

Comportamiento Sexual y Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en Personas Heterosexuales

David Pérez-Jiménez^{1,2}
Marimer Santiago-Rivas
Irma Serrano-García

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico

Compendio

La autoeficacia se le ha identificado como uno de los factores que puede facilitar o dificultar llevar a cabo sexo más seguro. Estudios revelan que las personas que están en relaciones estables usan métodos de protección menos frecuente que quienes tienen parejas casuales. Realizamos un estudio con 447 personas heterosexuales activas sexualmente. Les administramos un cuestionario dirigido a medir el comportamiento sexual, el uso del condón masculino y la práctica de la masturbación mutua, y la autoeficacia para llevar a cabo estas conductas. Los resultados reflejan que los hombres están más activos sexualmente y que el uso del condón y la práctica de la masturbación mutua como alternativa de sexo más seguro es muy baja. En los casos donde se usa el condón esta práctica es realizada en su mayoría por las personas que se encuentran en una relación de pareja casual. No obstante, los/las participantes tienen altos niveles de autoeficacia hacia ambas prácticas. Aunque la autoeficacia es uno de los factores que incide en decidir llevar a cabo sexo más seguro, ésta no es suficiente para que esta meta se logre.

Palabras claves: Autoeficacia; Condón; Masturbación mutua; Percepción de riesgo.

Sexual Behavior and Self-Efficacy for the Negotiation of Safer Sex in Heterosexual Persons

Abstract

Self-efficacy has been defined as one of the factors that may facilitate or impede safer sex. Studies reveal that people in steady relationships practice safer sex less often than those in casual relationships. We conducted a study with 447 sexually active heterosexual adults. A self-administered questionnaire was designed to study the sexual behavior, the male condom use and the practice of mutual masturbation, and the self-efficacy toward these practices. Results show that most men are sexually active and that there is a low frequency of male condom use and the practice of mutual masturbation as safer sex. The majority of those who use the male condom are engaged in casual relationships. However, participants have high levels of self-efficacy toward these practices. Although self-efficacy is one of the factors that influence in deciding to practice safer sex, it is not sufficient to reach this goal.

Keywords: Self-efficacy; Condom; Mutual masturbation; Risk perception.

Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en Personas Heterosexuales

Una de las formas más efectivas de prevenir el contagio con infecciones de transmisión sexual es mediante la práctica de sexo más seguro (Davis & Weller, 1999; O'Leary & Wingood, 2000; Seal & Ehrhardt, 2004). Estas prácticas incluyen el uso del condón y la práctica de la masturbación mutua. La masturbación mutua es

una práctica descrita en las investigaciones sobre sexo más seguro como complementaria, o alterna a otras prácticas sexuales, generalmente, a la penetración sin condón (Bocking, Rosser, & Scheltema, 1999). Ante esta dificultad se ha planteado la deseabilidad de fomentar la negociación de estas prácticas definiendo este proceso como una comunicación que ocurre entre los integrantes de una pareja durante el encuentro sexual para facilitar el uso de prácticas más seguras. Sin embargo, para negociar sexo más seguro es necesario creer que se tiene la capacidad o la eficacia para hacerlo. La autoeficacia ha sido definida precisamente como "la creencia que el ser humano tiene en la capacidad de desarrollar cursos de acción que se requieren para alcanzar logros" (Bandura, 1997). Esa creencia está influenciada por los éxitos o fracasos que uno/a haya tenido en la vida, el modelaje que haya recibido, la persuasión verbal, las influencias sociales, y los estados

¹ Dirección: Universidad de Puerto Rico, Instituto de Investigación Psicológica (IPsi), Recinto de Río Piedras, PO Box 23174 San Juan, Puerto Rico 00931-3174. E-mail: daperez@uprrp.edu

² Este estudio fue financiado mediante la propuesta del National Institute of Health 3 R24 MH49368-10S1 financiado por el National Institute of Mental Health y la Division of Mental Disorders, Behavioral Research & AIDS.

fisiológicos y afectivos (Noboa Ortega & Serrano-García, 2006).

La autoeficacia ha sido identificada como uno de los factores principales que influye en la capacidad que tienen las personas de protegerse ante el contagio con el VIH y para negociar sexo más seguro (Colón, Wiatrek, & Evans, 2000; Gabler, Kropp, Silvera, & Lavack, 2004; Kalichman et al., 2000; Kaneko, 2007; O'Leary, Jemmott, & Jemmott, 2008; Sayles et al., 2006; Taffa, Klepp, Sundby, & Bjune, 2002). Estudios revelan que las personas que se perciben eficaces son más persistentes al encarar dificultades que aquellas que no se perciben de esa manera (Maibach & Murphy, 1995). Se ha encontrado que una persona que muestra confianza en sus habilidades para controlar su entorno y negociar actividades sexuales de menor riesgo, tiene mayores posibilidades de que la conducta de menor riesgo se lleve a cabo (Sterk, Klein, & Elifson, 2003). Por otro lado, poseer destrezas de comunicación en la relación de pareja está positivamente relacionado con el uso del condón (Crosby et al., 2002; Monahan, Miller, & Rothspan, 1997). No tener, o percibir que no se tiene, la habilidad para usar el condón como algo divertido, erótico y placentero, tener una actitud negativa hacia su uso, y no mostrar las destrezas necesarias para convencer a la pareja sexual para utilizarlo, se ha asociado con una baja frecuencia de su uso (Bowen, Williams, McCoy, & McCoy, 2001; Semple, Patterson, & Grant, 2002).

En diversos estudios se ha demostrado que las personas que informan utilizar el condón en todo momento durante las relaciones sexuales reportan mayores niveles de autoeficacia para negociar su uso en comparación con quienes lo utilizan de manera esporádica o inconsistente (Kalichman et al., 2000; Sterk et al., 2003). Igualmente, se han identificado diversos factores que afectan la percepción de eficacia que la persona tiene para lograr convencer a la pareja para utilizar el condón (Murphy, Stein, Maibach, Schlenger, & National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group, 2001; Sterk et al., 2003). Algunos de estos factores son: (a) la capacidad para abandonar el escenario si la pareja no accede a la petición; (b) la capacidad de perseverar en la negociación; (c) el deseo real de negociar; (d) la posibilidad de establecer una conversación sobre las prácticas sexuales de menor riesgo; (e) las propias ideas, motivaciones y actitudes hacia esas prácticas; (f) las condiciones en que ambas personas se encuentren en la situación (ej. influencia del alcohol, influencia de drogas); (g) el tipo de pareja (ej. casual o estable), y (h) la percepción que tengamos de ésta (si se ve "saludable" o no). Estos elementos, además de influir en la habilidad de negociar sexualmente con la pareja, influyen sobre la percepción de la capacidad para desafiar las dificultades que pueden surgir antes, durante y después del proceso de negociación. El factor

"tipo de pareja" es al que más atención le dedicamos en este estudio.

