



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

ESTEREOTIPOS Y ESTILOS DE NEGOCIACION DEL USO DEL
CONDÓN EN HOMBRES Y MUJERES PRIVADOS DE LA
LIBERTAD

T E S I S ◊
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA ◊
P R E S E N T A (N)
IRAM ALEXIS ARREGUIN DIAZ

Director: ◊ Dr. ◊ Ricardo Sánchez Medina

Dictaminadores: Dra. ◊ Anabel de la Rosa Gómez

Dr. ◊ David Javier Enriquez Negrete



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IA304317 Programa de intervención para promover la salud sexual en hombres privados de la libertad.

Agradezco a mi Universidad UNAM y a la FES Iztacala, por haberme brindado toda la inspiración desde que ingresé al bachillerato hasta que egresé de la carrera, por brindarme esa calidez y sobre todo el orgullo de pertenecer a la máxima casa de estudios.

A mi madre, porque por ella es que estoy escribiendo estas líneas, ya que sin todo su apoyo incondicional nada de esto hubiera sido posible, a mis hermanas por estar siempre allí. Y también a mis abuelos, por haber sentado las bases de mi camino, y por haber sido parte de mis estudios.

A Majo, por ser la parte afectiva más importante de mí, por su apoyo y su calidez para conmigo. Siempre me ha acompañado a ser mejor persona.

Al Dr. Ricardo Sánchez Medina por ser un excelente asesor, por brindarme la atención oportuna y estar siempre al pendiente del desarrollo de este proyecto, y por ser una valiosa persona.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
INTRODUCCIÓN	4
RESUMEN	8
ABSTRACT	8
CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	10
1.1 Antecedentes históricos.....	10
1.2 Concepto de psicología de la salud.....	13
1.2.1 Objetivos de la psicología de la salud	14
1.2.2 El modelo biomédico de la salud.....	16
1.2.3 El modelo biopsicosocial de la salud.....	17
1.3 El papel del psicólogo en la salud	19
1.3.1 El papel del psicólogo en la salud sexual.....	21
1.4. Modelos en psicología de la salud.....	23
1.4.1 Modelo de creencias de la salud	23
1.4.2 <i>Modelo basado en la teoría de la conducta planeada</i>	26
1.4.3 Modelo basado en la teoría de acción razonada	28
1.4.4 <i>Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales</i>	31
CAPÍTULO 2: SALUD SEXUAL EN AMBIENTES CARCELARIOS.....	34
2.1 Problemática de salud sexual en la población privada de la libertad	34
2.1.1 Infecciones de transmisión sexual.....	36
2.1.2 VIH/SIDA	38
2.2 Factores de riesgo y prevención de la salud sexual	39
2.2.1 <i>Importancia de promover el uso del condón</i>	43
2.2.2 Negociación del uso del condón.....	45
CAPÍTULO 3: ESTEREOTIPOS DE GÉNERO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SEXUAL	49
3.1. Estereotipos de género en hombres y mujeres.....	49
3.2 Creencias estereotipadas vinculadas al uso del condón en hombres.....	52
3.3. Creencias estereotipadas vinculadas al uso del condón en mujeres	54
3.4. Estereotipos de género en población privada de la libertad	57

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	60
MÉTODO	65
Escenario.....	67
Tipo de Investigación	67
Diseño de investigación	67
Variables.....	67
Instrumentos.....	69
Procedimiento	71
RESULTADOS.....	72
DISCUSIÓN	84
REFERENCIAS	95
APÉNDICE	110

INTRODUCCIÓN

La Psicología de la salud es definida como “el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (Buela-Casal, 1996 p.8).

Así, la psicología de la salud se centra en la modificación de cualquier tipo de conducta que pueda impedir el mejoramiento de los procesos de salud, pues es sabido que en la mayoría de los casos, cuando las personas se refieren a la salud, generalmente piensan sólo en los aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma. Hoy también se deben considerar sus aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales, Oblitas (2007). En la actualidad, existen multitud de evidencia de que la salud está profundamente influenciada por la conducta, pensamientos y relaciones sociales. La conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etcétera) tiene un efecto inmenso en la salud de un individuo (Amigo, 1998), existe una gran evidencia empírica al respecto que ha abordado múltiples enfermedades, una de ellas asociadas a problemas relacionados con la salud sexual.

Múltiples estudios han abordado este tema, en relación con las consecuencias negativas para la salud de las personas (Ochoa-Marin & Vásquez-Salazar, 2012; Rivas & Ortiz, 2013); entre estas consecuencias se destacan las infecciones de transmisión sexual (ITS) y en especial la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); según estadísticas recientes, existen 36.7 millones de personas en el mundo registradas con este virus, lo cual representa un importante problema de salud pública, pues

actualmente los medicamentos únicamente controlan el virus (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2016). Particularmente en México, según CENSIDA, (2017), existen 194,407 personas con VIH, donde la mayor parte de esta población son hombres, representando un 80% del total.

