfermedad inflamatoria pélvica, resultado de algunas ITS (gonorrea, clamidiasis) que afectan los órganos reproductores femeninos, llegando a ocasionar esterilidad.
- La infección por virus del papiloma humano, asociada al desarrollo de cáncer cérvico-uterino, segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas.
- Embarazos no planeados, cuya cifra en adolescentes y jóvenes entre 15 y 25 años se estima superior al 60% de los embarazos totales.
- Embarazo adolescente, que representa 23% del total de los embarazos.
- Infecciones infantiles adquiridas por transmisión perinatal, tales como sífilis, gonorrea, herpes, hepatitis B, papiloma y VIH. La mayoría de los niños que adquieren cualquiera de estas infecciones intraútero, durante el parto o en la lactancia, son hijos de personas infectadas durante relaciones sexuales desprotegidas.

Sin embargo, de todos los elementos anteriores, el de mayor preocupación a escala mundial, es el concerniente a la creciente mortandad provocada por el Síndrome de Inmuno / Deficiencia adquirida (SIDA), preocupación plenamente justificada por los más de 18 millones de muertos en todo el mundo, vinculados con esta pandemia (Tabla 1)

Tabla 1. Resumen mundial de la epidemia de VIH / SIDA, final de 1999

Personas recién infectadas por el VIH en 1999	Total 5,4 millones
	Adultos 4,7 millones
	Mujeres 2,3 millones
	Menores de 15 años 620 000
Personas que vivían con el VIH / SIDA	Total 34,3 millones
	Adultos 33,0 millones
	Mujeres 15,7 millones
	Menores de 15 años 1,3 millones
Defunciones causadas por el SIDA en 1999	Total 2,8 millones
	Adultos 2,3 millones
	Mujeres 1,2 millones
	Menores de 15 años 500 000
Defunciones causadas por el SIDA desde el inicio de la epidemia	Total 18,8 millones
	Adultos 15,0 millones
	Mujeres 7,7 millones
	Menores de 15 años 3,8 millones
Total de huérfanos por el SIDA * desde el comienzo de la epidemia	13,2 millones

* Definidos como los niños que han perdido a su madre o ambos padres por causa del SIDA antes de cumplir 15 años de edad. Fuente: ONUSIDA (2000)

Como se dijo con anterioridad, la principal vía de transmisión del SIDA en México es a través del contacto sexual, siendo las prácticas homosexuales sin protección las que se asocian con mayor riesgo de padecer la infección, particularmente las relaciones ano-genitales donde la pareja receptiva es la más expuesta a contraerla. En las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional pero la probabilidad de transmisión hombre-mujer podría ser hasta 20 veces

mayor que la de transmisión mujer-hombre. En todos los casos el riesgo se incrementa cuando se padece alguna ITS y cuando existen múltiples parejas sexuales (VIH y SIDA 2000).

Así, por lo que respecta a México, el SIDA ha ido avanzando poco a poco hasta llegar a introducirse en todas las clases sociales y preferencias sexuales y, aunque como resultado de las acciones de planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos (entre ellos el condón) entre la población adolescente, ha aumentado de manera importante en los últimos 25 años, más del sesenta por ciento de la población aún mantiene relaciones sexuales de riesgo (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1997).

Por todo esto, el uso del condón, y las campañas por la promoción de éste siguen siendo válidas, y se encuentran encaminadas en gran parte, a desmitificar algunos conceptos y motivaciones erróneas alrededor del condón, mitos que producen un efecto negativo en el momento de la decisión sobre el uso o no de un anticonceptivo en el momento de la relación sexual. Según la ONUSIDA (2000), en el ámbito mundial (y no sólo en México) algunos de estos motivos son:

- Miedo, estigma y negación sobre su eficacia y uso.
- Mala información que tiene como consecuencia una vulnerabilidad hacia los rumores y mitos sobre los anticonceptivos.
 - Falta de educación en materia de salud sexual y reproductiva.
 - Varones y mujeres marginados, y por lo tanto excluidos de los programas de promoción de anticonceptivos.
 - Violencia contra las mujeres, las cuales al poseer aún un estatus inferior en las relaciones de pareja, difícilmente consiguen la negociación del uso de anticonceptivos con sus parejas.

Concluyendo, el uso del condón es el único método comprobado (Sico 2000a, CONASIDA 2000a) realmente eficaz tanto para la prevención del embarazo no deseado, como para reducir el riesgo de contraer el VIH / SIDA, lo cual lo convierte en un elemento clave para cualquier campaña de servicios de salud sexual o reproductiva.

Por todo lo anterior, se propone este taller que, basado en la **Teoría de la Conducta** Planeada, busca incrementar la intención del uso del condón a través del reforzamiento de ciertos constructos sociales, como es el hábito y la presión de los demás para usar el condón, la actitud hacia usarlo, y la percepción de facilidad y familiaridad que existe hacia los condones. El hecho de que este taller se encuentre dirigido especialmente a los jóvenes, tiene su origen en que éste es un grupo de particular riesgo debido a las relaciones esporádicas y ocasionales características de esa edad. Ejemplo de eso, son los 14,346,476 jóvenes⁹ que ya han mantenido alguna relación sexual (ENJ, 2000), de los cuales, según la Secretaría de Salubridad Pública tan sólo un 36.1% (5,179,078) usan algún método de planificación familiar (que no necesariamente sería el condón).

Evaluación:

El taller se encuentra dividido en 6 sesiones, durante las cuales se tocarán seis temas vinculados hacia distintos factores relacionados directamente con la intención del uso del condón. A continuación se presentan los tópicos que se tratará en cada sesión:

- 1** Introducción, presentación e integración del grupo.
- 2** Métodos anticonceptivos, Clasificación y comparaciones entre ellos.
- 3** Mitos y creencias sobre el condón masculino
- 4** El condón: ¿Qué es? ¿Cuándo se usa? ¿Cómo sé si todavía sirve? ¿Para qué sirve? ¿Lo sé usar?
- 5** ¿Usaría condón? El condón como medio de prevención de contraer ITS
- 6** ¿Lo usamos?

En cada una de las sesiones se realizarán actividades que permitirán realizar un diagnóstico sobre la profundidad de dominio del tema, de cada uno de los participantes, y durante la sesión final se realizará un “rally” donde se

⁹ Para la encuesta Nacional de la Juventud, se entrevistaron a personas con edades entre los 12 y los 29 años cumplidos

evaluarán de forma específica los objetivos de este taller a través de 5 actividades que son:

- Completar una tabla donde se muestran todos los anticonceptivos revisados en las primeras sesiones, comparando sus ventajas, desventajas y tipos.
- Marcar dentro de una lista de hechos, cuáles son mitos que rodean al concepto de “condón”.
- Poner 5 condones a 5 botellas, evaluando desde cómo se abre la envoltura del condón, hasta la forma en cómo se coloca esta.
- Exponer en una cartulina 3 ventajas de usar el condón sobre no usarlo; 3 ventajas de usar el condón sobre las pastillas anticonceptivas y 3 ventajas de usar el condón sobre usar la técnica del ritmo.
- Realizar una pequeña representación por parejas sobre cómo proponer el uso del condón a la pareja sexual.