El riesgo a la infección con VIH por contacto sexual depende de la interacción de ambos miembros de la pareja lo cual, en muchos casos, dificulta el proceso de negociación de conductas sexuales de menor riesgo (Taylor, 1995). Se ha encontrado una asociación entre el tipo de pareja y el uso del condón masculino (Maharaj & Cleland, 2005; Mckernon, 1996; Sherman & Latkin, 2001). Algunos/as mencionan que la presencia de la noción de compromiso y/o confianza que suele establecerse en una pareja estable se asocia con la dificultad para tomar decisiones sobre sexo más seguro (Cusick & Rhodes, 2000; Khan, Townsend, & D'Costa, 2002). También se ha reportado un mayor uso del condón en las relaciones extramaritales, casuales o de menor estabilidad (Dixon, Peters, & Saul, 2003). Si la pareja estable se caracteriza por ser económicamente dependiente, esto aumenta la probabilidad de que el uso del condón sea inconsistente (Sherman & Latkin, 2001). Del mismo modo, el tiempo que una pareja lleva junta se ha asociado, de manera inversa, con la frecuencia del uso del condón; es decir, a mayor tiempo de relación, menor es la frecuencia de su uso (Saul et al., 2000). En un estudio con mujeres puertorriqueñas en Nueva Jersey se encontró que la autoeficacia para negociar el uso del condón con sus parejas estables fue significativamente menor que su percepción de su capacidad para solicitarle que utilizaran el condón con sus parejas casuales (O'Leary, 2000).

Partiendo del supuesto de que el sentido de autoeficacia y la estabilidad de la pareja influyen directamente en la práctica de sexo más seguro, llevamos a cabo esta investigación para explorar en un grupo de personas heterosexuales los niveles de autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales de menor riesgo, y su relación con el uso del condón masculino y la práctica de la masturbación mutua en parejas estables y casuales.

Método

Participantes

En la Tabla 1 resumimos las características socio-demográficas de los/las participantes. Participaron en este estudio 447 personas auto identificadas como heterosexuales las cuales se desglosan en 156 hombres (34.9%) y 291 mujeres (65.1%). El promedio de edad para los hombres fue de 32.1 y para las mujeres de 33.1, mientras que para la muestra total fue de 32.7 (rango de 21-87). Para incluirse en el estudio tenían que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: (a) identificarse como heterosexual, (b) estar activo/a sexualmente, y (c) ser mayor de 21 años. Poco más de la mitad (56.7%) estaban casados legalmente o convivían sin casarse. La mayoría (59.5%) trabajaba a tiempo completo y el 26.3%

estaba desempleada. El 35.3% indicó haber completado un grado universitario de bachillerato, seguido por un 30.3% que reportó haber completado al menos la escuela superior. La mayoría (59.1%) recibía un ingreso mensual menor a los \$2,000. Igualmente, la mayoría profesaba la religión Católica (61.4%), seguido por protestantes (25.7%), aunque una tercera parte (31.2%) indicó no participar de actividades religiosas.

Tabla 1
Datos Socio-Demográficos

Variable	n (%)
Género (n=447)	
Hombre	156 (34.9)
Mujer	291 (65.1)
Estatus Civil (n=444)	
Casado/a	187 (42.1)
Conviviendo	65 (14.6)
Soltero/a	148 (33.3)
Divorciado/a	41 (9.2)
Viudo/a	3 (.7)
Estatus Laboral (n=437)	
Trabajo a tiempo completo	260 (59.5)
Trabajo a tiempo parcial	62 (14.2)
No tengo trabajo	115 (26.3)
Educación (n=423)	
Menos de escuela superior	10 (2.3)
Escuela superior o Diploma de equivalencia	134 (30.3)
Grado asociado	79 (17.9)
Bachillerato	156 (35.3)
Maestría/Doctorado	44 (9.9)
Ingreso Mensual (n=406)	
\$500-\$1000	108 (26.6)
\$1001-\$2000	132 (32.5)
\$2001-\$3000	70 (17.2)
\$3001-\$4000	34 (8.4)
\$4001-\$5000	14 (3.4)
\$5001 ó más	48 (11.8)
Grupo Religioso (n=417)	
Católico/a	267 (61.4)
Protestante/Evangélico/a	112 (25.7)
Ninguno	38 (8.7)

Instrumentos

Los/las participantes respondieron a un cuestionario auto-administrable que consistía de 11 secciones sobre diferentes temas sobre prevención de VIH/SIDA. Para este estudio utilizamos la sección de datos socio-demográficos (SDS), algunas preguntas de la sección de prácticas sexuales, y la Escala de Autoeficacia para la Negociación Sexual.

Sección de Datos Socio-Demográficos (SDS). Esta sección se compone de 30 preguntas de selección múltiple con las cuales recopilamos la información sociodemográfica. Esta sección contiene una pregunta sobre percepción de riesgo con una escala ordinal que va de 1=*Ninguno*, hasta 4=*Mucho*.

Sección de Prácticas Sexuales. Esta sección contiene 21 preguntas con opciones de respuesta mediante escalas de tipo ordinal, de las cuales 10 hacen referencia a las relaciones sexuales con la pareja principal y 11 a las sostenidas con otras parejas. Las prácticas sexuales contienen dos tipos de preguntas; las que tienen que ver con las relaciones sexuales, y las que tienen que ver con el uso del condón. Las preguntas sobre las relaciones sexuales se basan en una escala ordinal que va desde 1 = *Nunca*, hasta 5 = *Todos los días*. Las preguntas sobre el uso del condón contiene una escala ordinal que va desde 1 = *Nunca*, hasta 5 = *Siempre*.

Escala de Autoeficacia para la Negociación Sexual. En esta escala evaluamos la autoeficacia para negociar prácticas sexuales de menor riesgo tales como el uso del condón y la masturbación mutua. La escala es una tipo Likert de cinco alternativas que fluctúa desde 1 = *Definitivamente no puedo*, hasta 5 = *Definitivamente puedo*. La escala se compone de dos sub-escalas; una que mide la autoeficacia para negociar el uso del condón y se compone de cinco reactivos; y otra que mide la autoeficacia para negociar la práctica de la masturbación mutua y se compone de tres reactivos. La escala general tiene un índice de confiabilidad *Alpha de Cronbach* de .87 con un rango de puntaje total que va de 8-40, donde a mayor puntuación, mayor autoeficacia. Establecimos tres niveles tanto para la escala total como para las sub-escalas. Los valores por niveles de la escala total son: (a) alta (32-40), (b) moderada (17-31), y (c) baja (16 ó menos). En la sub-escala de uso del condón los niveles son: (a) alta (20-25), moderada (11-19), y baja (10 ó menos). En la sub-escala de masturbación mutua los niveles son: (a) alta (12-15), moderada (7-11), y baja (6 ó menos).

