

AUTOCAUIDADO FRENTE A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UNIVERSITARIOS DE MÉXICO

SELF-CARE AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN UNIVERSITY STUDENTS IN MEXICO

CRUZ GARCÍA LIRIOS¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García Lirios, C. (2021). Autocuidado frente a las enfermedades de transmisión sexual en universitarios de México [Self-care against Sexually Transmitted Diseases in University Students in Mexico]. *Acción Psicológica*, 18(2), 29–38. <https://doi.org/10.5944/ap.18.2.21476>

Resumen

Los estudios de la adhesión al tratamiento han explicado las trayectorias de relaciones entre factores determinantes a partir de modelos teóricos relativos a la acción razonada y el comportamiento planificado, aunque el énfasis en la cognición supone que la adhesión es un proyecto subjetivo más que grupal, el presente trabajo se propuso indagar el efecto de las normas y los valores sobre las creencias, actitudes e intenciones como variables antecedentes de la adhesión al tratamiento. Se realizó un estudio exploratorio, transversal, psicométrico y correlacional con una muestra de 258 estudiantes, seleccionados por su participación en prácticas profesionales y servicio social en el área de la salud y prevención de riesgos. Los resultados muestran que la interrelación entre los factores culturales –normas, valores, creencias– con los factores

cognitivos –actitudes, conocimientos, percepciones, intenciones– determinan la adhesión al tratamiento, pero su influencia supone la inclusión de otros factores explicativos del umbral socioeconómico y sociodemográfico determinante de la adhesión al tratamiento en grupos de edad y contextos económicos.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento; modelo exploratorio; Salud pública; Enfermedades de Transmisión Sexual; norma subjetiva.

Abstract

Abstract –Studies of adherence to treatment have explained the trajectories of relationships between determinants from theoretical models related to reasoned

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Cruz García Lirios, Universidad Autónoma de México, México.

Email: garcialirios@yahoo.com

ORCID: Cruz García Lirios (<https://orcid.org/0000-0002-9364-6796>).

¹ Universidad Autónoma de México, México

Recibido: 26 de abril de 2021.

Aceptado: 6 de diciembre de 2021.

action and planned behavior, although the emphasis on cognition assumes that adherence is a subjective project rather than a group one. The present work proposed to investigate the effect of norms and values on beliefs, attitudes, and intentions as antecedent variables of adherence to treatment. An exploratory, cross-sectional, psychometric, and correlational study was carried out with a sample of 258 students, selected for their participation in professional practices and social service in the area of health and risk prevention. The results show that the interrelation between cultural factors –norms, values, beliefs– with cognitive factors –attitudes, knowledge, perceptions, intentions– determine adherence to treatment, but their influence supposes the inclusion of other explanatory factors of the socioeconomic threshold and sociodemographic determinant of adherence to treatment in age groups and economic contexts.

Keywords: Adherence to treatment; Exploratory Model; Public health; Sexually Transmitted Diseases; Subjective norm.

Introducción

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son diferentes entre hombres y mujeres a medida que el uso del condón se intensifica se reduce el riesgo de contagio. Una vez que la ETS ha sido adquirida, el uso del condón es determinado por la información y la pericia (Morales Flores et al., 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe correspondiente al año de 2020 ha registrado en el periodo 2016-2018 aproximadamente 539530 decesos (86.9 por cada 100 mil habitantes). En dicho informe el VIH con 5189 casos tiene una prevalencia de 4.9 casos por cada 100 mil habitantes, así como en los casos de mortalidad en la etapa reproductiva (203504 defunciones) y la etapa pos-productiva registra (292375 decesos).

Desde la perspectiva biomédica, la información, los conocimientos y habilidades anticipan las conductas de riesgo. Díez y Díaz (2011) señalan que un diagnóstico oportuno previene la co-infección y la reinfección, así

como la reducción de la prevalencia en los grupos de edad vulnerados, pero la asintomatología de las ETS supone un riesgo a la salud personal que se traslada a la salud colectiva y la salud pública. Las ETS parecen corresponder con factores culturales, cognitivos y comportamentales vinculados a riesgos, pero es la identidad una condicionante de estilos de vida riesgosos y por tanto, con mayor prevalencia de las ETS en grupos de edad de entre 18 y 25 años (Tobairo et al., 2009).