Cada sesión tendrá una duración de 2 horas, y en general el taller presenta el siguiente esquema de trabajo por sesión:

ACTIVIDAD	DURACIÓN
Bienvenida	
Preguntas y resumen sobre el tema anterior	15 Minutos
Introducción al tema del día	05 Minutos
Dinámica	30 Minutos
Exposición del tema	20 Minutos
Dinámica	30 Minutos
Evaluación	15 Minutos
Despedida	05 Minutos

CARTAS DESCRIPTIVAS:

Sesión 1: Introducción, presentación e integración del grupo

Horario	Actividad	Objetivos específicos	Desarrollo	Materiales
09:00 09:15	Bienvenida y presentación de los conductores	Presentarse y tener un primer encuentro con el grupo que conforma al taller.	Presentación sencilla y sin solemnidad, procurando en todo momento establecer confianza con el grupo. Se sugiere utilizar pequeños gafetes de cartón donde cada uno de los participantes pueda escribir su nombre.	Seguros pequeños; Plumones grandes de colores; Cartulina recortada en rectángulos de 10 x 15 cm.
09:15 09:20	Presentación del taller	Dar a conocer el tema central del taller.	Exposición del porqué es importante conocer diversos anticonceptivos.	
09:20 09:50	Dinámica de Presentación: <i>Nombres</i>	Empezar a conocer los nombres de cada uno de los participantes; conocer sus expectativas referentes al taller	Se les pide a cada uno de los participantes que escriban en un nuevo gafete el nombre de algún animal cuya inicial coincida con la de su nombre en el primer gafete; se hacen rondas para explicar el porqué ese animal, y cuáles son las expectativas sobre el taller.	Seguros pequeños; Plumones grandes de colores; Cartulina recortada en rectángulos de 10 x 15 cm.
09:50 10:10	Presentación del Temario del taller	Explicar los temas que se tratarán durante el taller.	Breve resumen de los temas a tratar durante el taller. Se sugiere presentarlos a través de un cartel donde se encuentre calendarizado cada tema.	Cartel donde se presenten claramente los temas del taller y cuando se piensan desarrollar.
10:10 10:40	Dinámica de integración: <i>¿Quién va de campamento?</i>	Integrar al grupo y comenzar a establecer "rapport" entre el grupo y los conductores	Es necesario organizar a los participantes en círculo, dejándolos elegir al lado de quién quieren estar. El procedimiento para esta dinámica puede consultarse al final de este documento	
10:40 11:00	Despedida e invitación a la siguiente sesión	Recordar la fecha de la siguiente sesión, aclarar cualquier duda respecto a lo presentado.	Se invita a expresar sus dudas o inquietudes sobre el taller, y se les invita a regresar a la próxima sesión.	

Sesión 2: Métodos anticonceptivos: Clasificación y diferencias entre ellos				
Horario	Actividad	Objetivos específicos	Desarrollo	Materiales
09:00 09:15	Bienvenida	Dar tiempo a que todos los participantes lleguen	Breves comentarios personales sobre la sesión anterior	
09:15 09:20	Recapitulación e introducción al nuevo tema	Establecer un vínculo entre la sesión y el tema anterior	Se presenta un breve resumen del tema anterior, y se presenta un esbozo de lo que se verá en esta sesión	
09:20 09:50	¿Qué métodos anticonceptivos conozco?	Tener una primera aproximación de los participantes sobre qué métodos anticonceptivos conocen y cómo funcionan	Se reparten tarjetas, cada tarjeta tiene el nombre o la ilustración de un método anticonceptivo, y se les pide a los participantes que busquen a la pareja que corresponde a su método anticonceptivo.	22 tarjetas, 11 con el nombre de algún método anticonceptivo, y 11 con su ilustración
09:50 10:10	Tabla de Métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas	Dar a conocer distintos tipos de métodos anticonceptivos, y explicar algunas ventajas y desventajas de ellos	A través de la tabla presentada en los anexos 2 y 3, explicar 11 diferentes métodos anticonceptivos, señalando ventajas y desventajas como anticonceptivos y previsores de ITS	Cartel donde se expone lo principal de las tablas de los anexos 2 y 3.
10:10 10:40	Dinámica: ¿Qué he escuchado de los anticonceptivos?	Aclarar dudas respecto a los mitos y creencias de los distintos anticonceptivos	Formar grupos de 4 personas, y pedirles que durante 10 minutos recuerden y escriban en hojas de papel, todo lo que sepan sobre anticonceptivos y crean que son mitos, para que estos sean comentados después entre todo el grupo.	Hojas de papel, plumas o lápices
10:40 11:00	Conclusiones e invitación a la siguiente sesión	Cierre de la dinámica. Invitación a la siguiente sesión	Conclusiones e intercambio de experiencias Se invita a expresar dudas o inquietudes sobre la sesión, y se invita a regresar a la próxima sesión.	

Sesión 3: Mitos y creencias sobre el condón masculino			
Horario	Actividad	Objetivos específicos	Desarrollo
09:00 09:15	Bienvenida	Dar tiempo a que todos los participantes lleguen	Breves comentarios personales sobre la sesión anterior
09:15 09:20	Recapitulación e introducción al nuevo tema	Establecer un vínculo entre la sesión y el tema anterior	Se presenta un breve resumen del tema anterior, y se presenta un esbozo de lo que se verá en esta sesión
09:20 09:50	Dinámica: <i>Cierto o falso</i>	Dar cuenta de cuáles mitos existen alrededor del condón, y tratar de encontrar el origen de éstos.	Se forman parejas y se reparten hojas de "hechos sobre el condón" (Anexo 4) y se les pide a los participantes que discutan cuales hechos son ciertos y cuales son falsos.
09:50 10:10	El condón	Orígenes del condón, cómo funciona y de qué materiales ha sido construido a lo largo del tiempo.	Una pequeña charla sobre la historia del condón y los distintos materiales usados en su elaboración
10:10 10:40	<i>Crea tu propio condón</i>	Crear un condón usando el material dado por el conductor	Se forman grupos de 4 personas, y se les invita a diseñar y hacer un condón, con base en los materiales dados y en los distintos modelos de condón presentados anteriormente.
10:40 11:00	Conclusiones e invitación a la siguiente sesión	Recordar la fecha de la siguiente sesión, repasar lo expuesto y aclarar cualquier duda respecto a lo presentado.	Se invita a expresar dudas o inquietudes sobre la sesión, y se invita a regresar a la próxima sesión.
			Materiales
			Hojas de "hechos sobre el condón"; plumas
			Se puede consultar el Anexo 5 como una primer fuente de información. Periódico, engrudo, plastilina, resistol, gasas, algodón, tela, bolsas de plástico, cartulinas, plumones, crayolas, ligas, tijeras, "cutter", cinta adhesiva, etc.