Procedimiento

Reclutamos a los/las participantes por disponibilidad a través del Programa de Educación Continuada de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras y de la Universidad del Sagrado Corazón. También participaron usuarios/as de los servicios de la Corporación de Servicios de Salud y Medicina Avanzada (COSSMA) en Cidra, Puerto Rico y estudiantes subgraduados de un curso de estadísticas ofrecido en la Universidad del Sagrado Corazón. Establecimos acuerdos colaborativos con cada entidad para llevar a cabo el reclutamiento. Personal del proyecto asistía a los salones y ofrecía información sobre el estudio, incluyendo toda la información que

aparecía en la hoja de consentimiento. Se les informaba sobre la confidencialidad de los datos y el anonimato en que se mantendría la información. Aquellas personas que expresaban estar interesadas en participar se les entregaban el cuestionario, junto a dos hojas de consentimiento las cuales estaban en un sobre aparte. Una de estas hojas la debía firmar y devolver en el sobre aparte cuando llenara el cuestionario. Luego de una semana el personal del estudio visitaba nuevamente los salones para recoger los cuestionarios cumplimentados y la hoja de consentimiento. Este estudio fue aprobado por el Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación de la Universidad de Puerto Rico el 16 de mayo de 2002.

Análisis

Realizamos análisis de *Chi-cuadrado* para comparar diferencias por género, edad, estado civil, ingreso económico, y educación, con respecto a la percepción de riesgo al VIH, a las prácticas sexuales (sexo vaginal, uso del condón masculino, y práctica de la masturbación mutua), y los niveles de autoeficacia para la práctica de sexo más seguro (uso del condón y práctica de la masturbación mutua). Para analizar las diferentes por género y por tipo de pareja en relación a la autoeficacia llevamos a cabo análisis de *prueba t*. Para determinar el tipo de relación entre las variables de edad, ingreso y educación con respecto a la autoeficacia hacia la práctica de sexo más seguro, llevamos a cabo correlaciones Pearson. Finalmente, también realizamos análisis de correlaciones Pearson entre los niveles de autoeficacia hacia el uso del condón y su uso, y entre la autoeficacia hacia la masturbación mutua y su práctica.

Con respecto al estado civil, los/las participantes que informaron estar casados o conviviendo los analizamos como el grupo con parejas estables (GPE), y quienes reportaron ser solteros, divorciados o viudos los analizamos como el grupo con parejas casuales (GPC). El ingreso lo dividimos en las siguientes cuatro categorías: (a) \$500-\$2,000; (b) \$2,001-\$3,000; (c) \$3,001-\$4,000; y (d) \$4,001 ó más. La educación la dividimos en las siguientes cinco categorías: (a) escuela superior o menos; (b) grado asociado (dos años de universidad o colegio); (c) bachillerato (licenciatura); (d) maestría; y (e) doctorado. Finalmente, para la edad utilizamos las categorías propuestas por el Sistema de Vigilancia del Departamento de Salud de Puerto Rico para reportar los casos de VIH. Las estadísticas reportadas de nuevos casos de VIH (no SIDA) reportados hasta el 31 de enero de 2008 reflejan que el 15% se encuentran entre las edades de 15-24 años. En nuestro caso esta categoría estará compuesta por personas entre 21-24 años. El 35% de los casos se encuentran entre los 25-34 años; el 29% entre los 35-44 años; y el restante 21% en personas de

45 en adelante. La percepción de riesgo la dividimos entre quienes indicaron tener ninguno, poco, regular o mucho riesgo.

Resultados

Percepción de Riesgo al VIH

En la Tabla 2 presentamos los resultados de *Chi-cuadrado* obtenidos al cruzar percepción de riesgo con género, edad, estado civil, nivel de ingresos, y nivel educativo. Los resultados reflejaron no haber relación entre la percepción de riesgo al VIH y el género [$\chi^2=.341$ ($df=3$) $p=.33$], la edad [$\chi^2=6.14$ ($df=9$) $p=.73$], el estado civil [$\chi^2=5.55$ ($df=3$) $p=.14$], el nivel de ingreso [$\chi^2=2.40$ ($df=9$) $p=.98$]. En nuestra muestra, una leve mayoría no se percibe a riesgo de infección con el VIH, independientemente de su género, edad, estado civil, e ingreso. Encontramos una relación entre el nivel educativo [$\chi^2=28.17$ ($df=12$) $p=.01$]. Cuando observamos los diversos renglones observamos que de las personas que no se perciben a riesgo el mayor porcentaje se encuentra entre quienes tienen escuela superior o menos y un grado asociado. La mayoría de quienes se perciben con un riesgo regular se encuentran entre quienes tienen poseen un bachillerato o maestría.

Sexo Vaginal y su Relación con el Género, la Edad, el Estado Civil, el Ingreso y la Educación

En la Tabla 3 presentamos los resultados de *Chi-cuadrado* obtenidos al cruzar la práctica de sexo vaginal con el género, la edad, el estado civil, el nivel de ingresos, y el nivel educativo. El análisis realizado para comparar diferencias por género con respecto a las relaciones sexuales vaginales reflejó que existen diferencias en las puntuaciones obtenidas en hombres y mujeres [$\chi^2=16.19$ ($df=4$) $p=.00$]. Cuando observamos la frecuencia de relaciones sexuales todos los días y varias veces a la semana son los hombres los que tienen la mayor frecuencia. Si miramos a quienes informaron nunca haber tenido sexo vaginal con su pareja principal en los últimos tres meses vemos que son las mujeres las que tienen una mayor frecuencia. Es decir, éstas estuvieron menos activas que los hombres en los pasados tres meses en que se llevó a cabo el estudio. Con respecto a la edad observamos que, tal y como era de esperar, las personas jóvenes tienen relaciones sexuales vaginales con más frecuencia que las de mayor edad [$\chi^2=21.73$ ($df=12$) $p=.04$]. En términos del estado civil encontramos que las personas que tienen una relación estable tienen sexo vaginal con mayor frecuencia que las que tienen una relación de pareja casual [$\chi^2=113.79$ ($df=4$) $p=.00$]. No encontramos relación entre sexo vaginal e ingreso [$\chi^2=19.08$ ($df=12$) $p=.09$], y la educación [$\chi^2=14.72$ ($df=16$) $p=.55$].

