

El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes

Socioeconomic strata as a predictor factor for consistent condom use among adolescents

Ramiro Caballero Hoyos^a y Alberto Villaseñor Sierra^b

^aUnidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México. ^bCentro de Investigación Biomédica de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México

Descriptores

Conocimientos, actitudes y práctica.[#] Condones.[#] Adolescencia.[#] Factores socioeconómicos. Estudios transversales. Conducta sexual. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, prevención y control. – Estrato socioeconómico. Género.

Keywords

Knowledge, attitude, practice.[#] Condoms.[#] Adolescence.[#] Socioeconomic factors. Cross-sectional studies. Sexual behavior. Acquired immunodeficiency syndrome, prevention and control. – Socioeconomic strata. Gender.

Resumen

Objetivo

El estrato socioeconómico juega un rol importante en las desigualdades en salud. En México, la prevalencia más alta de casos de SIDA se encuentra en población de estratos más bajos. El propósito de lo estudio fue describir el estrato socioeconómico (ajustado por variables psicosociales, situacionales y demográficas) como un factor predictor del uso consistente del condón, en adolescentes.

Métodos

Se incluyó en el estudio una muestra de una encuesta previa aplicada a 1.410 adolescentes de 15 a 19 años y estratificada por edad, género y estrato socioeconómico de Guadalajara, México. El análisis fue aplicado sobre los 251 adolescentes que reportaron actividad sexual. El análisis estadístico se realizó mediante Ji Cuadrada, t-test, ANOVA y regresión logística.

Resultados

La frecuencia de uso consistente de condón fue 30,7% y hubo una prevalencia de uso irregular. El estrato socioeconómico alto fue el principal predictor (OR= 11,1, CI95%= 2,6-47,6). Otros predictores significativos fueron el género masculino, el soporte de los pares y el nivel alto de conocimientos sobre VIH/SIDA.

Conclusión

El estrato socioeconómico es un importante factor predictor del uso consistente del condón.

Abstract

Introduction

Socioeconomic level plays an important role in health inequalities. In Mexico, the highest prevalence of AIDS cases is among individuals of lower socioeconomic level. The purpose of the study was to describe the socioeconomic level (adjusted for psychosocial, situational and demographic variables) as a predictor factor for the consistent condom use among adolescents of Guadalajara, Mexico.

Methods

A sample of 1,410 adolescents, aged 15 to 19 years, drawn from a previous survey stratified by age, gender and socioeconomic strata was included in the study. Analysis

Correspondencia para/Correspondence to:
Ramiro Caballero Hoyos
Av. Tonalá 121, Tonalá, Unidad Médica Familiar
93 IMSS
45400 Guadalajara, Jal, México
E-mail: rchsurr@terra.com.mx

Estudio realizado con apoyo financiero del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT) (Proyecto n° 264100-5-5037-M9406) y complementariamente con recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social (Proyecto n° 94-260-0010).

Recibido en 24/11/2000. Presentado nuevamente en 17/7/2001. Aprobado en 19/9/2001.

was performed in 251 adolescents who reported sexual activity. Statistical analysis was performed using Chi-square, t-test, ANOVA, and logistic regression.

Results

The frequency of consistent condom use was 30.7% and there was a prevalence of irregular use. The highest social level was the main predictor (OR= 11.1, CI 95%=2.6-47.6). Others significant predictors were male gender, peer support and better knowledge about HIV/AIDS.

Conclusion

Socioeconomic level is an important predictor factor for consistent condom use.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA está asociado a desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud, en diferentes contextos socioeconómicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 2000 unos 40 millones de infectados con VIH en el mundo, de los cuales más del 90% vivirán en países pobres, donde las tasas de infección tenderán a aumentar por la deficiente oferta de sistemas sanitarios y los limitados recursos preventivos y asistenciales.⁸

La epidemia del VIH/SIDA también se asocia a desigualdades de clase social debido a que la predominancia de VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores, como es el caso de México.⁶

Las diferencias de género son otra expresión de las desigualdades asociadas a la epidemia, dado que son un componente central en las posibilidades de lograr posiciones socioeconómicas de mayor o menor privilegio. Estas diferencias implican una mayor probabilidad de que los hombres transmitan el VIH a sus parejas sexuales mujeres¹² y en mayor medida en contextos de pobreza.