Sesión 4: El condón: ¿Qué es? ¿Cuándo se usa? ¿Cómo sé si todavía sirve? ¿Lo sé usar?			
Horario	Actividad	Objetivos específicos	Desarrollo
09:00 09:15	Bienvenida	Dar tiempo a que todos los participantes lleguen	Breves comentarios personales sobre la sesión anterior
09:15 09:20	Recapitulación e introducción al nuevo tema	Establecer un vínculo entre la sesión y el tema anterior	Se presenta un breve resumen del tema anterior, y se presenta un esbozo de lo que se verá en esta sesión
09:20 09:50	¿Qué es y qué diferencia existe entre el condón y los demás anticonceptivos?	Profundizar en el conocimiento del condón. Valorar los beneficios de su uso.	Formando grupos de 4, discutir las ventajas y desventajas del condón sobre los demás anticonceptivos. Elegir un relator por grupo, quien dará las conclusiones de lo discutido
09:50 10:10	Las 10 reglas para el uso correcto del condón	Exponer de forma clara el uso correcto del condón	Mediante una charla clara y amena comentar las 10 reglas y su importancia para un verdadero sexo seguro
10:10 10:40	Ponle el condón al burro... perdón... al cachivache	Evaluar el conocimiento del uso del condón	A partir de los grupos formados con anterioridad, pasará cada grupo en orden, y se les vendarán los ojos a cada integrante del grupo. A continuación, cuatro voluntarios sostendrán los palos y las botellas, y se les darán a los ocupantes los condones empacados para que ellos los abran y coloquen en la botella o palo que les corresponda.
10:40 11:00	Conclusiones e invitación a la siguiente sesión	Recordar la fecha de la siguiente sesión, y aclarar cualquier duda respecto a lo presentado.	Se les reparte un pequeño tríptico basándose en la información del anexo 8, se lee en voz alta y se invita a expresar dudas o inquietudes sobre la sesión, y se les invita a regresar a la próxima sesión.
			Materiales Hojas de papel, plumas Cartel con las 10 reglas para el uso correcto del condón (Anexo 6) 2 botellas de distinta forma (refresco de 355ml. p. e.), dos palos de escoba recortados y forrados con trapo (de preferencia de una forma irregular), un condón por cada participante y 4 paliacates oscuros.

Sesión 5: ¿Usaría Condón? El condón como medio de prevención de contraer una ITS			
Horario	Actividad	Objetivos específicos	Desarrollo
09:00 09:15	Bienvenida	Dar tiempo a que todos los participantes lleguen	Breves comentarios personales sobre la sesión anterior
09:15 09:20	Recapitulación e introducción al nuevo tema	Establecer un vínculo entre la sesión y el tema anterior	Se presenta un breve resumen del tema anterior, y se presenta un esbozo de lo que se verá en esta sesión
09:20 09:50	<i>El Juicio del condón</i>	Evaluar la percepción que se tiene sobre la utilidad del condón como anticonceptivo y reductor del riesgo de contraer una ITS	Representar un juicio, donde uno de los participantes servirá como acusado (será un condón), un grupo de 4 personas lo defenderá y otro grupo hará de abogado del diablo intentando convencer a los demás (el jurado), de que el condón es un inútil que no sirve para nada. El conductor fungirá como juez – moderador.
09:50 10:10	Los anticonceptivos de tipo barrera y las ITS	Remarcar la importancia del papel del condón como reductor del riesgo de contraer una ITS, en particular el VIH/SIDA	Exponer la importancia del uso del condón para prevenir la transmisión de ITS en cualquier clase de relación, ya sea anal, oral o vaginal. Se puede usar el Anexo 7 como apoyo.
10:10 10:40	¿Qué opinan los demás de que use condón?	Conocer las normas subjetivas que tienen los participantes sobre el uso del condón.	En equipos, se representarán distintas situaciones en las cuales se discutiría el uso del condón: Un grupo sólo de mujeres; un grupo sólo de hombres; una familia liberal; una familia conservadora; un@ maestr@ de anatomía.
10:40 11:00	Conclusiones e invitación a la siguiente sesión	Recordar la fecha de la siguiente sesión, repasar lo expuesto y aclarar cualquier duda respecto a la sesión.	Se invita a expresar dudas o inquietudes sobre la sesión, y se invita a regresar a la próxima sesión.
			Materiales
			Sillas, se recomienda algo con qué disfrazar al acusado para que de la idea de condón. Un pasamontañas blanco podría funcionar.
			Una mesa o escritorio, sillas, recomendable tener cosas que puedan usar los participantes para caracterizarse en las representaciones.

Sesión 6: ¿Lo usamos?

Horario	Actividad	Objetivos específicos	Desarrollo y técnica	Materiales
09:00 09:15	Bienvenida	Dar tiempo a que todos los participantes lleguen	Breves comentarios personales sobre la sesión anterior	
09:15 09:20	Recapitulación e introducción al nuevo tema	Establecer un vínculo entre la sesión y el tema anterior	Se presenta un breve resumen del tema anterior, y se presenta un esbozo de lo que se verá en esta sesión	
09:20 09:40	Yo sí quiero... ¿y el (la) otr@?	Dotar de herramientas básicas de asertividad para manejar situaciones donde se perciban impedimentos para usar el condón.	Exponer de manera sencilla cómo hacer cierto el dicho "en el pedir se encuentra el dar" a través de la asertividad. Se sugiere basarse en el Anexo 8.	
09:40 10:10	<i>En el pedir se encuentra el dar</i>	Manejar herramientas para proponer el uso del condón a la pareja, y manejar situaciones donde se obstaculice el usar condón	Se formarán duplas, y se entregarán tarjetas donde se describan posibles situaciones en las cuales los muchachos deban encontrar una salida lo más asertiva posible.	Tarjetas con ejercicios de asertividad
10:10 10:40	Rally de evaluación	Evaluar los objetivos particulares del taller	Se formarán cinco equipos, a cada uno de los cuales se les asignarán cinco tareas distintas. El equipo que logre realizar mejor y en menor tiempo las tareas, ganará el rally y un premio, a la vez que será el grupo que mejor aprovechó el taller	Cartulinas y plumones, un condón por participante, nuevas hojas de hechos por equipo; 5 botellas; 5 tablas de anticonceptivos incompletas; ejercicios de asertividad.
10:40 11:00	Conclusiones generales sobre el taller; despedida y agradecimiento por la asistencia	Realizar una síntesis de lo visto y cotejar esto con los objetivos planteados. Cerrar el taller.	Entrega de constancias de participación, discusión sobre lo que sucedió durante el rally.	Constancias de participación

Consideraciones Finales

Este taller busca reforzar algunos de los aspectos que influyen en el uso del condón; aspectos que se encuentran dados por la teoría de la conducta planeada de Icek Aizen, y que se retoman en este trabajo ya que en otros países han resultado ser los mejores indicadores que explican el uso del condón.

Entre las variables que se procura impulsar en este trabajo para lograr que se use el condón, se encuentran las creencias sobre el condón y su uso, la percepción de control del uso del condón, las normas subjetivas sobre el uso del condón, la actitud hacia el condón y la percepción de riesgo, que aunque no es una variable de la teoría de la conducta planeada, sino del modelo de creencias sobre la salud, puede ser un factor relevante para impulsar el uso del condón. La relación entre los temas expuestos en el taller, las sesiones y las variables a revisión, puede ser analizado en la siguiente tabla:

Sesión	Título	Objetivo Particular	Variables
1	Introducción, presentación e integración del grupo		
2	Métodos anticonceptivos: clasificación y diferencias entre ellos	Conocer los diversos métodos anticonceptivos, así como reconocer cuales de ellos son reductores de la probabilidad de contraer una Infección de Transmisión Sexual.	Las actitudes y las creencias sobre los anticonceptivos en general
3	Mitos y creencias sobre el condón masculino	Conocer cuales son los mitos y creencias que rodean al uso del condón.	Creencias sobre el uso del condón
4	El condón: ¿Qué es? ¿Cuándo se usa? ¿Cómo sé si todavía sirve? ¿Lo sé usar?	Entender el funcionamiento así como el uso correcto del condón.	Percepción de control, control actual del uso del condón,
5	¿Usaría Condón? El condón como medio de prevención de contraer una ITS	Conocer cuales son los beneficios de usar el condón en comparación con otros métodos	Percepción de riesgo, actitud hacia el condón, normas subjetiva de posibles

		anticonceptivos.	referentes conductuales.
6	¿Lo usamos?	Negociar el uso del condón antes de cualquier contacto sexual.	Percepción de control de uso del condón, norma subjetiva de la pareja

Por otra parte, como se puede apreciar al leer este texto, en ningún momento se hace referencia al contexto en el cual se propone desarrollar este taller, y es que se diseñó para que pueda ser impartido en cualquier centro de reunión juvenil (escuela, deportivo, templo) donde exista un salón y sillas suficientes para los participantes. Este es un aspecto que se consideró importante, ya que al hablar de sexualidad, muchos jóvenes aún no se sienten en libertad de hablar con total comodidad sobre el tema, por lo que es necesario el buscar un lugar que les sea propio y donde se sientan con tranquilidad para conversar y participar en las distintas actividades propuestas.