De entre los factores de riesgo más alarmantes que aumentan la probabilidad de infección se encuentran el inicio de la vida sexual a edades tempranas, tener múltiples parejas sexuales y mantener relaciones sexuales con alta frecuencia, normalmente dichos comportamientos están asociados con no utilizar preservativo (Mendoza et al., 2012).

Es sabido que toda la población está en situación de riesgo, sin embargo, existen contextos específicos que propician el aumento de probabilidad de infección, es decir, comportamientos de riesgo, (ONUSIDA, 2010), un ejemplo de estos ambientes es el carcelario.

En los contextos carcelarios, donde el 90% de los presos son hombres, se estima que la prevalencia del VIH se encuentra entre el 3% y el 8%, aunque los preservativos y los servicios para la reducción de daños rara vez se encuentran disponibles para la población carcelaria ONUSIDA (2017), que por su situación de encierro, son más propensos para adquirir alguna infección de transmisión sexual y en especial el VIH/SIDA. La complejidad e incremento de la vulnerabilidad ante la discriminación de la que son objeto se debe a que, en el interior, entre otros factores, existen hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) así como personas usuarios de drogas inyectables (UDIS), y al no existir las condiciones necesarias para dichas prácticas (HSH), o en su defecto para impedir que sucedan (UDIS), se crea un panorama de mayor riesgo de infección de VIH/SIDA (Galindo, et al., 2013).

Dadas las condiciones de los servicios médicos y la atención en materia de salud en la población privada de la libertad, cobra importancia actuar en materia de prevención para poder disminuir las situaciones de riesgo que pueda enfrentar esta población.

Es por lo anterior que se deben de implementar programas de educación sexual centrados en los recursos de más alcance hacia esta población. El condón es un método de protección que por su facilidad y disponibilidad se encuentra más accesible en estos ambientes, por lo tanto resulta ser un factor clave dentro de los centros penitenciarios para la prevención de ITS, sin embargo cabe resaltar todo lo subsecuente en relación a este método, como los conocimientos en cuanto a saber usarlo en una relación sexual, es decir, proponerlo con la pareja.

Pérez y Pick (2006) afirman que para poder reducir las conductas sexuales de riesgo es necesario proporcionar información clara y objetiva sobre la sexualidad y contar con las habilidades para poder solicitar su uso a la pareja, o bien de negociarlo en caso de conflicto.

Roth (1986) ha reportado que la negociación es un factor importante en las relaciones sociales y de pareja, y más aún en el terreno sexual, específicamente en el uso del condón. Tal negociación se entiende como la capacidad para identificar un conflicto, proponer de manera asertiva una solución y llegar a un acuerdo entre ambas partes.

La negociación del uso del condón como forma de protección es una herramienta importante si se toma en cuenta como parte del repertorio de habilidades para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. En la población privada de la libertad, resulta un factor clave, pues como se mencionaba anteriormente, gran parte de la población está en riesgo, principalmente en la población masculina, por las causas antes descritas como las relaciones sexuales de tipo bisexual, en las que los hombres, dentro de las cárceles tienen pareja sexual masculina y reciben también la visita conyugal, resulta entonces importante impactar en esta población brindando información efectiva acerca de las habilidades necesarias para el uso del preservativo.

Sin embargo, en las relaciones de pareja la negociación se enfrenta en ocasiones a las diferencias culturales y al rol de pareja. La sociedad es la que determina las pautas

de comportamiento para cada género, y es por ello que hay diferentes vulnerabilidades para hombres y mujeres (Tulloch et al., 2004).

Expuesto lo anterior, cobra importancia conocer el papel que juegan las creencias estereotipadas y las habilidades para el uso del condón, pues conociendo qué tipos de creencias mantiene la población, se pueden diseñar programas de intervención enfocados a modificar dichos comportamientos en el terreno sexual, relacionado con la negociación el uso del condón.

El presente trabajo consta de 3 capítulos que abordan los conceptos de psicología de la salud, historia y modelos principales que se toman como referencia en distintos estudios, así como la importancia de la salud sexual en los ambientes carcelarios, en donde cobra importancia la promoción del uso del condón y subsecuente la negociación del su uso, posteriormente se toma e en cuenta la asociación con los estereotipos de género y cómo estos influyen en dicha negociación.

Por último se reportarán los resultados del cuestionario aplicado a hombres y mujeres privados de la libertad de presente estudio, en donde se harán los análisis correspondientes al objetivo general y específicos, y se contrastarán los resultados con la literatura.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación que existe entre los estereotipos de género y las habilidades de negociación del uso del condón en las relaciones sexuales, a través de la aplicación de la encuesta para población privada de la libertad donde para fines de la investigación se tomaron en cuenta la Escala de estereotipos de género (Rocha y Díaz-Loving, 2005); Inventario de estilos de negociación sobre el uso del condón (Robles & Díaz-Loving, 2011) y Patrón de comportamiento sexual (Robles y Díaz-Loving, 2011). Se utilizó un estudio cuantitativo de tipo correlacional con un diseño transversal. Participaron 100 hombres y 94 mujeres pertenecientes a centros de reinserción social de la Ciudad de México., elegidos mediante muestreo intencional. Los resultados muestran una asociación entre las creencias estereotipadas de tipo social e interpersonal con el estilo de negociación de contender ($r = .21, p < .01$). Así mismo, existe una relación entre la consistencia del uso del condón y el estilo de negociación de colaboración equidad ($r = .25, p < .01$). Tales resultados sugieren la pertinencia de desarrollar intervenciones en la práctica sobre las creencias estereotipadas de género en el terreno sexual, así como intervenciones para desarrollar habilidades de negociación del uso del condón en población privada de la libertad.