Tabla 2

Percepción de Riesgo y su Relación con el Género, la Edad, el Estado Civil, el Ingreso, y la Educación

Variable	Percepción de riesgo %				χ^2
	Ninguno	Poco	Regular	Mucho	
Género (n=429)					3.41*
Hombres (n=150)	52.7	32.0	8.0	7.3	
Mujeres (n=279)	53.4	32.6	10.4	3.6	
Edad (n=428)					6.14**
21-24 (n=83)	59.0	25.3	9.6	6.0	
25-34 (n=191)	50.3	34.6	11.0	4.2	
35-44 (n=101)	50.5	34.7	7.9	6.9	
45 ó más (n=53)	58.5	32.1	7.5	1.9	
Estado civil (n=427)					5.55***
Grupo con pareja estable (n=243)	54.7	34.2	6.6	4.5	
Grupo con pareja casual (n=184)	51.1	30.4	13.0	5.4	
Ingreso mensual familiar (n=393)					2.40****
\$500-\$2,000 (n=231)	51.9	32.0	10.8	5.2	
\$2,001-\$3,000 (n=69)	52.2	31.9	10.1	5.8	
\$3,001-\$4,000 (n=31)	58.1	25.8	12.9	3.2	
\$4,001 ó más (n=62)	48.4	38.7	8.1	4.8	
Educación (n=429)					28.17*****
Escuela superior o menos (n=163)	58.8	32.5	3.1	5.6	
Grado asociado (dos años de universidad o colegio) (n=79)	58.1	21.6	12.2	8.1	
Bachillerato (n=153)	49.0	33.8	13.9	3.3	
Maestría (n=31)	38.7	38.7	19.4	3.2	
Doctorado (n=13)	38.5	61.5	.0	.0	

Nota. * $p=.33$ ($df=3$); ** $p=.73$ ($df=9$); *** $p=.14$ ($df=3$); **** $p=.98$ ($df=9$); ***** $p=.01$ ($df=12$).

Uso del Condón y su Relación con el Género, la Edad, el Estado Civil, el Ingreso y la Educación

En la Tabla 4 presentamos los resultados de *Chi-cuadrado* obtenidos al cruzar el uso del condón con el género, la edad, el estado civil, el nivel de ingresos, y el nivel educativo. No encontramos relación entre género y uso del condón [$\chi^2=2.13$ ($df=4$) $p=.68$]. Tanto hombres como mujeres tienen una baja frecuencia del uso del condón. Si encontramos relación entre la edad y el uso del condón [$\chi^2=53.46$ ($df=12$) $p=.00$], reflejándose que las personas más jóvenes lo usan con mayor frecuencia. También encontramos relación entre el estado civil y el uso del condón [$\chi^2=27.61$ ($df=4$) $p=.00$]. Las personas que están en una relación de pareja casual usan el condón con mayor frecuencia que las que están en una relación de pareja estable. No encontramos relación entre uso del condón e ingreso [$\chi^2=11.41$ ($df=12$) $p=.49$], y la educación [$\chi^2=8.97$ ($df=16$) $p=.91$].

Práctica de la Masturbación Mutua y su Relación con el Género, la Edad, el Estado Civil, el Ingreso y la Educación

En la Tabla 5 presentamos los resultados de *Chi-cuadrado* obtenidos al cruzar la práctica de la masturbación mutua con el género, la edad, el estado civil, el nivel de ingresos, y el nivel educativo. No encontramos diferencias entre esta práctica y el género [$\chi^2=5.66$ ($df=4$) $p=.23$]. Tanto en hombres como mujeres la frecuencia de esta práctica es baja. Sin embargo, si encontramos diferencia al cruzar esta práctica con la edad [$\chi^2=31.60$ ($df=12$) $p=.00$]. Nuevamente las personas más jóvenes llevan a cabo esta práctica en comparación con las de mayor edad. También encontramos una relación entre esta práctica y el estado civil [$\chi^2=12.40$ ($df=4$) $p=.01$]. Esta práctica es más llevada a cabo por las personas que están en una relación de pareja estable. No encontramos relación entre esta práctica y el ingreso [$\chi^2=9.27$ ($df=12$) $p=.68$], y la educación [$\chi^2=22.01$ ($df=16$) $p=.14$].

Tabla 3
Sexo Vaginal y su Relación con el Género, la Edad, el Estado Civil, el Ingreso, y la Educación

Variable	Sex Vaginal %					χ^2
	Todos los días	Varias veces a la semana	Varias veces al mes	Varias veces últimos 3 meses	Nunca	
Género (<i>n</i> =422)						16.19*
Hombres (<i>n</i> =142)	7.7	47.9	21.8	10.6	12.0	
Mujeres (<i>n</i> =280)	3.2	34.3	27.1	11.8	23.6	
Edad (<i>n</i> =421)						21.73**
21-24 (<i>n</i> =84)	3.6	33.3	28.6	8.3	26.2	
25-34 (<i>n</i> =190)	6.8	43.7	20.0	13.2	16.3	
35-44 (<i>n</i> =98)	2.0	42.9	30.6	9.2	15.3	
45 ó más (<i>n</i> =49)	4.1	22.4	28.6	14.3	30.6	
Estado civil (<i>n</i> =420)						113.97***
Grupo con pareja estable (<i>n</i> =242)	5.8	52.5	27.7	11.6	2.5	
Grupo con pareja casual (<i>n</i> =178)	3.4	20.8	21.9	11.2	42.7	
Ingreso mensual familiar (<i>n</i> =386)						19.08****
\$500-\$2,000 (<i>n</i> =226)	4.9	39.4	22.1	10.6	23.0	
\$2,001-\$3,000 (<i>n</i> =68)	7.4	48.5	23.5	11.8	8.8	
\$3,001-\$4,000 (<i>n</i> =32)	6.3	40.6	31.3	9.4	12.5	
\$4,001 ó más (<i>n</i> =60)	1.7	31.7	40.0	5.0	21.7	
Educación (<i>n</i> =422)						14.72*****
Escuela superior o menos (<i>n</i> =157)	3.8	42.7	22.3	11.5	19.7	
Grado asociado (dos años de universidad o colegio) (<i>n</i> =76)	10.5	36.8	21.1	13.2	18.4	
Bachillerato (<i>n</i> =148)	2.0	36.5	29.1	11.5	20.9	
Maestría (<i>n</i> =30)	6.7	33.3	36.7	6.7	16.7	
Doctorado (<i>n</i> =11)	9.1	45.5	18.2	9.1	18.2	

Nota. **p*=.00 (*df*=4); ***p*=.04 (*df*=12); ****p*=.00 (*df*=4); *****p*=.09 (*df*=12); ***** *p*=.55 (*df*=16).

Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro

El análisis realizado para comparar diferencias por género en la escala total reflejó que no existen diferencias en las puntuaciones obtenidas en hombres (*M*=32.65, *SD*=7.96) y mujeres [*M*=33.93, *SD*=7.64; *t*(422)=-1.63, *p*=.10]. El tamaño de la diferencia en los promedios fue muy pequeño (*eta squared*=.01). Ambos géneros tienen niveles de autoeficacia alta para negociar sexo más seguro. Encontramos que la mayoría de los hombres (*n*=96, 61%) reportó un nivel de autoeficacia alto, seguido por quienes reportaron un nivel moderado (*n*=50, 32%). En las mujeres encontramos resultados similares reportando la mayoría un nivel alto (*n*=167, 68%), seguido por el nivel moderado (*n*=127, 26%). El análisis con respecto a la sub-escala de uso del condón

reflejó que existen diferencias en las puntuaciones obtenidas en hombres (*M*=20.29, *SD*=5.51) y mujeres [*M*=21.69, *SD*=4.75; *t*(420)=-2.62, *p*=.01]. Esto significa que las mujeres tienen un nivel de autoeficacia levemente más alto que los hombres. El tamaño de la diferencia en los promedios fue muy pequeño (*eta squared*=.01). En esta sub-escala también encontramos niveles de autoeficacia altos en ambos tanto para hombres como para mujeres. La mayoría de los hombres (*n*=101, 67%) reportó un nivel de autoeficacia alto al uso del condón, seguido por quienes reportaron un nivel moderado (*n*=36, 24%). La mayoría de las mujeres también reportó niveles altos (*n*=208, 76%), seguido por el nivel moderado (*n*=54, 20%). Finalmente, los resultados para la sub-escala de masturbación mutua reflejaron que no existen diferencias en las puntuaciones

Tabla 4
Uso del Condón y su Relación con el Género, la Edad, el Estado Civil, el Ingreso, y la Educación

Variable	Uso del Condón					χ^2
	%					
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
Género (n=345)						2.13*
Hombres (n=127)	8.7	7.9	10.2	11.0	62.2	
Mujeres (n=218)	9.6	4.6	8.3	13.3	64.2	
Edad (n=344)						53.46**
21-24 (n=61)	26.2	8.2	16.4	13.1	36.1	
25-34 (n=157)	4.5	7.6	10.2	15.9	61.8	
35-44 (n=91)	6.6	3.3	5.5	7.7	76.9	
45 ó más (n=35)	8.6	.0	.0	5.7	85.7	
Estado civil (n=344)						27.61***
Grupo con pareja estable (n=235)	6.4	3.0	8.5	10.2	71.9	
Grupo con pareja casual (n=109)	15.6	11.9	10.1	16.5	45.9	
Ingreso mensual familiar (n=318)						11.41****
\$500-\$2,000 (n=181)	8.8	5.5	8.3	14.4	63.0	
\$2,001-\$3,000 (n=60)	6.7	1.7	8.3	15.0	68.3	
\$3,001-\$4,000 (n=30)	3.3	6.7	13.3	3.3	73.3	
\$4,001 ó más (n=47)	17.0	6.4	8.5	8.5	59.6	
Educación (n=345)						8.97*****
Escuela superior o menos (n=127)	7.9	5.5	11.0	8.7	66.9	
Grado asociado (dos años de universidad o colegio) (n=63)	9.5	4.8	6.3	17.5	61.9	
Bachillerato (n=121)	10.7	6.6	9.1	14.9	58.7	
Maestría (n=24)	8.3	4.2	8.3	12.5	66.7	
Doctorado (n=10)	10.0	10.0	.0	.0	80.0	

Nota. * $p=.68$ ($df=4$); ** $p=.00$ ($df=12$); *** $p=.00$ ($df=4$); **** $p=.49$ ($df=12$); ***** $p=.91$ ($df=16$).

obtenidas en hombres ($M=12.53$, $SD=3.56$) y mujeres [$M=12.54$, $SD=3.45$; $t(417)=-.043$, $p=.97$]. El tamaño de la diferencia en los promedios fue casi ninguno (eta squared=.00). Al igual que en las escalas anteriores, tanto hombres como mujeres demostraron tener altos niveles de autoeficacia para negociar la práctica de la masturbación mutua. La mayoría de los hombres ($n=107$, 72%) reportó un nivel de autoeficacia alto a la práctica de la masturbación mutua, seguido por quienes reportaron un nivel moderado ($n=28$, 19%). La mayoría de las mujeres también reportó niveles altos ($n=197$, 73%), seguido por el nivel moderado ($n=47$, 17%).

El análisis realizado para comparar diferencias por tipo de pareja en la escala total reflejó que existen diferencias en las puntuaciones obtenidas en GPE ($M=33.12$, $SD=7.95$) y GPC [$M=34.57$, $SD=6.14$; $t(418)=-2.10$, $p=.03$]. Sin embargo, el tamaño de la diferencia en los promedios fue muy pequeño (eta squared=.009). Tanto

las personas con parejas estables, como las que tienen parejas casuales tienen niveles de autoeficacia alta para negociar sexo más seguro. Los análisis por sub-niveles reflejaron resultados similares donde la mayoría reportó niveles altos (GPE=165, 65%; GPC=126, 66%), seguido por el nivel moderado (GPE=64, 25%; GPC=63, 33%). El análisis con respecto a la sub-escala de uso del condón reflejó que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en GPE ($M=20.58$, $SD=5.65$) y GPC [$M=21.98$, $SD=4.05$; $t(418)=-2.95$, $p=.00$]. Las personas con parejas casuales tienen un nivel de autoeficacia hacia el uso del condón levemente superior que las personas con parejas estables. El tamaño de la diferencia en los promedios fue muy pequeño (eta squared=.014). En esta sub-escala también encontramos niveles de autoeficacia altos en ambos grupos (GPE=176, 72%; GPC=131, 74%), seguido por el nivel moderado (GPE=47, 19%; GPC=43, 24%). Fi-

Tabla 5
Práctica de la Masturbación Mutua y su Relación con el Género, la Edad, el Estado Civil, el Ingreso, y la Educación