De igual manera, los tiempos y horarios marcados no son de ninguna manera inmutable y por el contrario, se aconseja modificarlos de acuerdo al carácter del grupo, y al interés despertado por cada uno de los temas. Esta recomendación se aplica particularmente en la sesión 5 donde se esperaba que los participantes se involucran lo suficiente en el tema como para hacer necesario una extensión del tiempo planeado.

Concluyendo, este taller busca ser una herramienta que impulse la intención del uso del condón en los jóvenes, no importando de ninguna manera su sexo o el hecho de si son sexualmente activos.

ANEXO: 1 TEMARIO DEL TALLER

SESIÓN	TEMA	FECHA
1	Introducción, presentación e integración del grupo.	Septiembre 4; 9:00 – 11:00
2	Métodos anticonceptivos, clasificación y comparaciones entre ellos.	Septiembre 11; 9:00– 11:00
3	Mitos y creencias sobre el condón masculino.	Septiembre 18; 9:00– 11:00
4	El condón ¿Qué es? ¿Cuándo se usa? ¿Cómo sé si todavía sirve? ¿Para qué sirve? ¿Lo sé usar?.	Septiembre 25; 9:00– 11:00
5	¿Usaría condón? El condón como medio de prevención de contraer ITS.	Octubre 2; 9:00 – 11:00
6	¿Lo usamos?.	Octubre 9; 9:00 – 11:00

ANEXO 2: Tabla de métodos anticonceptivos A

	Efectividad (%)		Protege contra ETS	Requiere prescripción médica	Después de discontinuar su uso la fertilidad regresa
	Uso Correcto & Consistente	Uso Típico (1)			
Coito interrumpido	90	84	No	No	Inmediatamente
Condón	98	86	Sí	No	Inmediatamente
Condón femenino	94	82	Sí	No	Inmediatamente
DIU (cobre)	99.7	99.2	No	Sí	Inmediatamente
DIU (silicona)	99.8	99.4	No	Sí	Inmediatamente
Dispositivo intrauterino	94	82	Sólo algunas	Sí	Inmediatamente
Diáfragma vaginal	94	82	Sólo algunas	Sí	Inmediatamente
Espermicida	90	80	No	No	Inmediatamente
Píldora combinada	99	95	No	Sí	Inmediatamente
Píldora de Progesterona	99	99	No	Sí	(2) Irreversible
Placa cervical (Ritmo)	95	70	No	No	Inmediatamente
Vasectomía	99.8	99.8	No	Sí	(2) Irreversible
Abstinencia	100	100	Sí	No	Inmediatamente

(1) Uso no siempre consistente o en forma correcta.

(2) Puede revertirse, pero sólo en casos aislados.

ANEXO 3: TABLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS B

METODO	EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Interrupción del coito (marcha atrás)	75% - 80%	No necesita preparación previa ni adicional; sin efectos secundarios	Interfiere en el coito, puede ser difícil de emplear con efectividad
			
METODO	EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Espermicidas	80% - 90%	Sin riesgos para la salud; protege contra algunas ETS	Se aplica de 5 a 30 minutos antes del coito, sólo son efectivos por un tiempo de 30 a 60 minutos, algunas mujeres pueden encontrar su uso incómodo
			
METODO	EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Condón o preservativo	80 - 90% su efectividad es mucho mayor cuando se utiliza con espermicidas	Fácil uso, barato, sin riesgos para la salud, protección muy efectiva contra algunas ETS, pueden proteger del cáncer cervical	Se coloca antes del coito, algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad, necesidad de retirar el pene de la vagina cuando aquel todavía esta en erección
			
METODO	EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Diafragma con espermicida	80% - 90%	Sin riesgos para la salud, protege contra algunas ETS y cáncer de cuello	Se introduce con espuma o alguna gelatina antes del coito y no se puede retirar hasta 6 h. Después, debe adaptarlo un especialista, son incómodos de limpiar, llevar y conservar
			
METODO	EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Esponja anticonceptiva	75% - 90%	Efectiva durante 24h. E inmediatamente después de su inserción, puede proteger contra algunas ETS	Deben humedecerse antes de su inserción, pueden causar irritación vaginal a algunas mujeres, resulta a veces difícil de introducir o extraer
			
METODO	EFFECTIVIDAD PRACTICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS

Disponibilidad limitada; es decir, es bastante complicado encontrarla en las farmacias

Condón femenino



METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

95% - 98%

DIU



METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

97% - 98%

Pildora



METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

99,96%

Ligadura de trompas

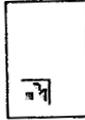


METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

99,85%

Vasectomía

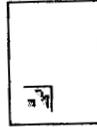


METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

75% - 80%

Método del calendario



DESVENTAJAS

No esta recomendado en las mujeres que no han tenido hijos, debe introducirlo el especialista, puede causar hemorragias, infecciones, dolores y trastornos de la regla, validez limitada

VENTAJAS

Muy efectiva en la prevención del embarazo, no interfiere en el coito, es necesaria la visita periódica al especialista

DESVENTAJAS

Debe tomarse todos los días, necesita un control periódico, puede tener efectos secundarios, como náuseas o posibles problemas circulatorios, hipertensión en un porcentaje bajo de mujeres

VENTAJAS

Muy efectiva en la prevención del embarazo, no interfiere en el coito, regula ciclos menstruales, reduce las hemorragias y dolores de la menstruación, protege contra el cáncer de ovarios y endometrio

DESVENTAJAS

Posible irreversibilidad; es decir, después de ser intervenidas existe la posibilidad de no poder tener hijos

VENTAJAS

Permanente, elimina el miedo a quedar embarazada, no hay riesgos o efectos secundarios en la salud

DESVENTAJAS

Posible irreversibilidad; es decir, después de ser intervenidos existe la posibilidad de no poder tener hijos

VENTAJAS

Permanente, elimina miedos a dejar embarazada a la mujer, no hay efectos secundarios en la salud

DESVENTAJAS

Difícil de usar, sobre todo si los ciclos menstruales son irregulares, como sucede en las mujeres jóvenes; abstinencia durante largos periodos