Palabras clave: uso del condón, población privada de la libertad, salud sexual, VIH/SIDA, estilos de negociación, estereotipos de género.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the relationship between gender stereotypes and the negotiation skills of condom use in sexual relationships, through the application of the survey for the deprived population of freedom where for research purposes the Scale of gender stereotypes was taken into account (Rocha and Díaz-Loving, 2005); Inventory of negotiation styles on the use of condoms (Robles & Díaz-Loving, 2011) and Pattern of sexual behavior (Robles and Díaz-Loving, 2011). A quantitative study of correlational type with a transversal design was used. 100 men and 94 women belonging to social reintegration centers of Mexico City participated, chosen

by intentional sampling. The results show an association between stereotyped beliefs of social and interpersonal type with the contender negotiation style ($r = .21, p < .01$). Likewise, there is a relationship between the consistency of condom use and the collaborative equity negotiation style ($r = .25, p < .01$). These results suggest the relevance of developing practical interventions on gender stereotyped beliefs in the sexual domain, as well as interventions to develop negotiating skills in condom use in a population deprived of freedom.

Keywords: condom use, population deprived of liberty, sexual health, HIV / AIDS, negotiation styles, gender stereotypes.

CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Antecedentes históricos

La conceptualización de la salud-enfermedad se adecua al espíritu de la época y se relaciona estrechamente con el desarrollo de disciplinas tales como la medicina y salud pública. La visión de dicho concepto se ha fundamentado principalmente en el conocimiento de la causa de la enfermedad, derivándose teorías como: las personales, las naturalistas y las emocionales. Las teorías personales atribuyen las causas de la enfermedad a agentes sobrenaturales como por ejemplo, brujerías y espíritus. Es una visión propia del hombre prehistórico, de los babilonios y asirios, así como de los antiguos hebreos. Por su parte, las teorías naturalistas, afirman la existencia de un desequilibrio de los fluidos corporales. Entre sus representantes se encuentran Hipócrates y Descartes. Las teorías emocionales establecen que la enfermedad se deriva de las emociones negativas. Su máximo representante es Sigmund Freud (Brannon & Feist, 2001 y Perea, 2004).

En las eras primitivas, caracterizadas por su pensamiento mágico-religioso, centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, la salud era considerada un don o una gracia, mientras que la enfermedad era vista como una deuda o pecado (Perea, 2004). Con el avance de la civilización y el surgimiento de las nuevas culturas este concepto fue evolucionando.

En la época de la Grecia clásica, se identificó la salud con el orden natural o fisiológico, y la enfermedad con el desorden contranatural o patológico (tan contranatural que causa la muerte, es decir, la destrucción del orden entero de la naturaleza que la sufre) (Arias, Aller, Fernández-Miranda, Arias & Lorente, 2004).

Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que desarrollaron la visión de salud como higiene personal y pública. En la civilización romana, el saneamiento del medio ambiente y el cuidado del cuerpo eran las principales preocupaciones sanitarias,

reflejando dicha visión en la construcción de grandes acueductos para la dotación de agua, así como para el alejamiento de los desechos (Arias et al., 2004). Sin embargo con el aumento de la población y de los avances en las distintas áreas de los países estos métodos sufrieron transformaciones.

El Renacimiento, con el nuevo modo de producción capitalista y con su gran avance cultural y científico, revalorizó las enseñanzas de la escuela hipocrática y de la medicina árabe e incentivó la investigación médica ante la necesidad de respuestas prácticas a los problemas de salud que afectaban a la población. Como explica Díaz, (2010), el nacimiento de la microbiología, de la mano del invento del microscopio, confirmó la interpretación materialista de la enfermedad pero produjo un esquema biologista unicausal para explicarla.

El vínculo entre la biología y la medicina se hizo más fuerte en el siglo XX, lo que permitió que se ampliaran y profundizaran los conocimientos acerca del sustrato material de las enfermedades, en las que se propone que ya no tienen efectos sólo los microorganismos sino una serie de procesos que ocurren en los órganos, tejidos y células, y en los cuales influyen de forma importante los procesos bioquímicos del organismo. Por su parte, el siglo XXI se define por el paradigma genético bajo el cual se han producido múltiples explicaciones y aplicaciones de esta área a la interpretación y tratamiento de las enfermedades, pero se ha consolidado con más fuerza el esquema unicausal con respecto a que las causas biológicas son las únicas y las últimas para explicar los procesos de salud y de enfermedad (Díaz, 2010).