La epidemia ha tenido efectos importantes en la población adolescente y joven de América Latina y el Caribe. La Organización Panamericana para la Salud (OPS) estima que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentan en personas menores de 25 años y que la mayoría se infecta por la vía sexual.¹⁰

Una estrategia primaria de prevención contra la transmisión sexual del VIH es el uso apropiado y constante del condón. Cerwonka et al¹ describen el efecto de algunos factores psicosociales en el desarrollo de prácticas sexuales protegidas en jóvenes: a) un mayor grado de conocimientos sobre VIH/SIDA no garantiza la reducción de prácticas de riesgo; b) la percepción de las normas de los pares sobre la protección predice

un comportamiento equivalente y el grado de resistencia al cambio; c) la percepción de riesgo no siempre conduce a la reducción de prácticas riesgosas, debido a que interactúa con factores cognitivos y de desarrollo; y d) a mayor experiencia sexual y número de parejas, decrece la frecuencia de uso de condones.

En México se reportaron 32.802 casos de SIDA entre marzo de 1983 y octubre de 1997, con una razón hombre/mujer que varió de 26:1 a 6:1. En ese período, Jalisco, cuya capital es la ciudad de Guadalajara, era la tercera entidad federativa con más casos (el 11,5%) y tenía una tasa de incidencia de 65,4 por 100.000 habitantes. Del total de casos, el 1,6% fueron adolescentes de 15 a 19 años, en los cuales predominó la transmisión sexual.² Si se considera que el período de latencia desde la transmisión del VIH y las manifestaciones del SIDA varía entre dos y once años, una importante proporción de casos con SIDA del grupo de 20 a 29 años (el 30% del total de casos) pudo haberse infectado durante la adolescencia.

Bajo el supuesto del efecto de las desigualdades sociales en la epidemia, el presente trabajo pretende describir las diferencias de uso de condón por estratos socioeconómicos y género; y conocer en qué medida el factor estrato socioeconómico, ajustado por variables sociodemográficas, psicosociales y situacionales, predice el uso constante del condón, en los adolescentes de Guadalajara, México.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, con niveles de análisis descriptivo y de correlación, mediante una encuesta por muestreo sobre conocimientos, percepciones de riesgo y prácticas sexuales de riesgo para adquirir el VIH/SIDA, aplicada en Guadalajara a 1.410 adolescentes, hombres y mujeres, de 15 a 19 años de edad, entre junio de 1995 y marzo de 1996. El presente trabajo presenta un análisis específico sobre el uso del condón en los 251 casos (el 17,8% de la muestra) que reportaron haber iniciado su vida sexual por coito.

Para la selección de informantes, se empleó un método de muestreo polietápico que consideró las siguientes fases:

- a - La delimitación de conglomerados en el plano geográfico de la Zona Metropolitana de Guadalajara.
- b - La ubicación de estratos socioeconómicos, definidos según distinciones observables en indicadores físicos de vivienda, de acceso a servicios y de ambiente barrial (Áreas Geoestadísticas Básicas), validados previamente por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática⁷. Los indicadores que distinguieron a los estratos socioeconómicos fueron los siguientes: el *estrato alto* se caracterizó por tener *viviendas* acabadas, construidas con materiales caros, rodeadas de jardines, enrejado o barda circundante y extensión grande de terreno. Con una infraestructura de *servicios* dotada de alumbrado particular y público, cableado telefónico, zonas de abastecimiento de agua potable, calles pavimentadas, aceras amplias con jardín, zonas de vigilancia, zonas de esparcimiento, poca circulación de transporte público y presencia de zonas comerciales de lujo. El *estrato medio* se caracterizó por tener *viviendas* acabadas, construidas con materiales caros, jardín pequeño, estacionamiento y extensión mediana de terreno. Con una infraestructura de *servicios* dotada de alumbrado público, cableado telefónico, zonas de abastecimiento de agua potable, calles pavimentadas con escaso bacheo, aceras medianas con poco jardín, vigilancia municipal, zonas de esparcimiento y centros deportivos públicos, circulación regular de transporte público y presencia de tiendas de autoservicio, mercados y pequeños comercios. El *estrato bajo* se caracterizó por tener *viviendas* de condominio o unidades habitacionales, aspecto físico-estético descuidado y extensión pequeña de terreno. Con una infraestructura de *servicios* dotada de poco alumbrado público, cableado telefónico sólo para algunas viviendas, zonas de abastecimiento de agua potable, alcantarillado y drenaje deficientes, pavimento sólo en calles principales y empedrado en el resto, aceras pequeñas sin jardín, vigilancia municipal escasa o nula, zonas sin jardines con algunos centros deportivos públicos, circulación constante de transporte público y presencia de tiendas de autoservicio pequeñas, cantinas y bares. El *estrato marginado* se caracterizó por tener *viviendas* semi-construidas, paredes o techos con láminas, madera o similares y extensión pequeña de terreno. Con una infraestructura de *servicios* dotada de energía eléctrica clandestina, sin cableado telefónico, poco abastecimiento de agua potable, ausencia de drenaje y alcantarillado, em-

- pedrado sólo en calles principales y banquetas escasas, vigilancia municipal escasa o nula, zonas sin jardines con algunos centros deportivos improvisados, circulación mínima de transporte público y presencia de algunas tiendas de abarrotes.
- c - La selección por muestreo aleatorio simple de colonias, viviendas y sujetos a entrevistar por edades. La determinación de la muestra fue proporcional, según el peso relativo de la población en cada estrato socioeconómico.