VENTAJAS

No necesita nada más, sin efectos secundarios

ANEXO 4: “Hechos sobre el condón”¹⁰

- a.- El usar condón hace que no sientas nada cuando tienes relaciones **CIERTO FALSO**
- b.- El usar condón hace estériles a los hombres debido a que provocan una mala circulación de la sangre **CIERTO FALSO**
- c.- La bolsa del pantalón o la cartera es un lugar seguro para el condón **CIERTO FALSO**
- d.- El condón puede causar alergia a mí o a mi pareja **CIERTO FALSO**
- e.- El condón no sirve para protegerse del VIH SIDA ya que el virus es tan pequeño que atraviesa el látex **CIERTO FALSO**
- f.- Es posible usar el mismo condón en más de una relación sexual **CIERTO FALSO**
- g.- Todos los condones son de látex **CIERTO FALSO**
- h.- Es posible ponerse el condón en cualquier momento antes de la relación **CIERTO FALSO**
- i.- El condón tiene fecha de caducidad **CIERTO FALSO**
- j.- Es más seguro usar dos condones durante la misma relación sexual **CIERTO FALSO**

¹⁰ Se remarcan en negritas las respuestas correctas para cada una de las afirmaciones

ANEXO 5: Historia del Condón

Encontrados por los investigadores de Taller de Sexualidad de la barra de Diálogos en Confianza en Canal 11. Ellos se echaron un clavado a la historia del preservativo y descubrieron que los condones existen desde mucho antes de lo que nos imaginamos. De hecho su historia se rastrea miles de años atrás (y no es albur).

Por ejemplo, el Rey Minos (1 200 A.C.) utilizaba pulmones de pescado para evitar embarazos y enfermedades!!! Luego en el siglo XVI de nuestra era, el médico italiano Gabrielle Fallopio recomendaba el uso de unas bolsitas de lino, tratadas con medicamentos y cremas orgánicas que mediante un lazo se sujetaba al pene y si no se contaba con tales, recomendaba vendar el pene con las telas tratadas para liberarse de la sífilis y "de toda miseria humana". Este lujoso condón estaba echo a mano y a la medida, por lo que sólo lo usaban los de la clase alta. Ya hacia el siglo XVII se empezaron a usar los condones de intestino de oveja, atados con una cuerdecita mismos que fueron ideados por el Doctor Condom para el insaciable Rey Carlos II de Inglaterra. El famoso veneciano Casanova (1725-1789) también apreciaba mucho este sistema. De hecho hay rumores de que en esa época se abrió en Londres la primera tienda especializada en Condones y que tenían entre su clientela a toda la clase alta europea.

En cuanto a materiales, los griegos confiaban en el intestino de cabra, los chinos usaban papel de arroz aceitado, los japoneses hacían uso del duro caparazón de las tortugas (no me pregunten cómo o en qué presentación) y ya en 1844, toda Europa festejaba el descubrimiento de las ruedas para bicicleta VULCANIZADAS de Goodyear por lo que ustedes pueden imaginarse los usos alternativos. Y la búsqueda no cesa, de hecho un alemán solicitó en 1912 la patente para la industrialización de las aletas de pescado, "para salvar la sexualidad del mundo". Pero de que hay pruebas, las hay. El condón se ha utilizado desde hace más de 2000 años, donde se impuso sobre todo el de membrana animal. Ahora bien, ya habiendo evolucionado los métodos de elaboración se alcanzaba un logro, pero no se tenía resuelto todo, conseguirlos era toda una epopeya. Y se tuvo que luchar durante varias décadas para que se vendieran libremente. Aún hoy hay países donde no se permiten anuncios publicitarios de preservativos y otros donde piden ID de mayoría de edad para expendirlo. En cambio en donde esto no es problema alguno, surgen otros impedimentos como mitos, religiones y sectas fundamentalistas que satanizan su utilización, pero del tema platicaremos más adelante.

ANEXO 6: USO CORRECTO DEL CONDÓN

Aunque las razones para usar condón deben ser ya bastante obvias, nunca está de más volverlas a recordar. La primera, protegerse de las infecciones de transmisión sexual, ya sea el evitar transmitir las a tu pareja o el ser infectado con una. Y la segunda, para prevenir un embarazo no deseado. El condón es muy efectivo en la prevención de contagio de las ITS y prevención del embarazo.

Darle un uso correcto al condón no es difícil, pero siempre hay que recordar algunas cosas. Para esto hemos desarrollado lo que nosotros llamamos: 10 reglas para el uso correcto del condón. Por si acaso, estas reglas no están dirigidas solo para los hombres, también lo están para las mujeres, ya que cuando se trata de tener sexo seguro, es tarea de dos. Entonces señoras y señoritas a seguir leyendo.

1. Primero, lo primero, siempre que vayan a usar un condón verifiquen la fecha de expiración, si ya se cumplió la fecha de expiración, no usen el condón. Mas aun, si al comprar el condón notan que este no tiene la fecha de expiración impresa en la caja o en la envoltura, simplemente no lo compren. Si notan que el condón está seco o deteriorado, o que la caja esta dañada, no lo usen.

2. Al abrir la envoltura, no usen los dientes, ya que al abrirlo con los dientes pueden dañar el condón.

3. El condón debe ser puesto cuando el pene esta erecto y antes de cualquier contacto íntimo. El pene puede contener lesiones o emitir secreciones antes de la eyaculación que pueden contener organismos que causan las enfermedades de transmisión sexual. Las secreciones emitidas antes de la eyaculación, también pueden contener espermatozoides capaces de fecundar el óvulo.

4. A la hora de ponerlo, pongan el condón en la punta del pene y desenrollen el condón a lo largo del pene hasta llegar a la base del mismo. Hay dos cosas a las cuales deben estar atentos a la hora de poner el condón. La primera es que el condón tiene un lado derecho y un lado reverso, solo por el lado derecho se puede desenrollar. Si se equivocan poniéndolo por el lado reverso,

descártenlo y usen uno nuevo ya que la parte exterior del condón ya habría entrado en contacto con el pene. Dos, al poner el condón asegúrense de que no quede aire atrapado en el depósito en la punta del condón. Para lograr esto dejen un pequeño espacio vacío y aprieten la punta del condón con el dedo índice y el dedo pulgar. Si al hombre le es difícil completar todos estos pasos a la vez, la mujer lo puede ayudar apretando la punta del condón para evitar que quede aire atrapado. Ven, es tarea de dos.

5. Si prefieren el uso de lubricantes, usen solamente lubricantes a base de agua o de silicona. **NO USEN** lubricantes a base de aceites, como los fabricados a base de petrolato, aceite mineral, aceite vegetal o cremas cosméticas, vaselina, etc. Estos lubricantes pueden dañar el condón causando que se rompa. Este punto es muy importante y debe ser tomado siempre en cuenta, ya que una de las razones por las que los condones se rompen es por el uso de lubricantes que lo dañan.

6. Después de la eyaculación, el hombre debe retirar el pene antes de perder la erección asegurándose de sostener el condón desde la base para evitar que se resbale.

7. Mantengan los condones en un lugar fresco y seco. Se recomienda no guardarlos en una billetera, guantera del carro o en lugares donde puedan estar expuestos al calor, el sol y la humedad.

8. Siempre usen un condón nuevo cada vez que repitan el acto sexual o durante cualquier otro acto durante el cual haya contacto genital.

9. Nunca usen más de un condón a la vez, ya que la fricción de ambos puede causar que uno o ambos condones se rompan o que ambos se resbalen.

10. Y la regla más importante... **SIEMPRE USEN CONDÓN!!!** Las estadísticas demuestran que el 95% de las veces que el condón se rompe o falla, se debe a que este no fue usado de forma correcta o que este se encontraba en mal estado. Si siguen estas reglas, minimizarán las probabilidades de que el condón se rompa o falle.