Sin embargo, la información, conocimientos y habilidades en la prevención de riesgos se observan en escenarios de control de daños. En contextos universitarios, el paradigma social psicológico advierte la emergencia de variables explicativas del autocuidado que explicarían la ausencia de relación entre los factores socioeconómicos con el autocuidado de la sexualidad (Serrano Moreno, 2020). La adhesión al tratamiento emerge como una variable compuesta por factores socioculturales, socioeconómicos y sociocognitivos. En este sentido, los valores, creencias, normas, ingreso y estigma de grupo predicen el autocuidado observable en el uso de condón.

No obstante que el enfoque biopsicosocial integra los factores situacionales, culturales, económicos, informativos y cognitivos, los estudios de género abren la discusión sobre las diferencias entre hombres y mujeres ante las ETS.

Del Rio y Uribe (1993) demostraron que el invento del condón femenino contribuyó a una mejor calidad de vida en cuanto a la salud reproductiva y sexual de las mujeres con respecto al uso del condón masculino, pero las diferencias entre las identidades de género ha propiciado que ahora las asimetrías versen sobre el acceso al dispositivo sexual ya que, su costo al ser elevado discrimina a sectores marginados y excluidos que no cuentan con los recursos para adquirir el condón femenino y poder incrementar su salud reproductiva y sexual.

En otras palabras, el autocuidado es una variable que puede ser predecible desde factores socioculturales, socioeconómicos, sociocognitivos y de género. Los modelos advierten que las conductas de riesgo alusivas a las ETS son explicadas desde las normas y valores (Anguiano et al., 2017), ingreso (Ríos et al., 2009), percepciones, creen-

cias y actitudes (Rodríguez et al., 2009) y desde la identidad de género (Carreón et al., 2017).

Por consiguiente, el objetivo del presente trabajo es explorar las dimensiones factoriales del autocuidado ante los riesgos de infección, contagio o muerte por ETS en estudiantes de una universidad pública del centro de México. A partir de las dimensiones culturales, económicas, cognitivas y de género esgrimidas se exploran sus relaciones a fin de anticipar escenarios de riesgo.

¿Las dimensiones de valores, normas, creencias, percepciones, actitudes, conocimientos, intenciones y conductas anticipan escenarios de riesgos alusivos a las ETS en universitarios?

En virtud de que el autocuidado de la sexualidad está determinado por factores culturales en interacción con factores económicos, cognitivos y de género, será posible anticipar un escenario de riesgo de ETS (García, 2017). De hecho, la prevalencia de los factores socioculturales como las normas, creencias y valores explicarán un mayor porcentaje del riesgo de ETS (García Lirios et al., 2017). Incluso, la capacidad y apreciación de la agencia de autocuidado se incrementa con la interacción social más en jóvenes que en adultos (Muñoz, 2017).

Método

Diseño

Se llevó a cabo un estudio exploratorio, transversal, psicométrico y correlacional. Debido a que no se han observado las relaciones entre los factores culturales, económicos, cognitivos y de género el estudio exploratorio fue pertinente. En virtud de que se observa una parte del proceso de riesgo de ETS se consideró un estudio transversal. Al medir las dimensiones esgrimidas del riesgo de ETS se estableció un estudio psicométrico y correlacional.

Muestra

Se realizó una selección no probabilística de 258 estudiantes de una universidad pública. El criterio de selección

fue pertenecer al sistema de prácticas y servicio social en organizaciones e instituciones con y sin fines de lucro del municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Autocuidado de la Sexualidad de Carreón (2017) la cual incluye 24 aseveraciones (véase Apéndice) en torno a normas (alfa = .724), valores (alfa = .789), creencias (alfa = .761), percepciones (alfa = .829), conocimientos (alfa = .895), habilidades (alfa = .886), actitudes (alfa = .856), intenciones (alfa = .725) y comportamientos (alfa = .826) con seis opciones de respuesta que van desde “nada probable” hasta muy probable”. La fiabilidad reportada en la literatura indica valores “alfa” que oscilan entre .760 y .792 aunque la conformación de la escala supone valores de factores entre .680 y .862. Respecto a la validez, los pesos factoriales indican valores que oscilan entre .456 y .682.