Las entrevistas se realizaron en los hogares de los y las adolescentes. Se obtuvieron cartas de consentimiento informado de los padres o tutores y la participación de los informantes fue voluntaria. No se incluyeron casos cuyos padres o tutores refirieron la existencia de trastornos auditivos o visuales graves, retardo mental o enfermedades psiquiátricas. La tasa de rechazo a la entrevista fue menor al 5%.

El instrumento de recolección de datos incluyó los siguientes grupos de preguntas estructuradas que se emplearon en el análisis específico del estudio: a) preguntas *sociodemográficas*: estrato socioeconómico, edad, género, ocupación y nivel de instrucción; b) preguntas *psicosociales*: percepción de riesgo personal de contraer el VIH/SIDA (con la pregunta: “¿crees que el VIH/SIDA podría afectar tu salud en el futuro?”), comunicación con los amigos sobre VIH/SIDA (con la pregunta: “en el último mes, ¿cuántas veces has hablado acerca del VIH/SIDA con tus amigos(as)?”) e importancia de la religión (con la pregunta: “¿qué tan importante es la religión para resolver los problemas cotidianos de tu vida?”); c) preguntas *situacionales*: nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA (con 24 preguntas sobre riesgo, consecuencias, prevención y transmisión, las cuales se calificaron y sumaron para generar dos niveles de conocimiento: bajo-regular y alto), edad de inicio sexual por coito, número de parejas en la vida y en el último año, y número de parejas casuales en la vida; y d) pregunta sobre *uso de protección* en las prácticas sexuales: frecuencia de uso de condón.

El análisis comprendió: a) descripción de promedios, desviaciones estándar y cálculo de pruebas de significación *t* test y ANOVA para las variables psicosociales y situacionales por estratos socioeconómicos y género; b) descripción de frecuencias y porcentajes de uso de condón por estrato socioeconómico y género con pruebas de significación Ji cuadrada; y c) análisis de regresión logística exploratorio mediante el cálculo de Odds

Ratios (OR) e Intervalos de Confianza del 95% (IC 95%) para cada factor de riesgo. La bondad de ajuste del modelo obtenido fue evaluada con la prueba Hosmer-Lemeshow para datos reagrupados y ordenados según sus probabilidades de predicción. Los cálculos fueron realizados con el paquete estadístico Stata versión 6.0.

Las variables del análisis de regresión logística fueron incluidas según un criterio de significancia estadística en las relaciones entre dos variables y otro de relevancia teórica en la predicción psicosocial del uso de condón. Dichas variables fueron codificadas de la siguiente forma: la variable dependiente (uso constante del condón) se dicotomizó como: siempre = 1, a veces, casi nunca y nunca = 0. El factor de exposición (estrato socioeconómico) tuvo cuatro categorías nominales (alto, medio, bajo y marginado). Las variables de ajuste fueron ordenadas en tres categorías: a) *aspectos sociodemográficos*: género (masculino y femenino) y edad (15 a 17 y 18 a 19 años); b) *aspectos psicosociales*: percepción de riesgo personal de contraer el VIH/SIDA (sí, no y no está seguro), comunicación con los amigos sobre el VIH/SIDA (nunca, una o dos veces al mes y más de dos veces al mes) e importancia de la religión (no es importante, algo importante y muy importante); y c) *aspectos situacionales*: nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA (bajo y regular = 1 a 18 respuestas correctas y alto = 19 a 24 respuestas correctas); y edad de inicio del coito (14 o menos años y 15 a 19 años); Las categorías de las variables de exposición y ajuste fueron codificadas como variables ficticias (dummy).