Según Perea (2004) el periodo científico que abarca desde el último tercio del siglo XVIII hasta comienzo del siglo XX tuvo como acontecimiento emblemático la Revolución Industrial que coincide con la aparición de la primera escuela de Higiene Ambiental y Experimental (Petternköfer, Alemania).

En el siglo XIX, el dato esencial fue la lesión anatomopatológica. Enfermedad era igual a lesión. En consecuencia la “salud” se definió como ausencia de lesión. Luego los

fisiopatólogos identificaron enfermedad con disfunción, y los microbiólogos hicieron lo mismo a partir del concepto de infección (Arias et al., 2004).

En el siglo XIX, con los avances en bacteriología y en la primera mitad del siglo XX, con el descubrimiento de la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de la seguridad social y las campañas de vacunación, se abrieron visiones optimistas en cuanto al riesgo de enfermedades transmisibles. Se pudo comprobar el carácter multifactorial en el origen de la enfermedad como por ejemplo la importancia de variables psicosociales en el origen y mantenimiento de la misma. Estos hechos motivaron a tener una noción de “salud” en términos positivos, llegando a la definición que hace del concepto la Organización Mundial de la Salud, en 1946, donde la entiende como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Perea, 2004). Aunque esta definición ha sido compartida por los diferentes profesionales de la salud, se le ha criticado notablemente su utopía o falta de criterio de realidad.

Definir la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, da cuenta que la salud es multidimensional, donde los aspectos subjetivos son tan importantes como los objetivos para su entendimiento, sin embargo, concebir la salud de esta manera, no proporciona una delimitación adecuada de ella como objeto de estudio, sino que más bien constituye un objetivo, lograr ese bienestar físico, mental y social (Cardozo & Rondón, 2014).

Derivado de la evolución del concepto de salud donde se enfatiza la importancia de los factores psicológicos implicados en el proceso salud-enfermedad, cobra importancia el estudio de las contribuciones tanto básicas como aplicadas de la psicología en el abordaje de la salud.

Existen varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el tradicional modelo médico de enfermedad, en concreto, entre ellos: 1) el cambio en la prevalencia de

enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el costo elevado de los cuidados de salud; y, 3) un mayor énfasis en la calidad de vida. Así, se planteó un modelo alternativo al biomédico: el modelo biopsicosocial, que apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Se hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento (Oblitas, 2007). Por tales razones, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la psicología de la salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud.

1.2 Concepto de psicología de la salud

La Psicología de la salud es definida como “el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (Buela-Casal, 1996 p.8).

De acuerdo con Oblitas (2017) las principales aportaciones de la Psicología de la salud:

(a) Promoción de estilos de vida saludables, (b) prevención de enfermedades: modificando hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco), (c) tratamiento de enfermedades específicas como pueden ser la diabetes, el intestino irritable, el cáncer, el SIDA, etc., y (d) evaluación y mejora del sistema sanitario.

Por otra parte, Amigo (1998) manifiesta que la psicología de la salud busca mejorar el sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

Es así, que la psicología de la salud puede considerarse como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. Los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la medicina conductual, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación, es necesaria la prevención, y la promoción de la salud. Por otra parte, aunque siguen el modelo conductual en cuanto a contenidos y posición teórica, los psicólogos de la salud también utilizan el modelo psicométrico puesto que ya no se trabaja solamente a nivel individual, sino de una comunidad.

Así, la psicología de la salud se centra en la modificación de cualquier tipo de conducta que pueda impedir el mejoramiento de los procesos de salud, pues es sabido que en la mayoría de los casos, cuando las personas se refieren a la salud, generalmente piensan sólo en los aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma. Hoy también se deben considerar sus aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales, Oblitas (2007). En la actualidad, existen multitud de evidencia de que la salud está profundamente influenciada por la conducta, pensamientos y relaciones sociales. La conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etcétera) tiene un efecto inmenso en la salud de un individuo (Amigo, 1998).

1.2.1 Objetivos de la psicología de la salud

En este contexto, la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud (Buela-Casal, 1996 p. 7):

1. Entender y analizar la interacción que hay entre el estado de bienestar físico y los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Comprender de qué forma las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para mejorar las perspectivas biomédicas en la promoción de salud y el tratamiento de las enfermedades.

3. Interpretar el origen de la respuesta del estrés y papel que juega en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Comprender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden favorecer a la población a la afrontación y el control del estrés.
5. Potenciar las habilidades requeridas para desarrollar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear hábitos y estilos de vida saludables.
6. Entender las dificultades por las que pasan los pacientes al tomar la decisión de buscar un tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Reflexionar acerca del estado y de las condiciones por las que pasan los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y el origen de los problemas en las relaciones médico-paciente.
8. Comprender las diferencias existentes que existen entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Reflexionar acerca del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales ocasionan en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para favorecer a los pacientes a abordar y tomar control de las enfermedades crónicas.