Procedimiento

Se entrevistaron y encuestaron a los participantes en las instalaciones de la universidad. Se les informó que los resultados de la investigación no afectarían ni positiva ni negativamente su situación escolar. Se les pidió que contestaran honestamente a las preguntas y aseveraciones. Se les invitó a que consulten los resultados en el informe final del grupo de investigación. Los datos fueron procesados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) y el Software de Análisis de Momentos Estructurales (AMOS por sus siglas en inglés) en sus versiones 10 y 6.0.

Análisis

Se utilizaron los parámetros de curtosis, alfa de Cronbach, coeficientes KMO, prueba de Bartlett, pesos factoriales, correlaciones de Pearson, covarianzas “phi”, pesos “beta” y “gama”, así como índices de ajuste y residuales a fin de contrastar el modelo de relaciones especificadas con los datos observados.

Normalidad

El valor curtosis cercano a la unidad fue asumido como evidencia de distribución normal de las respuestas de encuestados con respecto a las aseveraciones que miden las variables del estudio en un instrumento con opciones de respuesta y niveles de medición intervalar.

Validez

Los coeficientes KMO superiores a 0.600 y la prueba de Bartlett con nivel de significancia menor a 0.050 fueron asumidas como evidencia de correlaciones producto momento que facilitaron el análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación promax. Posteriormente, los pesos factoriales superiores a 0.300 fueron considerados como evidencias de la maximización de varianza en cuanto a los factores derivados del análisis exploratorio. Los porcentajes de varianza explicada superiores a 0.20 fueron asumidos como evidencia de aceptación de la hipótesis nula.

Confiabilidad

El valor alfa de Cronbach superior a 0,60 fue asumido como suficiente para demostrar la consistencia interna de los indicadores con respecto a la escala general y las subescalas particulares. La correlación producto momento superior a 0,90 fue considerada como una evidencia de colinealidad y multicolinealidad las cuales significan que los ítems son similares en cuanto a sus contenidos.

Correlación

Los valores r de Pearson cercanos a la unidad y al cero fueron descartados de posteriores análisis ya que significan relaciones colineales o espurias. En cambio, aquellos valores superiores a 0.30 e inferiores a 0.90 fueron asumidos como evidencias de relaciones de dependencia.

Covarianza

Los valores “phi” entre 0.30 y 0.90 fueron identificados como evidencias de relaciones de dependencia para el caso de variables categóricas o en combinación con variables continuas.

Estructura

Los valores “beta” entre variables exógenas y endógenas entre 0.30 y 0.90 fueron asumidas como evidencia de relaciones de dependencia. Del mismo modo, los valores “gamma” entre variables endógenas cercanos a cero o a la unidad fueron descartados de posteriores análisis.

Ajuste

El Índice de Bondad de Ajuste (GFI por sus siglas en inglés) cercano a la unidad fue asumido como evidencia de ajuste y aceptación de la hipótesis nula. Por el contrario, los valores inferiores a 0.975 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis alterna.

Residual

Los valores cercanos a cero fueron asumidos como evidencia de ajuste entre las relaciones especificadas y los datos obtenidos, por consiguiente, se aceptó la hipótesis nula de ajuste entre ambos modelos. En contraste, los valores superiores a 0.007 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula.

Resultados

La consistencia interna de cada una de las escalas alcanzó un valor superior a 0.60 e inferior a 0,90 debido a que los reactivos parecen medir las variables, pero con variaciones en contextos y muestras diferentes (véase Tabla 1).

En el caso de la validez de constructo, los indicadores alcanzaron correlaciones con el factor superiores a 0,300 aunque inferior a 0.900 evidenciado la inclusión de otros indicadores en los factores, así como la diferencia entre los mismos factores.

Una vez conformados los factores, se procedió a estimar sus trayectorias reflejantes en un modelo estructural (véase Figura 1).

Un modelo estructural [$\chi^2 = 14.10(9gl)$, $p = .000$;
GFI = 0.970; CFI = 0.975; NFI = 0.990;