RESULTADOS

Aspectos sociodemográficos

En el grupo analizado de 251 adolescentes con

experiencia sexual por coito, el 76,5% fueron hombres y el 23,5% mujeres. La edad promedio fue de 17,6 años \pm 1,3. Según *estratos socioeconómicos*, el 10% fueron de estrato alto, el 46,6% de estrato medio, el 29,9% de estrato bajo y el 13,5% de estrato marginado. Según *ocupación*, el 38,6% sólo estudiaban, el 28,9% sólo trabajaban, el 20,1% trabajaban y estudiaban y el 12,4% no trabajaban ni estudiaban. Según *nivel de instrucción*, el 47,7% estaban en la preparatoria y la universidad, el 39,9% en la secundaria y escuelas técnicas, el 11,2% en la primaria, y el 1,2% no tenían instrucción. A su vez, el 93,6% indicó profesar la religión católica.

Aspectos psicosociales

La categoría de atribución de *importancia a la religión* que predominó en el grupo fue la de "algo importante". Tal atribución tuvo diferencias significativas por estratos, debido a que en los estratos inferiores se le asignó una mayor importancia que en los estratos superiores ($p < 0,05$). Aunque las mujeres le dieron una mayor importancia, no se hallaron diferencias significativas de atribución por género (Tabla 1).

Respecto a la *comunicación con los y las amigas sobre VIH/SIDA*, predominó la categoría de "una a dos veces en el último mes" (el 37,9%). Fue más frecuente la comunicación en el estrato alto y en las mujeres, sin embargo no hubieron diferencias estadísticamente significativas por estrato socioeconómico y género.

En lo que se refiere a la *percepción personal de riesgo de adquirir el VIH/SIDA*, predominó la categoría: "sí (estoy en riesgo)" (el 74,1%). Los porcentajes más altos en esta categoría se presentaron en los estratos marginado y bajo ($p =$ no significativa) y en las mujeres ($p < 0,05$).

Tabla 1 - Importancia de la religión, comunicación con amigos y percepción de riesgo personal por estratos socioeconómicos y género, en adolescentes de Guadalajara. En porcentajes. (n= 251)

Variables psicosociales	Total (n= 251)	Estratos socioeconómicos			Marginado (n= 34)	Género	
		Alto (n = 25)	Medio (n= 117)	Bajo (n= 75)		Masculino (n=192)	Femenino (n=59)
Importancia de la religión							
No es importante	15,5	8,0	22,8	10,9	6,1	14,9	17,0
Es algo importante	46,3	68,0	43,0	48,6	36,4	47,1	44,0
Es muy importante	38,2	24,0	34,2	40,5	57,5	38,0	39,0
Comunicación amigos VIH/SIDA							
Nunca	25,5	12,5	22,6	36,2	21,2	27,2	20,0
Una o dos veces al mes	37,9	37,5	40,6	31,9	42,4	37,8	38,2
Más de dos veces al mes	36,6	50,0	36,8	31,9	36,4	35,0	41,8
Percepción de riesgo personal							
Sí	74,1	60,0	71,8	78,7	82,3	69,8	88,1
No	10,8	20,0	11,1	9,3	5,9	12,5	5,1
No está seguro (a)	15,1	20,0	17,1	12,0	11,8	17,7	6,8

Importancia de la religión x estrato socioeconómico $\chi^2 = 16,6$ ($p < ,05$).

Percepción de riesgo personal x género: $\chi^2 = 7,9$ ($p < ,05$)

El promedio de *conocimientos sobre VIH/SIDA* fue de 13,7±4,0 respuestas correctas sobre un total de 24 posibles. El promedio de conocimientos fue mayor en el estrato alto y menor en los otros estratos (14,8±2,1 en el estrato alto, 14,0±4,0 en el estrato medio, 13,8±4,3 en el estrato bajo y 13,0±4,0 en el estrato marginado). También fue mayor en el género masculino que en el femenino (13,9±3,8 frente a 13,1±4,8). Sin embargo, no hubieron diferencias estadísticamente significativas por estratos y género.

Aspectos situacionales

La edad promedio de inicio sexual por coito fue de 15,9±1,7 años, con un inicio a más temprana edad en el estrato marginado (15,6±1,7) que en los otros estratos (p= no significativa) y en los varones (15,6±1,7) que en las mujeres (t= 4,1; p<0.001). Predominaron en el grupo las relaciones sexuales con una sola pareja en toda la vida (el 60,4%) con una diferencia significativa por género (mujeres 86,2% y varones 52,6%, $\chi^2=21,0$; p<0,001).

En los casos que reportaron dos o más parejas sexuales en la vida (el 39,6%), el promedio de parejas fue de 4,4±4,5, donde el promedio de parejas casuales fue de 1,8±4,1. A su vez, en este grupo, el promedio de parejas sexuales en el último año fue de 1,4±1,6. En todos los casos, los promedios de parejas sexuales fueron mayores en los estratos socioeconómicos inferiores y en los varones. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por estrato socioeconómico y género (Tabla 2).