ANEXO 7: METODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

Los métodos anticonceptivos de barrera son definidos como aquellos que, por un mecanismo físico, impiden la unión del espermatozoide y el óvulo. Entre estos anticonceptivos encontramos al diafragma, a los espermicidas vaginales, a la esponja anticonceptiva vaginal y a los preservativos (condones). Como esta barrera es efectiva para otro tipo de microorganismos, también son útiles para impedir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS):

- Gonococia.
- Condilomas.
- Herpes.
- Tricomonas.
- Candidiasis.
- Hepatitis B.
- SIDA.
- Sífilis, etc.

Los condones y las ITS

Como se ha visto, tiempo atrás, los condones se hacían de piel natural (incluso de piel de borrego) o de caucho. Por eso en algunos lugares se llaman "cauchos." Actualmente la mayoría son de látex o de poliuretano. Los condones de piel de borrego pueden prevenir el embarazo. Sin embargo, estos tienen agujeros diminutos (poros) que permiten pasar el VIH. En otras palabras, los condones de piel de borrego no previenen la transmisión del VIH.

El látex es el material más común en la fabricación de los condones. Los virus no pueden traspasarlo. El látex es barato y disponible en muchos estilos. Sin embargo, tiene dos inconvenientes: los aceites lo deshacen y algunas personas son alérgicas a éste.

El poliuretano es una opción para las personas que son alérgicas al látex, pero solamente el condón femenino, y una marca de condón masculino (durex) son hechos de éste material.

Los preservativos se consiguen fácilmente y a bajo costo en la mayoría de las farmacias. Algunos centros de planificación familiar los ofrecen condones de forma gratuita. Estadísticamente se ha probado que ocurren 12 embarazos en 1 año entre 100 parejas usando este método. La eficacia aumenta cuando se usa también espermicidas.

En pocas palabras, usados correctamente, los condones son la mejor manera de prevenir la transmisión del VIH durante la actividad sexual. Los condones pueden proteger la boca, vagina o recto del semen con VIH. Estos pueden proteger el pene de la infección por VIH en los fluidos vaginales o la sangre en la boca, vagina o recto. También pueden prevenir otras enfermedades transmitidas sexualmente.

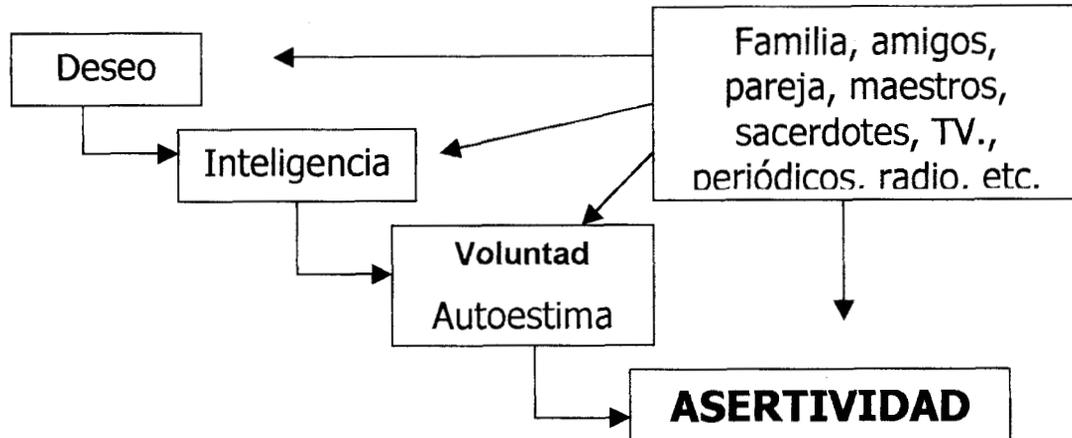
Los condones deben guardarse, usarse y tirarse correctamente. Se usan los condones masculinos en el pene y los condones femeninos en la vagina o recto.

ANEXO 8: ASERTIVIDAD

La asertividad es la capacidad que tiene cada ser humano para defender sus derechos, expresando lo que cree, lo que piensa y siente de manera directa y en un momento adecuado.

La persona por el hecho de ser persona tiene un valor que la hace ser digna y que le da el derecho a decidir sobre lo que más le convenga SIN ofender a otros.

La asertividad tiene su fundamento en la **autoestima**, y siempre se encuentra influenciada por las presiones externas, ya que formamos parte de una sociedad y nos desarrollamos en ella.



Como podemos observar, los demás tienen una gran influencia en nuestra asertividad, esta influencia generalmente se manifiesta de la siguiente forma:

- **De otras personas:** Se manifiesta a través de la manipulación y/o presión.
- **Información:** Son todos los conocimientos adquiridos que nos permiten analizar los pros y los contras de una decisión
- **Experiencia propia:** Cada uno de nosotros ha obtenido experiencias propias a través del aprendizaje y desarrollo, las cuales nos

hacen tomar actitudes favorables o desfavorables hacia cualquier asunto en particular.

Así, el saber manejar nuestra asertividad nos permite alcanzar nuestras metas de la mejor manera posible. Algunas características de una persona asertiva son:

- Toma decisiones por voluntad propia
- Acepta sus errores y sus aciertos
- Ve y acepta la realidad
- Actúa y habla con base en hechos concretos y objetivos
- Utiliza sus capacidades personales
- Es autoafirmativo, siendo al mismo tiempo gentil y considerado
- No es agresivo, está dispuesto a dirigir así como a ser dirigido.

ANEXO 9: RALLY

Como se mencionó con anterioridad, este rally es la evaluación del curso en general, por lo que para formarlo se retomaron 5 de las actividades realizadas con anterioridad durante el transcurso del taller, y se modificaron de forma que presentaran un reto hacia los participantes. A continuación se presentan las actividades y de qué forma se modificaron:

✓ Ponle el condón al cachivache

Las dos únicas diferencias con la actividad original, son los hechos de que se realizarán con los ojos abiertos, y únicamente a botellas de refresco, ya no se utilizarán los palos con trapo. Para decidir que tan bien lo hizo cada equipo, es necesario observar cómo abren la envoltura del condón, cómo lo desenvuelven y de qué manera lo colocan en la botella, si cuidan o no de eliminar el aire entre la botella y el condón, y si dejan un espacio libre en la punta del condón para que se retenga el semen.

✓ En el pedir está el dar

En esta actividad se pedirá a cada uno de los participantes, que escriba una solución asertiva sobre el cómo proponerle usar el condón a la pareja usando estos dos antecedentes:

- Reduce la posibilidad de transmitir ITS
- Es el más eficaz de los métodos anticonceptivos (después de la abstinencia por supuesto)

Cada una de las respuestas será rebatida por el conductor, aduciendo infidelidad, falta de confianza en la pareja y la opción de usar otros anticonceptivos.

✓ **Diferencias entre el condón y los demás anticonceptivos**

En esta parte del rally se les pedirá a los equipos que expongan en una cartulina 3 ventajas de usar el condón sobre no usarlo; 3 ventajas de usar el condón sobre las pastillas anticonceptivas y 3 ventajas de usar el condón sobre usar la técnica del ritmo. Se esperaría que estas ventajas fuesen distintas entre sí, para forzarlos a recordar el porqué el condón es la mejor opción para el sexo seguro.