A lo largo del tiempo, el concepto de salud aunado a la enfermedad ha sido objeto de estudio y reflexión, desde el nacimiento de la medicina hasta los tiempos modernos, esta dualidad ha evolucionado, definir un objeto de estudio en el ser humano relacionado a la salud-enfermedad, es un tema que ha resultado en la elaboración de teorías y modelos en los cuales se pueda englobar un análisis más centrado de lo que conlleva no sólo la enfermedad en sí, sino las causas y todos los factores involucrados tanto directa e indirectamente en el proceso de salud, desde el modelo biomédico hasta el modelo biopsicosocial.

1.2.2 El modelo biomédico de la salud

El modelo biomédico, predominante en la medicina actual, se ha planteado el problema de la siguiente manera: ¿qué es la enfermedad? Para responder esta pregunta emplea diversos procedimientos desarrollados por las ciencias naturales. Su meta es la descripción minuciosa y la cuantificación de su objeto de estudio (Lima, 2004). El modelo biomédico surge con la medicina hipocrática, para la cual la enfermedad es un desorden de la Physis humana examinable objetivamente. Muchos siglos más tarde, durante el renacimiento, pensadores, teólogos y artistas retomaron dicha actitud. La naturaleza, para los renacentistas, tiene una estructura matemática y para conocerla hay que medirla. Descartes va a dividir al ser humano en dos partes (res extensa, el cuerpo y res cogitans, la mente). La primera, el cuerpo —que ocupa un lugar definido en el tiempo y en el espacio— y cuyo estudio objetivo ha conducido al enorme desarrollo de la medicina en los últimos siglos. La segunda, la mente, es substancia pensante. Este dualismo planteó a Descartes, y después de él a toda la filosofía occidental, la explicación que permanece aún sin una solución definitiva (Morales, 1999; Oblitas, 2006).

El cuerpo humano es considerado entonces una máquina que puede ser analizada en términos de sus partes; la enfermedad es vista como un mal funcionamiento de los mecanismos biológicos, que son estudiados desde el punto de vista de la biología celular y molecular; el papel de los médicos es intervenir, física o químicamente, para reparar el defecto en el funcionamiento de un específico mecanismo indicado. Tres siglos después de Descartes, la medicina aún se basa, como escribió George Engel, "las nociones del cuerpo como una máquina, de enfermedad como consecuencia de una avería en la máquina, y de la tarea del médico como reparador de esa máquina" (Engel, 1977, pág. 129).

Al concentrarse en partes cada vez más pequeñas del cuerpo, la medicina moderna pierde frecuentemente de vista el paciente como ser humano, y, al reducir la salud a un funcionamiento mecánico, no puede más ocuparse como el fenómeno de la cura (Morales, 1999).

Esa es tal vez, la más seria deficiencia del abordaje biomédico. Aunque todo médico practicante sabía que la cura es un aspecto esencial de toda la medicina, el fenómeno es considerado fuera del ámbito científico; el término "curar" es encarado con desconfianza, y los conceptos de salud y cura no son generalmente discutidos en las escuelas de medicina. El motivo de la exclusión del fenómeno de la cura de la ciencia biomédica es evidente. Es un fenómeno que no puede ser entendido en términos reduccionistas. Eso se aplica a la cura de heridas y, sobretudo, a la cura de enfermedades, lo que generalmente envuelve una compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la condición humana. Reincorporar la noción de cura a la teoría y a las prácticas de la medicina, significa que la ciencia médica tendrá que trascender su estrecha concepción de salud y enfermedad. Eso no quiere decir que ella tenga que ser menos científica. Por lo contrario, al ampliar su base conceptual, puede hacerse más coherente con las recientes conquistas de la ciencia moderna (Osorio & Oblitas, 2006).

1.2.3 El modelo biopsicosocial de la salud

Engel planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, y apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento: "El modelo médico debe tener en cuenta el paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud" (Engel, 1977, pág. 130, como se citó en Oblitas, 2004).

La Organización Panamericana de la Salud, (2012), menciona que entre las características fundamentales de este enfoque son: La atención primaria en salud, la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables, con plena participación social y a un costo accesible para la comunidad y el país, la multisectorialidad que implica el involucramiento de los

diferentes actores sociales: instituciones, asociaciones, líderes y grupos comunitarios, familiares de personas con discapacidad, para trabajar de manera coordinada y sistemática, estimulando la gestión intersectorial, proponiendo la democratización del conocimiento y el empoderamiento local para el logro del objetivo propuesto, utilizando la participación y la concertación para la toma de decisiones.

Así mismo, con el enfoque propuesto por Engel se hace relevancia sobre las nuevas causas de muerte, es decir, las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Hoy en día es de suma importancia el impacto que tiene la conducta en la salud y en la enfermedad.

En la actualidad hay evidencia más que considerable de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo. La salud de la gente en los países desarrollados ha alcanzado un nivel impensable a principios del presente siglo. Las expectativas de vida se han incrementado notablemente, como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico (Oblitas, 2005).