Tabla 1

Descriptivos del instrumento

Código	M	SD	A	RC1	RC2	RC3	RC4	RC5	RC6	RC7	RC8
RC1			.782								
r1	3.24	1.25		.435							
r2	3.35	1.37		.483							
r3	3.54	1.93		.443							
RC2			.724								
r4	2.04	1.91			.532						
r5	2.47	1.82			.621						
r6	3.37	1.73			.721						
RC3			.761								
r7	3.05	1.83				.454					
r8	2.57	1.25				.782					
r9	3.38	1.36				.512					
RC4			.829								
r10	3.25	1.20					.621				
r11	4.36	1.36					.614				
r12	2.08	1.37					.782				
RC5			.856								
r13	4.36	1.36						.356			
r14	4.37	1.30						.435			
r15	4.92	1.27						.546			
RC6			.895								
r16	4.20	1.47							.493		
r17	4.36	1.25							.721		
r18	4.47	1.58							.672		
RC7			.725								
r19	3.83	1.50								.326	
r20	3.94	1.47								.356	
r21	3.26	1.39								.367	
RC8			.826								
r22	4.30	1.32									.562
r23	4.35	1.14									.672
r24	4.58	1.28									.783

Nota. Elaborada con los datos del estudio. Método de extracción: ejes principales, rotación promax. esfericidad ($X^2 = 234.35$ (23gl), $p = .000$) y adecuación ($KMO = 0.671$). **M** = Media, **DE** = Desviación Estándar, **RC1** = Valores (23 % de la varianza total explicada), **RC2** = Normas (19 % de la varianza total explicada), **RC3** = Creencias (17 % de la varianza total explicada), **RC4** = Percepciones (15 % de la varianza total explicada), **RC5** = Actitudes (11 % de la varianza total explicada), **RC6** = Conocimientos (9 % de la varianza total explicada), **RC7** = Intenciones (5 % de la varianza total explicada), **RC8** = Comportamientos (3 % de la varianza total explicada). Todos los reactivos incluyen seis opciones de respuesta: 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable 3 = ni probable ni improbable, 4 = probable, 5 = muy probable.

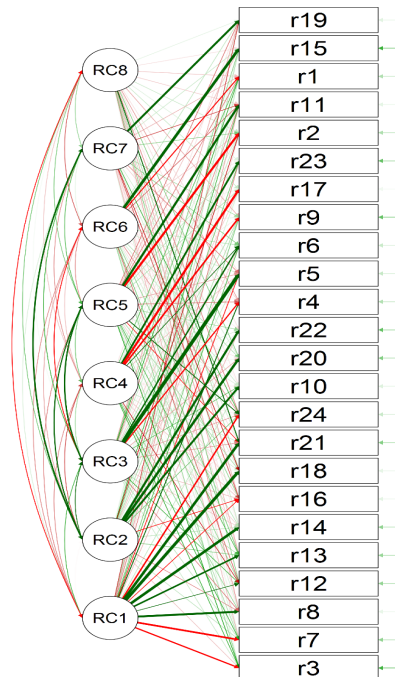
RMSEA = 0.003; RMR = 0.000; $R^2 = 0.238$] permitió establecer las relaciones de dependencia entre los valores egoístas con respecto al autocuidado ($\gamma = 0.42$). En relación con otras variables exógenas tales como norma subjetiva ($\Phi = 0.06$), percepciones de riesgo ($\Phi = 0.041$), creencias de uso de condón ($\Phi = 0.23$) y actitudes hacia el

uso del condón ($\Phi = -0.40$), el factor explicativo tuvo un efecto directo y significativo.

Es decir que: los valores egoístas “En mi vida sexual el uso del condón es indiscutible” asociados con la norma subjetiva “Mi salud sexual está acompañada de un con-

Figura 1

Modelo factorial exploratorio de la adhesión al tratamiento



Nota. Figura elaborada con los resultados del estudio. Prueba de esfericidad del instrumento (KMO entre .513 hasta .893, Prueba de Adecuación a la muestra [$\chi^2 = 3014.020$ (112 grados de libertad) $p < .001$].

dón”, así como las percepciones de riesgo “Usar doble condón es un riesgo a mi salud”, las creencias “El uso de condón previene enfermedades de transmisión sexual” y las actitudes “El uso de condón es protección para mi vida sexual” determinan el uso de condón en el coito como medida de prevenir una reinfección de ETS.

Los alcances y límites de este modelo en relación con la literatura y el estado del conocimiento revisados se discuten a continuación.

Discusión

El presente trabajo aporta al estado del arte un modelo exploratorio de las dimensiones de autocuidado de la sexualidad ante los riesgos de ETS. Los valores explicaron el 23 % de la varianza de la propuesta. Es decir, la muestra encuestada refleja una estructura sociocultural de autocui-

dado. Este hallazgo es semejante a los reportados en la literatura. Los valores como principios que guían el comportamiento son predictores del autocuidado (Carreón, 2016). Más específicamente, los valores egocéntricos anticipan comportamientos de riesgo (Montes, 2013).