✓ **Cierto o falso**

A partir de la hoja de hechos presentada con anterioridad, en esta ocasión se presenta otra hoja de hechos con las mismas afirmaciones, pero matizadas por pequeños factores que modifican la respuesta en relación con la hoja anterior. Esta nueva hoja de hechos es¹¹:

- | | | |
|--|---------------|--------------|
| a.- El usar condón puede hacer que pierdas sensibilidad cuando tienes relaciones sexuales | CIERTO | FALSO |
| b.- El usar condón hace estériles a los hombres debido a que provocan una mala circulación de la sangre | CIERTO | FALSO |
| c.- Una bolsa de mano o la bolsa de la camisa es un lugar seguro para el condón | CIERTO | FALSO |
| d.- El condón sólo me puede causar alergia a mí y no a mi pareja, | CIERTO | FALSO |
| e.- Sólo los condones de látex me pueden proteger del VIH ya que cualquier otro condón permitiría el paso del virus por el tamaño de sus poros | CIERTO | FALSO |
| f.- Es correcto usar dos condones en la misma relación sexual | CIERTO | FALSO |

¹¹ Se remarcan en negritas las respuestas correctas para cada una de las afirmaciones

g.- Todos los condones que no son de látex corren peligro de romperse con mayor facilidad

CIERTO **FALSO**

h.- Es recomendable ponerse el condón sólo cuando vaya a haber penetración y no antes de cualquier juego sexual

CIERTO **FALSO**

i.- El condón sólo tiene fecha de caducidad para decir si el espermaticida que contiene aún es efectivo

CIERTO **FALSO**

j.- La decisión de usar el condón recae únicamente en la mujer, quien es quien puede quedar embarazada

CIERTO **FALSO**

Esta sección es evaluada únicamente por el número de aciertos obtenidos en la hoja de hechos, se sugiere que se pregunte el porqué de las respuestas de una o dos preguntas al azar.

✓ **¿Qué métodos anticonceptivos conozco?**

La última parte del rally se encuentra compuesta por tablas comparativas de métodos anticonceptivos, las cuales deben ser completadas con la mayor fidelidad posible. Dentro de los datos a completar se encuentra la efectividad para prevenir embarazos, las ventajas y desventajas que presentan los dispositivos y medicamentos, y la forma que tienen. Como ejemplo de esta tabla tenemos la siguiente (Esta tabla en su versión completa aparece en el Anexo 3: Tabla de métodos anticonceptivos B):

DESVENTAJAS

VENTAJAS

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

METODO

No necesita preparación previa ni adicional; sin efectos secundarios

75% - 80%

Interrupción del coito (marcha atrás)



DESVENTAJAS

VENTAJAS

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

METODO

Se aplica de 5 a 30 minutos antes del coito, sólo son efectivos por un tiempo de 30 a 60 minutos, algunas mujeres pueden encontrar su uso incómodo

Sin riesgos para la salud; protege contra algunas ETS

Espermicidas



DESVENTAJAS

VENTAJAS

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

METODO

Se coloca antes del coito, algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad, necesidad de retirar el pene de la vagina cuando aquel todavía esta en erección

Condón o preservativo
80 - 90% su efectividad es mucho mayor cuando se utiliza con espermicidas



DESVENTAJAS

VENTAJAS

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

METODO

Se introduce con espuma o alguna gelatina antes del coito y no se puede retirar hasta 6 h. Después, debe adaptarlo un especialista, son incómodos de limpiar, llevar y conservar

Sin riesgos para la salud, protege contra algunas ETS y cáncer de cuello

Diafragma con espermicida

DESVENTAJAS

VENTAJAS

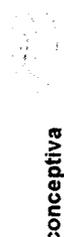
EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

METODO

Efectiva durante 24h. E inmediatamente después de su inserción, puede proteger contra algunas ETS

75% - 90%

Esponja anti



conceptiva

DESVENTAJAS

VENTAJAS

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

METODO

Condón femenino

Disponibilidad limitada; es decir, es bastante complicado encontrarla en las farmacias

METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

VENTAJAS

DESVENTAJAS

DIU

95% - 98%

No esta recomendado en las mujeres que no han tenido hijos, debe introducirlo el especialista, puede causar hemorragias, infecciones, dolores y trastornos de la regla, validez limitada

METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

VENTAJAS

DESVENTAJAS



Píldora

Muy efectiva en la prevención del embarazo, no interfiere en el coito, regula ciclos menstruales, reduce las hemorragias y dolores de la menstruación, protege contra el cáncer de ovarios y endometrio

Debe tomarse todos los días, necesita un control periódico, puede tener efectos secundarios, como náuseas o posibles problemas circulatorios, hipertensión en un porcentaje bajo de mujeres

METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

VENTAJAS

DESVENTAJAS

Ligadura de trompas

99,96%

Posible irreversibilidad; es decir, después de ser intervenidas existe la posibilidad de no poder tener hijos



METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

VENTAJAS

DESVENTAJAS

Vasectomía

99,85%

Permanente, elimina miedos a dejar embarazada a la mujer, no hay efectos secundarios en la salud



METODO

EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA

VENTAJAS

DESVENTAJAS

Método del calendario

No necesita nada más, sin efectos secundarios

Difícil de usar, sobre todo si los ciclos menstruales son irregulares, como sucede en las mujeres jóvenes, abstinencia durante largos periodos



Dinámicas:

¿Quién va de campamento?

Esta dinámica es muy sencilla y no requiere de ningún preparativo anterior a su presentación.

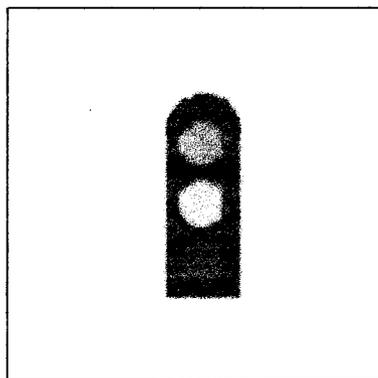
En primer lugar, es necesario organizar al grupo de forma que asemeje un círculo y todos puedan ver más o menos de forma clara a las personas que tengan al lado. El juego inicia con el conductor quien empieza a narrar la siguiente historia: *“Va a realizarse el mejor campamento de la historia, pero sólo pueden ir aquellos que lleven ciertos artículos muy específicos; para decidir quienes irán, cada uno de los presentes dirá qué es lo que creen que podrían llevar para asistir a este campamento, y yo les diré si van o no van. Es muy importante que observen lo que digo que YO voy a llevar, porque cualquier cosa que diga, me llevaría al campamento, mientras que si ustedes llevaran ese mismo objeto, no necesariamente irían”.*

Posteriormente, el conductor dice “yo llevo...” y en ese momento dice cualquier objeto que traiga la persona que se encuentra a su izquierda, puede ser alguna prenda o algún accesorio que traiga (aretes, reloj, tenis, gorra) concluyendo la frase con un rotundo: “y Sí voy”

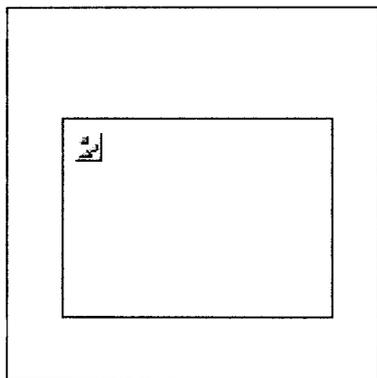
De esta manera, el conductor cede la palabra a la persona que tiene a su derecha, quien tiene que mencionar qué objeto llevaría con la intención de ir al campamento. Obviamente el objetivo del juego es que poco a poco todos se den cuenta de la relación que existe entre los objetos llevados, y la posesión de objetos que tiene la persona a la izquierda del afortunado que Sí va al campamento.