Tabla 2 - Número de parejas sexuales en la vida, en el último año y casuales en la vida, por estratos socioeconómicos y género, en adolescentes de Guadalajara. En medias y desviaciones estándar. (n=99*)

Variables situacionales	Total (n=99)	Alto (n=11)	Estratos socioeconómicos			Género	
			Medio (n= 49)	Bajo (n=26)	Marginado (n=13)	Masculino (n=91)	Femenino (n=8)
Número de parejas en la vida	4,4±4,5	3,0±1,2	4,1±4,3	4,5±3,8	6,8±7,6	4,6±4,7	2,5±1,1
Número parejas en último año	1,4±1,6	0,8±0,6	1,4±1,8	1,4±1,4	1,8±1,7	1,4±1,6	1,1±0,6
Número parejas casuales en la vida	1,8±4,1	0,7±1,2	1,6±3,5	2,3±5,3	2,6±5,2	2,0±4,3	0,6±1,2

*Corresponde a los y las adolescentes que reportaron dos o más parejas sexuales en la vida

Tabla 3 - Frecuencia de uso de condón según estratos socioeconómicos y género, en adolescentes de Guadalajara. En porcentajes (n=251).

Variables	Siempre	Frecuencia de uso de condón		
		Casi siempre	Casi nunca	Nunca
Estrato socioeconómico				
Marginado (n= 34)	14,8	23,5	23,5	38,2
Bajo (n=75)	22,7	21,3	21,3	34,7
Medio (n=117)	35,9	26,5	13,7	23,9
Alto (n=25)	52,0	16,0	20,0	12,0
Género				
Masculino (n= 192)	35,4	26,6	15,6	22,4
Femenino (n= 59)	15,2	13,6	25,4	45,8
Promedio (n= 251)	30,7	23,5	17,9	27,9

Frecuencia de uso de condón x estrato socioeconómico: $\chi^2= 18,1$ (p<,05)

Frecuencia de uso de condón x género: $\chi^2= 8,6$ (p<,005)

Frecuencia de uso del condón

Las frecuencias de uso de condón reportadas fueron: el 30,7% siempre (uso constante), el 23,5% casi siempre, el 17,9% casi nunca y el 27,9% nunca. En ese sentido, predominó en el grupo el uso irregular del condón (casi siempre y casi nunca) con un porcentaje del 41,4%. El porcentaje de uso constante de condón fue mayor en los estratos socioeconómicos alto y medio y en el género masculino. A su vez, el porcentaje de adolescentes que nunca usó condón fue mayor en los estratos inferiores y en las mujeres. El estrato socioeconómico y el género se asociaron significativamente con la frecuencia de uso del condón (Tabla 3).

El porcentaje de uso constante de condón fue mayor en quienes reportaron una sola pareja sexual en la vida que en quienes mencionaron dos o más parejas (el 31,1% y el 29,3% respectivamente, $\chi^2=0,1$; p= no significativa). Entre quienes reportaron una pareja en la vida, el uso constante de condón tuvo una diferencia significativa por género (hombres = el 38,6% y mujeres = el 16,0%, $\chi^2=8,0$; p<0,005); mientras que entre quienes reportaron dos o más parejas, el 31,8% de hombres y ninguna mujer lo usaron constantemente (p= no significativa).

En los casos que reportaron dos o más parejas sexuales, el uso constante de condón fue mayor cuando tuvieron: menor número de parejas sexuales en la vida (2 a 4 parejas = el 33,3% y 5 y más parejas = el 20,7%, $\chi^2=1,5$; p= no significativa), menor número de parejas casuales en la vida (1 a 2 parejas = el 38,2% y 3 y más parejas = el 18,7%, $\chi^2=2,2$, p= no significativa) y menor número de

parejas en el último año (1 a 2 parejas = el 30,6% y 3 y más parejas = el 22,2%, $\chi^2=0,3$; p= no significativa).

Factores predictores del uso constante del condón

Los factores predictores del uso constante del condón que resultaron estadísticamente significativos, en la regresión logística, fueron: el estrato socioeconómico alto (OR=11,1, IC 95%=2,6-47,6), el estrato medio (OR=6,6, IC 95%=2,0-22,3), el género masculino (OR=4,1, IC 95%=1,7-9,7), la comunicación con amigos “más de dos veces al mes” (OR=3,9, IC 95%=1,6-9,6) y “una o dos veces al mes” (OR=2,5, IC 95%=1,01-6,2), y el nivel alto de conocimientos sobre VIH/SIDA (OR=3,4, IC 95%=1,1-11,1). No fueron predictores significativos independientes: la percepción de riesgo personal, la importancia de la religión, la edad y la edad de inicio del coito (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Las desigualdades de salud en los adolescentes de distintas clases sociales ha sido teorizada desde el enfoque de las “diferencias latentes”¹⁴, bajo dos premisas: a) la presencia de pocas variaciones (“igualdad relativa”) en las condiciones de morbilidad y mortalidad en