Sin embargo, en la actualidad los patrones de morbilidad y mortalidad difieren considerablemente de los de comienzo del siglo XX. En 1900, la neumonía, la gripe y la tuberculosis eran tres de las cuatro principales causas de muerte. Sin embargo, en 1988, las tres principales causas de muerte fueron: la enfermedad coronaria, los ataques fulminantes, y el cáncer; dolencias que se deben en parte a la conducta y estilo de vida del sujeto. Por ejemplo, a principios de 1990, aproximadamente el 38% de las muertes eran debidas a la enfermedad coronaria y el 7% a los ataques, esto es, el 45% de las muertes eran debidas a enfermedades cardiovasculares. El cáncer daba cuenta del 22,5% de todas las muertes, y los accidentes del 4,5%. O lo que es lo mismo, más del 70% de todas las muertes son consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y el SIDA, enfermedades estrechamente vinculadas a las conductas y estilos de vida de los individuos, (Oblitas, 2006).

Con base en lo descrito anteriormente, se puede hablar de patógenos conductuales y de inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son aquellas conductas que hacen al individuo más susceptible a la enfermedad. Por ejemplo, fumar, beber alcohol, etcétera, principales causas de muerte y factores de riesgo asociados. Los inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad (Oblitas, 2008).

Dentro de la Psicología de la Salud plantea que se pueden explicar las enfermedades y los síntomas por medio de factores físicos, sociales, culturales y psicológicos (Morrison & Bennett, 2008).

La perspectiva del modelo es amplia e integradora en la comprensión de los comportamientos saludables o de riesgo. Considera los procesos causales múltiples y circulares, por ende, la realidad es interpretada como un conjunto de procesos íntimamente interconectados. El modelo enfoca su atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana considerando todos los elementos antes mencionados (Oblitas, 2004). Su base teórica se halla en la teoría general de los sistemas que plantea que las cosas naturales se comprenden mejor en términos de jerarquías de sistemas, en la que cada uno está compuesto por otros menores, al tiempo que forman parte de otro mayor. Así, todo sistema es a la vez un todo y una parte (León et al., 2011).

1.3 El papel del psicólogo en la salud

Según Stone, (1988) las competencias de los psicólogos incluyen investigación y práctica relacionadas con la intervención en situaciones por medio de métodos muy variados, que incluyen biorretroalimentación, modificación del comportamiento, terapia de grupo, educación y consulta organizacional para modificar el comportamiento, las cogniciones o las experiencias de las personas involucradas con el sistema de salud.

Por otra parte, la intervención desde la psicología de la salud —puede ser de dos tipos, activa o pasiva— es siempre de tipo activo, ya que está diseñada para lograr la modificación del comportamiento no saludable, a diferencia de otras ciencias cuyo enfoque es la modificación del entorno para reducir el riesgo, lo cual se ha identificado como de tipo pasivo. Para clarificar cuáles se consideran intervenciones pasivas y cuáles activas, se menciona el ejemplo de las políticas públicas que dirigieron sus esfuerzos hacia la prevención de riesgos relacionados con el tabaquismo (The Association of Faculties of Medicine of Canada, 2012).

- Ambientes institucionalizados. Actividades que se desprenden de los objetivos de la institución, plan de desarrollo o ejecutar una política institucional; o en la inserción en las actividades que ya realiza la institución. Una institución es un organismo público o privado que ha sido fundado para desempeñar labor cultural, científica, política o social, y cumple con una función de interés público.

- Ambientes no institucionalizados. Proyectos que no provienen de los programas de una institución, sino del interés en trabajar alguna problemática en particular a partir de la evaluación, el diagnóstico o la petición de la institución por haber observado alguna situación específica que es de su interés abordar, pero no cabe en las acciones que realizan en la propia institución porque no es su finalidad. Un ejemplo de ello es el trabajo que se puede realizar en una escuela con los alumnos o el profesor, dirigido a la prevención primaria (como prevención de embarazo en la adolescencia), prevención secundaria (como manejo motivacional del alumnado con sobrepeso para iniciar rutinas de actividad física) o prevención terciaria (como intervención en crisis y canalización de un caso de anorexia).

Los profesionales insertos en el área de la Psicología de la Salud, en concordancia con la definición del área y sus objetivos, tienen dentro de su quehacer, la evaluación de las variables psicológicas que favorecen el mantenimiento de la salud, así como aquellas que se encuentran asociadas con diferentes patologías, con la principal finalidad de generar programas para el abordaje de las mismas, entendiendo los programas como el “conjunto planificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e

implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas” (Fernández – Ballesteros, 1996, p.24).

Los programas en Psicología de la Salud se desarrollan en los diferentes niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria está dirigida a la protección de la salud, la cual se lleva a cabo sobre el medio ambiente (saneamiento ambiental, higiene alimentaria) y la promoción de la salud y prevención de enfermedad que se lleva a cabo en interacción con las personas: modificación de hábitos de alimentación, ejercicio, sueño, consumo de sustancias; entrenamiento en habilidades para el afrontamiento al estrés, comunicación, entre otros. La prevención secundaria, se aplica cuando los factores generadores de enfermedad han entrado en juego y el objetivo es evitar el desarrollo o la cronificación de la misma, propiciando la adhesión al tratamiento y la modificación de los hábitos de vida que favorecen el avance de la enfermedad. Finalmente, la prevención terciaria se lleva a cabo cuando ya se instauró y se cronificó la patología, hayan aparecido o no limitaciones o problemáticas de salud producto de la misma y el objetivo es detener su progreso y prevenir el deterioro e incapacitación de la persona (Salleras, 1994).