¿Qué métodos anticonceptivos conozco?

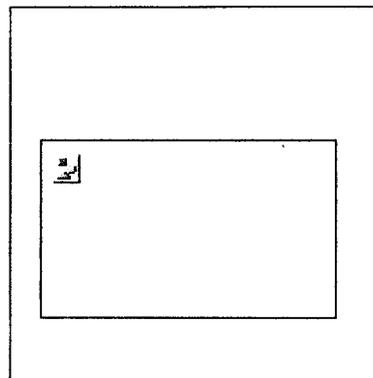
A continuación se presentan algunos modelos que podrían utilizarse como tarjetas para realizar este juego.



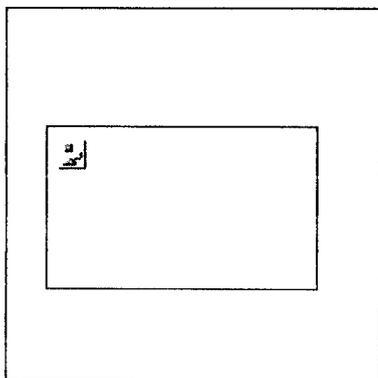
COITO INTERRUPTO



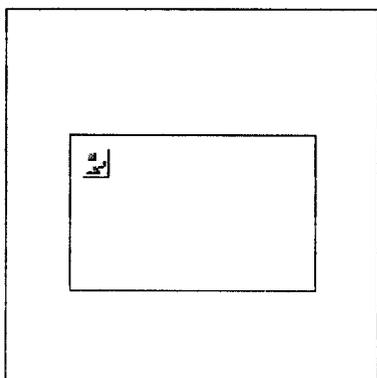
ESPERMICIDAS



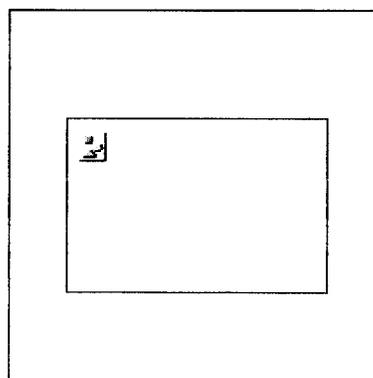
CONDÓN



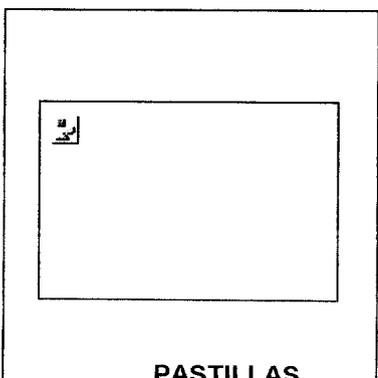
DIAFRAGMA



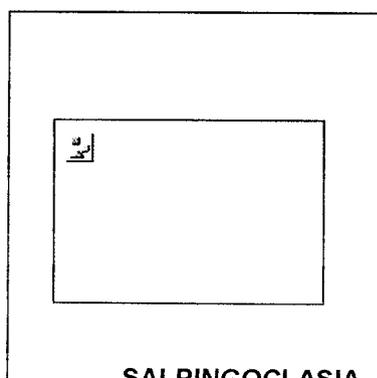
ESPONJA VAGINAL



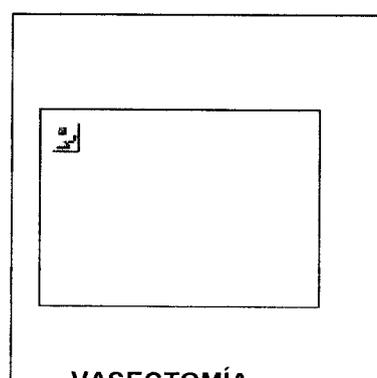
D. I. U.



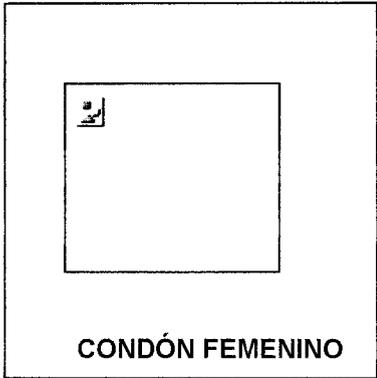
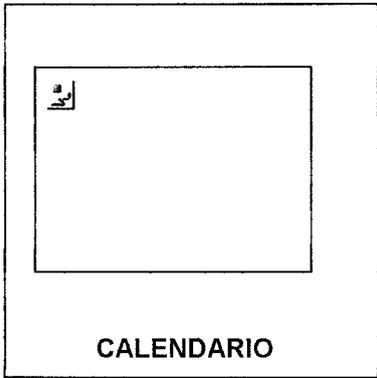
PASTILLAS



SALPINGOCLASIA



VASECTOMÍA



El juicio del condón

En este ejercicio se busca imitar un juicio hacia el condón, los abogados acusadores representan a todos aquellos que nos sugieren no usar el condón o usar algún otro método anticonceptivo menos eficaz, los abogados defensores representan la idea de que no existe método anticonceptivo y reductor de riesgo de contraer ITS más eficaz que el condón.

En este juego, el juez puede ayudar tanto a uno como a otro grupo, recordando los mitos y creencias sobre el condón a los acusadores por una parte, y refrescando las tablas y conversaciones sostenidas en el taller.

En el pedir se encuentra el dar

A continuación se enlistan algunas posibles situaciones frente a las cuales se podrían enfrentar los jóvenes cuando intentan comprar, defender o usar el condón, el objetivo de este ejercicio, es que los muchach@s encuentren la forma de mantener su intención hacia el condón sin que eso les represente ningún conflicto.

- ✓ Tu mamá encuentra unos condones en tu mochila, y te pide que le des una explicación sobre el qué hacen ahí. Recuerda que no es asertivo el mentir.
- ✓ Tu novi@ te pide que prefiere hacerlo sin condón.
- ✓ Cuando compras un condón, eres cuestionad@ por el dependiente de la tienda sobre tu edad y tus hábitos sexuales
- ✓ Tus amig@s te dicen que usar condón es algo digno de ancian@s que no saben vivir la vida ¿Qué les responderías?
- ✓ Tu novi@ insiste en que al usar condón pierde toda sensibilidad y por eso no desea de ninguna manera tener relaciones usándolo
- ✓ Tienes la oportunidad de tener relaciones con una persona que acabas de conocer, pero no tienes un condón contigo, ¿Cómo negociarías el conseguir uno?

- ✓ Alguno de tus padres se acerca y te empieza a hablar de las abejas y su forma de llevar el polen de una flor a otra... ¿Qué harías?
- ✓ Un@ amig@ se acerca y te comenta que ha sostenido relaciones sexuales sin condón con una persona de dudosa reputación, ¿Cómo le explicarías el riesgo que tiene de haber contraído VIH sin asustarlo?
- ✓ Durante una clase de biología el (la) maestr@ explica de qué manera se usa el condón y comete un error en su explicación, ¿de qué manera l@ corregirías?
- ✓ Sabes que un@ amig@ cercan@ a ti no usa nunca el condón, ¿Qué le dirías para intentar convencerl@ de usarlo?