todas las clases sociales; y b) la presencia de diferencias importantes en el desarrollo de comportamientos de riesgo como base para la aparición de diferencias de clase significativas en la edad adulta. Estas diferencias implican un proceso de influencias socioeconómicas acumuladas en la vida que pueden predecir la posición económica y las condiciones de salud en la etapa adulta (“selección indirecta”).

En el presente estudio, el estrato socioeconómico fue el más importante factor predictor del uso constante del condón. El uso constante fue mayor cuando el estrato socioeconómico fue más alto. Dentro del referido enfoque teórico de las “diferencias latentes”, este hallazgo se puede interpretar como un indicador específico de las diferencias en las prácticas de riesgo entre estratos, basadas en la acumulación desigual de influencias estructurales.

La mayor frecuencia de uso constante de condón en los estratos socioeconómicos alto y medio podría ser, a un nivel de hipótesis, un factor predictor del uso consistente en el tiempo, lo cual tendría repercusiones en el grado de exposición a riesgos de transmisión sexual del VIH. Sieving y colaboradores¹³ reportaron que en Estados Unidos el alto riesgo sexual en el

Tabla 4 - Análisis de regresión logística: *odds ratios* crudos y ajustados e intervalos de confianza al 95% para factores asociados con el uso no constante y no uso de condón y el uso constante de condón, en adolescentes de Guadalajara. (n= 251).

Factores predictores	Uso no constante y no uso de condón (n= 174)	Uso constante de condón (n= 77)	Odds Ratio crudo	IC 95%	Odds Ratio Ajustado*	IC 95%
Estrato socioeconómico						
Marginado	29	5	1			
Bajo	58	17	1,7	0,6-4,9	3,1	0,9-11,1
Medio	75	42	3,2	1,2-8,7	6,6	2,0-22,3
Alto	12	13	6,3	1,9-20,8	11,1	2,6-47,6
Género						
Masculino	124	68	3,0	1,4-6,5	4,1	1,7-9,7
Femenino	50	9	1			
Comunicación amigos VIH/SIDA						
Nunca	50	10	1			
Una o dos veces al mes	60	29	2,4	1,1-5,4	2,5	1,0-6,2
Más de dos veces al mes	51	35	3,4	1,5-7,6	3,9	1,6-9,6
Conocimientos sobre VIH/SIDA						
Nivel bajo y regular (1-18/24 puntos)	164	65	1			
Nivel alto (19-24/24 puntos)	10	11	2,8	1,1-6,7	3,4	1,1-11,1
Percepción riesgo VIH/SIDA						
Sí	130	56	1	0,4-2,4	1,4	0,5-3,9
No	19	8	1			
No está seguro (a)	25	13	1,2	0,4-3,5	1,3	0,4-4,3
Importancia de la religión						
No es importante	26	12	1,4	0,6-3,2	1,1	0,4-3,0
Algo importante	73	41	1,7	0,9-3,2	1,5	0,7-3,1
Muy importante	71	23	1			
Edad						
15-16	35	21	1,5	0,8-2,8	1,7	0,8-3,7
17-19	139	56	1			
Edad de inicio coital						
<= 14	26	13	1,2	0,6-2,4	1,1	0,4-2,7
15-19	148	64	1			

Prueba de bondad de ajuste Hosmer & Lemeshow: $\chi^2=4,0$, p=0,86

* Ajustado por estrato socioeconómico (alto, medio, bajo, marginado), género (masculino, femenino), comunicación con amigos sobre VIH/SIDA (nunca, una o dos veces al mes, más de dos veces al mes), nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA (alto, bajo -regular), percepción de riesgo personal de contraer VIH/SIDA (sí, no, no está seguro), importancia de la religión (no es importante, algo importante, muy importante), edad (15-16, 17-19), edad de inicio coital (<= 14 años, 15-19)

comportamiento de los adolescentes fue un predictor importante del alto riesgo sexual en el corto y mediano plazo. Esta hipótesis, sin embargo, debe indagarse mediante estudios de tipo longitudinal.