Variable	Masturbación Mutua %					χ^2
	Todos los días	Varias veces a la semana	Varias veces al mes	Varias veces últimos 3 meses	Nunca	
Género (n=421)						5.66*
Hombres (n=147)	2.7	15.6	25.2	25.2	31.3	
Mujeres (n=274)	.7	13.5	20.8	25.2	39.8	
Edad (n=420)						31.60**
21-24 (n=83)	1.2	14.5	25.3	26.5	32.5	
25-34 (n=185)	2.7	21.6	21.6	22.2	31.9	
35-44 (n=103)	.0	6.8	26.2	26.2	40.8	
45 ó más (n=49)	.0	2.0	12.2	30.6	55.1	
Estado civil (n=419)						12.40***
Grupo con pareja estable (n=244)	1.6	14.8	25.0	28.7	29.9	
Grupo con pareja casual (n=175)	1.1	13.7	18.3	20.6	46.3	
Ingreso mensual familiar (n=386)						9.27****
\$500-\$2,000 (n=225)	.4	14.7	23.6	24.0	37.3	
\$2,001-\$3,000 (n=68)	4.4	16.2	19.1	23.5	36.8	
\$3,001-\$4,000 (n=34)	.0	11.8	29.4	23.5	35.3	
\$4,001 ó más (n=59)	1.7	16.9	23.7	27.1	30.5	
Educación (n=421)						22.01*****
Escuela superior o menos (n=157)	1.9	15.3	18.5	24.8	39.5	
Grado asociado (dos años de universidad o colegio) (n=73)	.0	12.3	16.4	24.7	46.6	
Bachillerato (n=149)	.7	14.8	26.8	26.8	30.9	
Maestría (n=30)	3.3	10.0	36.7	13.3	36.7	
Doctorado (n=12)	8.3	16.7	16.7	41.7	16.7	

Nota. * $p=.23$ ($df=4$); ** $p=.00$ ($df=12$); *** $p=.01$ ($df=4$); **** $p=.68$ ($df=12$); ***** $p=.14$ ($df=16$).

nalmente, los resultados para la sub-escala de masturbación mutua reflejaron que no existen diferencias en las puntuaciones obtenidas GPE ($M=12.49$, $SD=3.65$) y GPC [$M=12.59$, $SD=3.28$; $t(415)=-.293$, $p=.77$]. Las puntuaciones obtenidas para ambos grupos fue similar ($\eta^2=.001$). Al igual que en las escalas anteriores, ambos grupos demostraron tener niveles de autoeficacia altos para negociar la práctica de la masturbación mutua (GPE=174, 73%; GPC=129, 73%), seguido por quienes reportaron un nivel moderado (GPE=40, 17%; GPC=34, 19%).

Los análisis para determinar la relación entre edad y autoeficacia reflejó que no encontramos relación entre la edad y la autoeficacia total [$r=-.03$, $n=420$, $p=.49$], autoeficacia hacia el uso del condón [$r=-.03$, $n=422$, $p=.50$], y autoeficacia hacia la práctica de la masturbación mutua [$r=-.01$, $n=419$, $p=.84$]. Los análisis con

respecto al ingreso reflejaron que existe una significativa pequeña relación entre ingreso y la autoeficacia total [$r=.12$, $n=388$, $p=.02$], la autoeficacia hacia el uso del condón [$r=.10$, $n=390$, $p=.04$], y la autoeficacia hacia la práctica de la masturbación mutua [$r=.11$, $n=386$, $p=.03$]. Es decir, que a mayor ingreso, mayor eficacia. Igualmente, encontramos una relación significativa pequeña entre la educación y la autoeficacia total [$r=.21$, $n=420$, $p=.00$], la autoeficacia hacia el uso del condón [$r=.13$, $n=422$, $p=.01$], y la autoeficacia hacia la práctica de la masturbación mutua [$r=.21$, $n=419$, $p=.00$]. Mientras más educada esté la persona, más eficaz se siente de practicar sexo más seguro.

Finalmente, el análisis de correlación entre el nivel de autoeficacia hacia el condón y su uso reflejó una correlación positiva baja entre las dos variables [$r=.22$, $n=345$, $p=.00$]. Esto quiere decir que a mayor nivel de

autoeficacia, mayor probabilidad de usar el condón. Finalmente, el análisis con respecto a la autoeficacia para la negociación de la masturbación mutua y la práctica de esta actividad reflejó una correlación negativa baja entre estas dos variables [$r = -.243$, $n=421$, $p = .00$]. Esto quiere decir que tener una autoeficacia alta para llevar a cabo esta práctica, no necesariamente quiere decir que la realizarán.

Discusión

Los resultados previamente presentados nos arrojan hallazgos interesantes los cuales tienen serias implicaciones a la prevención de comportamientos sexuales de alto riesgo. Nos llamó la atención que en nuestra muestra hay una muy baja percepción de riesgo a la infección con el VIH, más aún si consideramos el hecho de que cerca de la mitad de los/las participantes se encontraban en una relación de pareja casual. Esto parece ser un indicativo de que a esta muestra los mensajes de prevención que han podido recibir en sus vidas no han tenido el efecto deseado de aumentarles su percepción de riesgo. Aumentar la percepción de riesgo al VIH debe ser una de las metas de toda intervención preventiva ya que estudios confirman la existencia de una estrecha relación entre estas dos variables (Prata, Morris, Mazive, Vahidnia, & Stehr, 2006).

El comportamiento sexual de los/las participantes de este estudio fue el esperado, reflejándose que los hombres jóvenes tienen relaciones sexuales con más frecuencia que las mujeres, y que el uso del condón es muy bajo. Esto confirma hallazgos de otras investigaciones (Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Mosher, Chandra, & Jones, 2005), y parece justificarse por la baja percepción de riesgo antes mencionada. Haber encontrado que las parejas casuales usan en condón con más frecuencia que las estables es indicativo de que los esfuerzos de prevención con esta población deben redoblar para que el condón sea una opción de sexo más seguro, no sólo con la pareja principal, sino con otras parejas. Por otro lado, es alentador encontrar que, aunque en baja frecuencia, son las personas más jóvenes quienes lo usan. Las estadísticas revelan que en Puerto Rico, así como en otras partes del mundo, son las personas jóvenes y en edad reproductiva quienes más se están infectando con el VIH (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Departamento de Salud de Puerto Rico, 2009). De este modo, esta población continúa siendo una prioritaria a atender en esfuerzos preventivos.