En general, el psicólogo dedicado al área de la salud, interviene con base en estas tres fases, en múltiples áreas dentro de las enfermedades, entre ellas la enfocada al área de la salud sexual.

1.3.1 El papel del psicólogo en la salud sexual

El papel del psicólogo en la salud sexual, va orientado a múltiples aspectos, principalmente a la difusión de una óptima salud sexual en diferentes ambientes y contextos. Cada contexto con un objetivo, ya sea el de difundir información a través de talleres y brindar atención psicológica individual o grupal, intervenir en los tres tipos de atención, ya sea primaria, secundaria y terciaria.

Dado que la salud es una entidad muy amplia y compleja, los ámbitos de aplicación de la psicología de la salud son múltiples, pudiendo desempeñar en cada uno de ellos variedad de funciones en diferentes contextos, aun cuando su origen y práctica habitual haya sido, de modo especial, el marco de la psicología clínica. Buela-Casal (1996) menciona que la psicología de la salud, por sus bases científicas, es un campo profesional ecléctico y, por lo tanto, cuando se pretende delimitarla no es posible seguir los supuestos característicos ni las características de un modelo único, sino que es preciso recoger lo que cada uno puede aportar. De esta forma, cabe especificar la tarea o meta que los diferentes profesionales implicados deben desarrollar hacia la consecución del bienestar biopsicosocial en los distintos sectores comunitarios, pues la salud hay que entenderla en un sentido amplio en cualquiera de sus niveles de trabajo:

- La promoción y el mantenimiento de la salud a través de programas escolares de educación para la salud y de campañas para motivar estilos de vida y conductas saludables.
- La prevención y el tratamiento de la enfermedad por medio del desarrollo de programas de rehabilitación y de medidas preventivas.
- La identificación de enfermedades y sus causas, lo que permite constatar la relevancia de los factores de personalidad, o la participación de procesos perceptuales y fisiológicos específicos en ciertos problemas de salud.
- La mejora del sistema de cuidado de la salud y de la política sanitaria, investigando el grado con el que los pacientes pueden verse afectados por las características de los hospitales, por el personal médico, los costos médicos, etc.

Desde este establecimiento de actividades que el psicólogo realiza dentro del área de la psicología de la salud, en cuanto a prevenir y tratar la enfermedad, mantener y promocionar la salud biológica, mental y social, lo que interesa en el presente trabajo son las actividades relacionadas a la prevención de enfermedades y problemas orientados específicamente en el ámbito sexual, mediante la promoción de comportamientos que favorezcan a la salud, por ello, es necesario ampliar dicho tema.

Fue Wolpe (1958 como se citó en Ochoa-Marin & Vásquez-Salazar, 2012) el que afirmó que la mayor parte de los problemas sexuales derivan de unas actitudes negativas

del sujeto ante la actividad sexual, lo que produce una ansiedad condicionada ante la actividad sexual que inhibe la respuesta sexual del individuo. La resolución de estos problemas pasaría, por tanto, por una corrección de las actitudes erróneas del sujeto y por algún tipo de terapia educativa o conductual dirigida a eliminar los mitos y prejuicios así como disminuir la ansiedad.

Los problemas de salud sexual provienen de situaciones (personales, de la relación de pareja o sociales) que deberían identificarse y darle un tratamiento adecuado. Actualmente se recomienda un enfoque donde se dé relevancia a los síntomas o síndromes clínicos que alteran la salud sexual del individuo o de la relación de éste con su pareja.

Existen distintos modelos que toman en cuenta distintos factores asociados a la enfermedad, y en función de estos se hacen modificaciones para que la persona pueda obtener mejoras en el proceso de enfermedad-salud.

1.4. Modelos en psicología de la salud

Los modelos psicológicos en el área de la salud, evalúan y describen los comportamientos de riesgo relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, dirigiendo sus acciones a la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados, así como al medio físico y normativo en que se desenvuelven.

1.4.1 Modelo de creencias de la salud

El Modelo Creencias de Salud (MCS) es el modelo más antiguo y el más utilizado en la explicación y promoción de las conductas de salud, fue originalmente desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum (1958, como se citó en Rosenstock, Strecher & Becker, 1994) quienes intentaban dar respuesta a la escasa participación pública en programas de detección y prevención de enfermedades.

El modelo de Creencias de Salud, es un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa. Lo cual quiere decir, en el ámbito de la salud, que el valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción determinada prevendrá o mejorará el proceso (Rosenstock et al., 1994).

Este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables.

El modelo refiere que las conductas saludables se dan en función de dos tipos de factores, por un lado, tenemos la percepción de amenazas contra la salud y por el otro lado, las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. Cada uno de estos factores considera, a su vez, otras variables.