Desde la teoría de los roles de género, las decisiones de uso de condón implican una relación desigual de poder en la interacción de la pareja, dentro de cada contexto cultural, lo cual conduce a situaciones de mayor o menor riesgo de transmisión sexual del VIH. En nuestro estudio, el género masculino fue un predictor del uso constante del condón. Si bien en varones y mujeres predominó el uso irregular de condón, en los varones hubo un mayor uso constante que en las mujeres (el 35,4% contra el 15,2%) y el 45,8% de las mujeres reportaron que sus parejas sexuales nunca lo habían usado. Esta situación implica, probablemente, que las adolescentes tienen un bajo poder para negociar o imponer el uso del condón a sus parejas, sobre todo en los estratos socioeconómicos inferiores, en los cuales es más frecuente que en otros estratos, un número mayor de parejas en la vida y casuales. En estos estratos sería relevante indagar si la presencia de una mayor percepción personal de riesgo del VIH/SIDA y de una mayor atribución de importancia a la religión contribuyen al desarrollo de prácticas sexuales no protegidas, sobre todo en las mujeres.

A su vez, el 86,2% de las mujeres dijo haber tenido una sola pareja sexual en la vida, de las cuales el 16% dijo que sus parejas usaron el condón constantemente, mientras que en un 13,8% que dijo haber tenido dos o más parejas, ninguna reportó que su pareja sexual lo había usado. Esto indica que, probablemente, el uso de protección tiende a orientarse en ellas por factores como la confianza o estabilidad de la relación afectiva, la apariencia de bajo riesgo de la pareja y la sumisión ante la actitud masculina respecto al uso del condón. Estos factores fueron descritos por Moore y colaboradores⁹ como los motivos más comunes asociados al bajo uso de condón por sus parejas, en adolescentes de Norteamérica, Europa y Australia.

En tal sentido, los diferenciales de uso constante de condón en hombres y mujeres orientan a pensar que las asimetrías de género deberían considerarse como un factor central en el desarrollo de desigualdades en los riesgos de transmisión sexual del VIH/SIDA, dentro del proceso de estratificación socioeconómica. Desigualdades que, al generarse en la adolescencia, tendrán importantes consecuencias en las condiciones de salud en la juventud y en la edad adulta.

Otros predictores significativos del uso constante del condón en este estudio fueron: una mayor frecuencia de comunicación con los amigos y un mayor nivel de

conocimientos. Los estratos que tienen menor uso constante de condón fueron el bajo y marginado y, a su vez, a estos les correspondieron las menores frecuencias de comunicación con los amigos y los menores niveles de conocimiento. Este hallazgo puede asociarse a la tesis de la privación social de Wilson,¹⁵ la cual propone que en las clases sociales bajas de las ciudades, las limitadas oportunidades económicas y educacionales y una débil estructura familiar, favorecen un estándar de socialización que conduce a comportamientos de riesgo. Esta situación se vería acentuada por la baja participación en actividades prosociales que favorecen comportamientos saludables y mayores conocimientos sobre la salud sexual. En ese contexto, una mayor frecuencia de comunicación sobre VIH/SIDA con los amigos podría ejercer un efecto donde la presión de los pares favorecería el uso constante del condón, aunque con menor fuerza en los estratos bajo y marginado.

En este estudio, el mayor nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA fue un predictor independiente del uso constante del condón. Este mayor nivel de conocimientos favorece el uso constante del condón, principalmente en los estratos alto y medio y en el género masculino. Este resultado permite apreciar la necesidad de considerar otros factores de confusión para evaluar la naturaleza y la confiabilidad de la asociación entre los conocimientos del VIH/SIDA y otras variables del comportamiento.

Un hallazgo importante de la parte descriptiva fue el predominio del uso no constante del condón (el 41,4%). Susan Moore y colaboradores⁹ reportan que este estándar de uso irregular predomina también entre los adolescentes de Norteamérica, Europa y Australia. Esta situación podría indicar que las relaciones sexuales de los adolescentes se desarrollan bajo el efecto de factores situacionales (por ejemplo: relaciones no planeadas) y de estrategias de selección de parejas sexuales basadas en juicios de valor.

El predominio del uso no constante significa que en los y las adolescentes está presente el riesgo de transmisión sexual del VIH. Los datos de la Secretaría de Salud sobre la predominancia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes y jóvenes de México¹¹ muestran que, en el grupo de 15 a 24 años, las ITS más frecuentes son la candidiasis, la tricomoniasis y la gonorrea, y que el número de casos se incrementó en un 14%, entre 1990 y 1993. Estos datos son un indicador de la presencia del riesgo de transmisión sexual del VIH en este grupo, debido a que uno de sus principales factores de riesgo es el bajo uso del condón.