En términos de la práctica de la masturbación mutua, sabemos que históricamente la masturbación, como práctica individual, ha sido negada a las mujeres. Esta negación podría estar mediando el que ni siquiera se considere para practicarla junto a otra persona. El hecho

de que sea una práctica poco realizada por hombres y mujeres podría estar explicado ante el hecho de que la expresión de la sexualidad occidental es una donde se ha construido la penetración como el fin de toda relación sexual (Ramírez, 1993), por lo cual es lógico suponer que ésta es una práctica que no les llame tanto la atención como un fin en sí misma, sino como un preámbulo a la penetración. Tampoco es de sorprender que la mayoría de las pocas personas que la practican sean jóvenes. En materia de la sexualidad son las personas jóvenes quienes están más receptivas a llevar a cabo prácticas sexuales no convencionales. También nos llamó la atención el hecho de que quienes más la llevan a cabo, además de ser jóvenes, son personas en relaciones de parejas estables. En el caso de este estudio no nos queda claro hasta qué punto los/las participantes llevan a cabo esta práctica como fin en sí mismo y no sólo como un preámbulo a la penetración. Esta es una práctica que amerita mayores estudios.

La ausencia de diferencias en cuanto a la autoeficacia para la negociación de la masturbación mutua sugiere que la misma no se visualiza como una práctica para disminuir el riesgo de infección con VIH. Esta conducta se presenta con similar frecuencia en ambos grupos. Este dato es muy interesante cuando la incidencia de prácticas sexuales de menor riesgo se muestra mayormente en parejas casuales o de menor estabilidad. Los hallazgos sugieren que la masturbación mutua es una práctica común entre parejas estables. La misma tiende a verse como una práctica que complementa la penetración vaginal, con más frecuencia si la masturbación la realiza el hombre hacia la mujer.

Por otro lado, la alta percepción de autoeficacia para negociar prácticas de sexo más seguro y el bajo uso del condón refleja el dicho popular que dice “del dicho al hecho hay un gran trecho”. Aunque la correlación positiva entre autoeficacia y uso del condón es positiva, la misma es muy baja. Es decir, sentirse capaz de negociar sexo más seguro es importante, pero no suficiente para que, en efecto, se lleve a cabo la protección. Por lo tanto, percibirse capaz de negociar sexo más seguro no necesariamente implicará que la persona se protegerá.

El hecho de que también encontramos que esta población tiene una baja percepción de riesgo al contagio con el VIH, igualmente contribuye a que no sientan la necesidad de negociar protegerse sexualmente, aunque se crean capaces. Este hallazgo ha sido encontrado en otras investigaciones donde consistentemente reflejan que las personas heterosexuales, no usuarias de drogas, no se perciben a riesgo de infección (Anderson, Beutel, & Maughan-Brown, 2007; Holtzman, Bland, Lansky, & Mack, 2001). Aumentar esa percepción de riesgo debe ser uno de los objetivos de toda intervención preventiva con esta población.

Al explorar los factores que pueden influir en que se exprese una relación significativa entre la autoeficacia para negociar sexualmente y las prácticas sexuales de menor riesgo, creemos que el tipo de pareja afecta el que se incurra en prácticas sexuales de menor riesgo a la infección con VIH, específicamente, las prácticas relacionadas al uso del condón masculino. Identificar una mayor frecuencia de conductas de alto riesgo en parejas heterosexuales que puedan considerarse estables es una situación muy preocupante ya que sugiere que se antepone la confianza y la ilusión romántica a la preocupación por la salud. Eso abona a los sectores que continúan promoviendo e institucionalizando la monogamia como la única manera de protección ante un posible contagio de VIH, dirigiendo a las personas a pensar que la estabilidad de una pareja ofrece seguridad total (Hirsch, Higgins, Bentley, & Nathanson, 2002).

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este trabajo fue que el muestreo se realizó por disponibilidad, lo que impide generalizar a la población puertorriqueña. Sin embargo, a partir de nuestra experiencia creemos que estos hallazgos no deben variar mucho de la población. No fue posible hacer un análisis comparativo con la población de la Isla, debido a la falta de datos demográficos que pudieran ser comparables. Por ejemplo, nuestra muestra fue una auto-identificada como heterosexual. En los datos del censo no pudimos dividir la muestra de acuerdo a esta característica. Por otro lado, se requieren más reactivos y preguntas adicionales que nos faciliten identificar con mayor precisión la estabilidad de las parejas estudiadas.

Recomendaciones

Como futura dirección sería pertinente estudiar los niveles de comunicación y compromiso (por ejemplo, estudiando la cantidad de años que llevan juntos) dentro de los distintos tipos de parejas, y ver si existe una relación entre estos factores y la incidencia de prácticas sexuales de menor riesgo. La importancia de estudiar prácticas sexuales de alto riesgo en la comunidad heterosexual puertorriqueña radica en que se ha ido reportando un incremento en la cantidad de personas heterosexuales que se han infectado con el VIH en comparación con homosexuales o con usuarios de drogas inyectables, que componen la comunidad que tradicionalmente se había asociado con la enfermedad. También creemos que la práctica de masturbación mutua como alternativa de sexo más seguro amerita mayor estudio, sobre todo para definir con exactitud si quienes llevan a cabo esta práctica lo hacen como preámbulo a la penetración o como fin en sí mismo.

Además, este estudio puntualiza la importancia de romper con una cadena de ideas tradicionales e incluso

irracionales que están influenciando la propagación de esta enfermedad en nuestra sociedad. También refuerza la importancia de implantar intervenciones que ayuden a las parejas a desarrollar destrezas y estrategias que faciliten la negociación de prácticas sexuales de menor riesgo (Schiff, Witte, & El-Bassel, 2003). Estas intervenciones deben implementarse para ayudar tanto a parejas que están comenzando a formarse y a formar lazos de confianza e intimidad, como a aquellas parejas estables. No sin olvidar que es importante estudiar cuáles destrezas deben desarrollarse, particulares al tipo de parejas con el que se interviene. Este estudio refleja que cada pareja tiene unas necesidades y situaciones distintas que considerar. También es importante dirigir esfuerzos tanto a nivel de pareja como a nivel de individuo (Sherman & Latkin, 2001). Intervenir a nivel individual sugiere que en caso de que la pareja termine su relación, los individuos que la formaron podrán continuar practicando las estrategias aprendidas con sus nuevas parejas (Sherman & Latkin, 2001). En conclusión, la promoción de sexo más seguro continúa siendo uno de los principales retos que aún confrontamos en nuestro afán por construir sociedades y comunidades más saludables. Sólo prestándole atención a la complejidad del comportamiento sexual estaremos en mejor posición de diseñar intervenciones preventivas que nos encaminen en la dirección correcta para alcanzar esa meta.