El presente estudio también encontró que las normas de grupo son factor explicativo del 19 % de la varianza del modelo propuesto. La influencia de la familia en el autocuidado de la sexualidad es un factor cultural que explica el uso del condón (Cajachacua Castro et al., 2020). En este sentido, la literatura sugiere que las decisiones de conductas sexuales están influidas por la aprobación de la familia (Jimenez, 2022). De hecho, la elección de la pareja sexual está determinada por la norma de la familia (Ludueña y Zerpa, 2022).

La interrelación entre los factores culturales y cognitivos incrementa el porcentaje de varianza explicada del

modelo, aunque las variables intencionales y conductuales están asociadas. Es decir, la muestra encuestada puede ser influida por valores y normas para informarse sobre las ETS, pero no necesariamente deciden y actúan conforme a los datos o recomendaciones circundantes en los medios de comunicación o las redes sociodigitales.

Antes bien, la influencia de los medios y redes sociodigitales en las normas y valores familiares pueden incidir en las decisiones y autocuidado de la sexualidad, pero la información mediática puede ser incompatible con el entorno sociocultural (Aliatis Bravo, 2019). En ese caso, las conductas sexuales de riesgo de ETS pueden emerger como resultado de la discrepancia de las normas culturales y familiares (Polanski, 2019). Se recomienda llevar a cabo estudios comparativos de las dimensiones culturales a fin de poder establecer su influencia en la familia y ésta en quienes están activos sexualmente.

Conclusión

El objetivo del presente trabajo fue explorar las dimensiones de los riesgos ante las ETS en una muestra de universitarios. Los resultados indican la prevalencia de valores como ejes de conductas preventivas o de riesgo. En relación con el estado del arte, el hallazgo central del presente estudio se relaciona directamente con los modelos en los que los valores están asociados al autocuidado. Por consiguiente, se recomienda la extensión del estudio a fin de explorar los indicadores de los valores como principios que guían las decisiones y el comportamiento.

Referencias

- Aliatis Bravo, C. R. (2019). *Autocuidado en mujeres con vaginosis que acuden al Centro de Salud Puerto López* (tesis de grado, JIPIJAPA-UNESUM).
- Anguiano, F., Islas, C., García, C., Carreón, J. y Valdés, O. (2017). Gobernanza de la salud dermatológica: Modelo de prevención sanitaria y tratamiento con implicaciones para un dispositivo de intervención desde el Trabajo Social [Dermatological health governance: Health prevention model and treatment with implications for an intervention device from Social Work]. *Ehquidad*, 7, 117–143. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2017.0004>
- Cajachagua Castro, M., Chávez Sosa, J., Chilón Huamán, A. y Camposano Ninahuanca, A. (2022). Apoyo social y autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar Hospital Lima Este, 2020, Perú [Social Support and Self-care in Patients with Pulmonary Tuberculosis Lima Este Hospital, 2020, Peru]. *Revista Cuidarte*, 13(2), Artículo e2083. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2083>
- Carreón, J. (2016). *Desarrollo Humano: Gobernanza y emprendimiento social [Human Development: Governance and Social Entrepreneurship]*. UNAM-ENTS.
- Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M. y García, C. (2017). Confiabilidad y validez de un instrumento que mide el compromiso de trabajadoras sociales en instituciones de asistencia sanitaria. *Encrucijada*, 26, 69–86.
- Del Rio, C. y Uribe, P. (1993). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. *Salud Pública de México*, 35(5), 506–517.
- Diez, M. y Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control [Sexually Transmitted Infections: Epidemiology and Control]. *Revista Española de Sanidad*, 13, 58–66.
- García Lirios, C. (2017). Modelo de salud ocupacional migratoria intercultural. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 4(2), 24–31.
- García Lirios, C., Carreón, J. y Hernández, J. (2017). Límites de los modelos de salud ocupacional. Estudio de adhesión al tratamiento del asma en trabajadores migrantes adultos mayores del estado de México. *Visión Gerencial*, 16(1), 103–118.
- Ludueña, N. L. y Zepa, M. M. (2021). Prácticas de autocuidado en los adolescentes en el marco de la pandemia Covid-19: Estudio cuantitativo,