El estudio tiene por lo menos tres limitaciones que se deben considerar al evaluar sus resultados: a) los

datos analizados provinieron de una encuesta por muestreo que recolectó auto-informes individuales de prácticas sexuales y de uso del condón. Por ser una recolección con medidas indirectas, estuvo sujeta a sesgos del auto-informe. Una medición más completa y menos expuesta a errores de Tipo I y II podría incluir –según Crosby³– aspectos como: los motivos del uso, las diferencias en la intención de uso en las parejas que penetran y en las receptivas, el uso para la protección de embarazo y de ITS como factor de interacción y la influencia de factores situacionales, entre otros. b) La pregunta sobre uso del condón permitió obtener frecuencias para describir quiénes usaban el condón siempre, casi siempre, casi nunca y nunca. No indagó sobre algunas situaciones relacionadas al uso constante del condón como el momento de aplicación (antes o durante el coito) que influyen sobre el grado de riesgo de infección y la eficacia del condón. De Visser & Smith,⁴ por ejemplo, encontraron en estudiantes australianos con vida sexual activa, que es común el uso de condón después de la penetración y antes de la eyacuación, lo cual los pone en riesgo de transmisión de VIH e ITS, pese a usar el condón. c) Las

variables psicosociales de ajuste integradas al análisis fueron las que estuvieron disponibles en el cuestionario, lo cual impidió la inclusión de otras variables que la literatura reporta como importantes en la predicción del uso del condón.⁵ Por ejemplo: las estrategias de comunicación con la pareja, el manejo en las mujeres de habilidades de negociación y control sobre el uso de condón, los niveles de estrés y el uso y abuso de alcohol y drogas, entre otras.

Los hallazgos de estudio pueden tener dos implicaciones para posibles estrategias de intervención en adolescentes: a) es necesario considerar, en las estrategias de reducción de riesgos, las distintas ideologías de los estratos socioeconómicos y de género como construcciones culturales que favorecen grados diferentes de uso de condón como elemento de protección contra el VIH/SIDA, ITS y embarazos; y b) esas estrategias deberían combinar conocimientos sobre formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA y habilidades para afrontar la presión de los pares y para la negociación del uso de protección en las parejas sexuales.

REFERENCIAS

1. Cerwonka ER, Isbell TR, Hansen CE. Psychosocial factors as predictors of unsafe practices among young adults. *AIDS Educ Prev* 2000;12:141-7.
2. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Epidemiología. *SIDA-ETS* 1997;3:1-10.
3. Crosby RA. Condom use as a dependent variable: measurement issues relevant to HIV prevention programs. *AIDS Educ Prev* 1998;10:548-57.
4. De Visser RO, Smith AMA. When always isn't enough. Implications of the late application of condoms for the validity and reliability of self-reported condom use. *AIDS Care* 2000;12:221-4.
5. DiClemente RJ. Psychosocial determinants of condom use among adolescents. In: DiClemente RJ, editor. *Adolescents and AIDS*. Newbury Park: Sage; 1992. p. 34-51.
6. Gonzalez-Block MA, Liguori AL. El SIDA en los estratos socio-económicos de México. In: Gonzalez-Block MA, Liguori AL, editors. *Perspectivas de Salud Pública*. México (DF): Instituto Nacional de Salud Pública; 1992. p. 21-36.
7. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Estratificación socio-económica de la zona Metropolitana de Guadalajara*. Guadalajara: INEGI; 1992.
8. Mertens TE, Low-Beer D. HIV and AIDS: where is the epidemic going? *Bull World Health Organ* 1996;74:121-29.
9. Moore S, Rosenthal D, Mitchell A. *Youth, AIDS and sexually transmitted diseases*. In: Youth's sexual behavior. London: Routledge; 1996. p. 16-34.
10. Organización Panamericana de la Salud. *Salud de los adolescentes. Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Américas*. CD40/21. Washington (DC); 1997.
11. Secretaría de Salud. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*. México (DF); 1995.
12. Sherr L. Tomorrow's era: gender, psychology and HIV infection. In: Sherr L, Hankins C, Bennett L, editors. *AIDS as a gender issue: psychosocial perspectives*. London: Taylor & Francis; 1996. p. 16-45.
13. Sieving R, Resnick MD, Bearinger L, Remafedi G, Taylor BA, Harmon B. Cognitive and behavioral predictors of sexually transmitted disease risk behavior among sexually active adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:243-51.
14. Tuinstra J, Groothoff JW, Van Den Heuvel WJA, Post D. Socio-economic differences in health risk behavior in adolescence: do they exist? *Soc Sci Med* 1998;47:67-74.
15. Wilson WJ. Studying inner-city social dislocations: the challenge of Public Agenda Research. *Am Sociol Rev* 1991;56:1-14.