Referencias

- Anderson, K. G., Beutel, A. M., & Maughan-Brown, B. (2007). HIV risk perceptions and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 33(3), 98-105.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: WH Freeman.
- Bockting, W. D., Rosser, B. R., & Scheltema, K. (1999). Transgender HIV prevention: Implementation and evaluation of a workshop. *Health Education Research*, 14(2), 177-183.
- Bowen, A. M., Williams, M., McCoy, H. V., & McCoy, C. B. (2001). Crack smokers' intention to use condoms with loved partners: Intervention development using the theory of reasoned action, condoms beliefs and processes of change. *AIDS Care*, 13(5), 579-595.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). Youth risk behavior surveillance - United States, 2005. *MMWR*, 55(SS-5), 1-109.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *HIV/AIDS surveillance report, 2006*. Atlanta, GA: Author.
- Colón, R. M., Wiatrek, D. E., & Evans, R. I. (2000). The relationship between psychosocial factors and condom use among African-American adolescents. *Adolescente*, 35, 559-569.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S. L., et al. (2002). Condom use and correlates of African American adolescent females' infrequent communication with sex partners about preventing sexually transmitted diseases and pregnancy. *Health Education & Behavior*, 29(2), 219-231.
- Cusick, L., & Rhodes, T. (2000). Sustaining sexual safety in relationships: HIV positive people and their sexual partners. *Culture, Health & Sexuality*, 2(4), 473-487.

- Davis, K. R., & Weller, S. C. (1999). The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Fam Plann Perspect*, 31(6), 272-279.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2009). *Puerto Rico HIV surveillance summary: Cumulative diagnostic cases until December 31, 2008*. San Juan, Puerto Rico: Author.
- Dixon, D., Peters, M., & Saul, J. (2003). HIV sexual risk behavior among Puerto Rican women. *Health Care for Women International*, 24(6), 529-543.
- Gabler, J., Kropp, F., Silvera, D. H., & Lavack, A. M. (2004). The role of attitudes and self-efficacy in predicting condom use and purchase intentions. *Health Marketing Quarterly*, 21(3), 63-78.
- Hirsch, J. S., Higgins, J., Bentley, M. E., & Nathanson, C. A. (2002). The social constructions of sexuality: Marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1227-1237.
- Holtzman, D., Bland, S. D., Lansky, A., & Mack, K. A. (2001). HIV-related behaviors and perceptions among adults in 25 states: 1997 behavioral risk factor surveillance system. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1882-1888.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., Difonzo, K., Simpson, D., Kyomughisha, F., Austin, J. et al. (2000). Initial development of scales to assess self-efficacy for disclosing HIV status and negotiating safer sex in HIV-positive persons. *AIDS and Behavior*, 5(3), 291-296.
- Kaneko, N. (2007). Association between condom use and perceived barriers to and self-efficacy of safe sex among young women in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 9(4), 284-289.
- Khan, M. E., Townsend, J. W., & D'Costa, S. (2002). Behind closed doors: A qualitative study of sexual behaviour of married women in Bangladesh. *Culture, Health & Sexuality*, 4(2), 237-256.
- Maharaj, P., & Cleland, J. (2005). Women on top: The relative influence of wives and husbands on contraceptive use in KwaZulu-Natal. *Women & Health*, 41(2), 31-41.
- Maibach, E., & Murphy, D. A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: Conceptualization and measurement. *Health Education Research*, 10(1), 37-50.
- Mckernon, S. (1996). Managing condom use and non-use: A study of condom uses among clients of a sexual health clinic. *Venereology: Official Publication of the Nacional Venereology Council of Australia*, 9(4), 233-241.
- Monahan, J. L., Miller, L. C., & Rothspan, S. (1997). Power and intimacy: On the dynamics of risky sex. *Health Communication*, 9(4), 303-321.
- Mosher, W. D., Chandra, A., & Jones, J. (2005, September 15). Sexual behavior and selected health measures: Men and women 15-44 years of age, United States, 2002. *Advance Data from Viral and Health Statistics*, 362.
- Murphy, D. A., Stein, J. A., Maibach, E., Schlenger, W., & National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group. (2001). Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: Assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health Psychology*, 20, 281-290.
- Noboa Ortega, P., & Serrano-García, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: Retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 21-43.
- O'Leary, A. (2000). Women at risk for HIV from a primary partner: Balancing risk and intimacy. *Annual Review of Sex Research*, 11, 191-234.
- O'Leary, A., Jemmott, L. S., & Jemmott, J. B., III. (2008). Mediation analysis of an effective sexual risk-reduction intervention for women: The importance of self-efficacy. *Health Psychology*, 27(2, Suppl), S180-S184.
- O'Leary, A., & Wingood, G. M. (2000). Interventions for sexually active heterosexual women. In J. L. Peterson & R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of HIV prevention* (pp. 179-200). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic.
- Prata, N., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F., & Stehr, M. (2006). Relationship between HIV risk perception and condom use: Evidence from a population-based survey in Mozambique. *International Family Planning Perspectives*, 32(4), 192-200.
- Ramírez, R. L. (1993). *Dime capitán: reflexiones sobre la masculinidad*. Río Piedras, Puerto Rico: Ediciones Huracán.
- Saul, J., Norris, F. H., Bartholow, K. K., Dixon, D., Peters, M., & Moore, J. (2000). Heterosexual risk for HIV among Puerto Rican women: Does power influence self-protective behavior? *AIDS and Behavior*, 4(4), 361-371.
- Sayles, J. N., Pettifor, A., Wong, M. D., MacPhail, C., Lee, S.-J., Hendriksen, E., et al. (2006). Factors associated with self-efficacy for condom use and sexual negotiation among South African Youth. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(2), 226-233.
- Schiff, M., Witte, S. S., & El-Bassel, N. (2003). Client satisfaction and perceived helping components of an HIV/AIDS preventive intervention for urban couples. *Research on Social Work Practice*, 13(4), 468-492.
- Seal, D. W., & Ehrhardt, A. A. (2004). HIV-prevention-related sexual health promotion for heterosexual men in the United States: Pitfalls and recommendations. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 211-222.
- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2002). Gender differences in the sexual risk practices of HIV+ heterosexual men and women. *AIDS and Behavior*, 6(1), 45-54.
- Sherman, S. G., & Latkin, C. A. (2001). Intimate relationship characteristics associated with condom use among drug users and their sex partners: A multilevel analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(1), 97-104.
- Sterk, C. E., Klein, H., & Elifson, K. W. (2003). Perceived condom use self-efficacy among at-risk women. *AIDS and Behavior*, 7(2), 175-182.
- Taffa, N., Klepp, K. I., Sundby, J., & Bjune, G. (2002). Psychosocial determinants of sexual activity and condom use intention among youth in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of STD & AIDS*, 13(10), 714-719.
- Taylor, B. M. (1995). Gender-power relations and safer sex negotiation. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 687-693.

Received 01/09/2008

Accepted 02/04/2009

David Pérez-Jiménez. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.
Marimer Santiago-Rivas. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.
Irma Serrano-García. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.