- descriptivo, transversal, realizado con estudiantes del Centro Educativo Rural IPEM N° 311. Anexo. Potrero del Estado. Departamento Santa María. Córdoba, en el primer semestre del año 2021 (Tesis de grado).
- Montes, A. (2013). Estudiantes universitarios frente a las infecciones de transmisión sexual. Un estudio de audiencia desde la comunicación para la salud. *Correspondencias y Análisis*, 3, 367–381.
- Morales Flores, M. L., López de Navia Tapia, S., Delgado Carrillo, M. A., Mendoza Alboreida, D., García Lirios, C. y Olvera López, A. A. (2018). Modelo de autocuidado y prevención de riesgos asociados al virus del papiloma humano en una universidad pública del centro de México [Self-care model and PreventionRisks Associated with Human Papilloma Virus in a Public University Located in Central Mexico]. *Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana*, 14, 17–26.
- Muñoz Salazar, J. N. (2017). *Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes jóvenes y adultos con VIH/sida del Programa de Control de ETS y sida-Hospital Nacional Hipólito Unanue-junio 2017*.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estadísticas sanitarias mundiales*. OMS
- Polanski, T. X. (2019). *El uso del autocuidado y el desgaste por empatía en Psicólogos Clínicos de Quito, Ecuador, mayo-noviembre 2018* (tesis de grado, Quito: UCE).
- Ríos, B., Lienis, M. y Guerrero, M. (2009). Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de barrio adentro. *Revista Archivo Médico de Camaguey*, 13(2), 1–11.
- Rodríguez, M., Cedeño, M., Peraza, D. y Peraza, R. (2009). Infecciones de transmisión sexual en adolescentes: municipio céspedes. *Archivo Médico de Camaguey*, 8(6), 1–8.
- Serrano Moreno, F. J. (2020). *Relación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual en jóvenes y adolescentes* (Tesis doctoral, Universidad Externado de Colombia).
- Toibaro, J., Ebensrtejing, J. R., Parlante, A., Burgoa, P., Freyre, A., Romero, M. y Losoo, M. (2009). Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. *Medicina*, 69, 327–330.

Apéndice. Escala de Autocuidado de la Sexualidad (Carreón et al., 2017)

A continuación, se presentan frases de aseveraciones que exponen diferentes dimensiones de riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Se adjunta un contrato de confidencialidad y anonimato de tus respuestas. Significa que no existen respuestas correctas e incorrectas. Asigna una X considerando: 0 = “Nada de acuerdo”, 1 = “Muy poco de acuerdo”, 2 = “Poco de acuerdo”, 3 = “Indeciso”, 4 = “Muy de acuerdo”, 5 = “Bastante de acuerdo”.

Código	Item	0	1	2	3	4
r1	En mi vida sexual el uso del condón es indiscutible					
r2	Una vida sexual puede ser compartida sin el uso del condón					
r3	El uso del condón es una cuestión de la pareja					
	Normas					
r4	Mi salud sexual está acompañada de un condón					
r5	Vivimos en una sociedad que previene ETS usando el condón					
r6	Mi familia aprecia a quienes son responsables de su sexualidad					
	Creencias					
r7	El uso de condón previene enfermedades de transmisión sexual					
r8	El uso de doble condón garantiza un coito pleno					
r9	El coito sin condón es más placentero					
	Percepciones					
r10	Usar doble condón es un riesgo a mi salud					
r11	Una vida sin sexualidad es como un coito sin condón					
r12	La sexualidad es más satisfactoria sin el uso del condón					
	Actitudes					
r13	El uso de condón es protección para mi vida sexual					
r14	El condón masculino es más útil que el condón femenino					
r15	El coito interrumpido es mejor que con un condón de por medio					
	Conocimientos					
r16	El condón previene algunas ETS					
r17	El uso del doble condón incrementa la prevención de ETS					
r18	El coito interrumpido previene las ETS					
	Intenciones					
r19	Usaría condón con una pareja sexual desconocida					
r20	Usaría condón si tuviera muchas parejas sexuales					
r21	Usaría condón si mi pareja tuviera más años que yo					
	Comportamientos					
r22	Uso el condón en cada coito					
r23	Antes del coito tengo a la mano un condón					
r24	Después del coito interrumpido uso el condón					