La percepción de amenaza contra la salud está conformada por:

1. Valores generales para la salud. Se requiere, en primera instancia, que las personas consideren que poseer una buena “salud” es una característica prioritaria de las personas.

2. Percepción de vulnerabilidad. Se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de enfermar. En el caso de ya estar enfermo, correspondería a la aceptación del diagnóstico y su percepción de mayor vulnerabilidad hacia nuevas enfermedades o condiciones limitantes derivadas de la enfermedad.

3. Percepción de la gravedad. Sentimientos acerca de qué tan serio puede ser el enfermar incluyendo consecuencias médicas, sociales y económicas, entre otras. Cabe hacer mención que la percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad, en su conjunto, pueden etiquetarse como “percepción de amenaza”.

Por otro lado, las características que le dan origen a las creencias sobre la

posibilidad de reducir la amenaza, tiene que ver con:

1. Percepción de beneficios. Son las expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección.

2. Percepción de los costos de acción o barreras. Se refiere a la percepción que tienen las personas sobre lo que implica (costos) el llevar a cabo una conducta preventiva y los beneficios que obtendrán por la emisión de ésta, si los beneficios superan los costos, entonces el comportamiento saludable estará en condiciones de presentarse.

3. Creencia en la eficacia de los medios concretos. Se considera eficacia de los medios concretos a aquellas habilidades que el sujeto cree poseer para poder llevar a cabo determinada conducta y lograr su objetivo, considerándose estas habilidades como un disparador de acción.

Cabe mencionar que también se toman en cuenta otras variables que pueden ser de origen demográfico que pueden influir en la emisión de conductas de salud por medio de la percepción de cada uno de los componentes antes planteados.

En resumen, la concurrencia simultánea de la percepción de amenaza contra la salud y la creencia sobre la posibilidad de reducir la amenaza de enfermarse, favorecen la adopción de determinados patrones de conducta, que serían conducentes a la conservación y mejoramiento de la salud, a la evitación de situaciones de riesgo y a la prevención de enfermedades (Espada, Quiles & Méndez, 2002; Rosenstock et al., 1994).

Diversas investigaciones se han llevado a cabo poniendo en práctica dicho modelo en el ámbito de la salud sexual, entre éstas destacan las de Gómez y Samudio (2014), quienes realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre las creencias y los comportamientos saludables referidos a las enfermedades crónicas, a través de la aplicación de un cuestionario basado en el modelo de creencias de salud de Rosenstock tipo Likert, empleado a 195 personas. Los resultados mostraron una relación entre las creencias favorables con relación a la severidad (como los efectos negativos al miedo de seguir con el peso de la enfermedad y las consecuencias en la vida diaria).

Así mismo, Santisteban; Posada; Mariño; Pérez y González, (2016), realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de percepción de riesgo ante el VIH/sida en adolescentes de ambos sexos de una institución en Cuba, a través de la aplicación de un cuestionario que determinaba el nivel de conocimientos, severidad y vulnerabilidad percibidas. Los resultados mostraron un nivel bajo de percepción de riesgo ante el VIH/sida, un bajo nivel de conocimientos, un nivel medio de severidad percibida y un nulo nivel de vulnerabilidad en ambos sexos.

Existen otro tipo de modelos diferentes al antes expuesto, que toman en cuenta otro tipo de variables como las intenciones y las actitudes respecto a la enfermedad, por ejemplo el modelo basado en la teoría de la conducta planeada.

1.4.2 Modelo basado en la teoría de la conducta planeada

La Teoría de la Conducta Planeada es una extensión de la Teoría de Acción Razonada desarrollada por Ajzen, en la cual se le agregó al modelo el constructo de “Control conductual percibido”. Este elemento afecta directamente a las intenciones e indirectamente a la conducta, sin embargo, se siguen retomando los factores de la Teoría de Acción Razonada (TAR), tales como la norma subjetiva y las actitudes, pero articulado con esta percepción de control conductual. Esta extensión se desarrolló años después de la TAR considerando su capacidad predictiva, de entendimiento y de cambio conductual en función de las intenciones, sin embargo, el punto central para la creación de este modelo es que, en cuanto a la conducta preventiva del VIH no siempre el comportamiento es voluntario (como lo que se propone en la TAR), si no que se ve influido por la excitación sexual, las diferencias de género y el uso de alcohol y drogas (Fisher & Fisher, 2000).

Si recordamos los elementos de la TAR, la norma subjetiva se ve influenciada por las creencias normativas y la motivación para conformarse, y las actitudes se ven afectadas por las creencias de las personas y las evaluaciones de la posible conducta. Estos dos elementos ejercen control sobre las intenciones, y el nuevo constructo de

“control conductual percibido”, que a su vez se relaciona con las intenciones y con la conducta preventiva. Bajo esta teoría se cree que existen muchas situaciones en las que pueden surgir imprevistos, o en las que se necesitan ciertas habilidades o recursos por parte de los individuos que, podrían interferir en la intención de llevar a cabo una conducta, por ende se incluyó dicho elemento (control conductual percibido) para tratar de ejercer control sobre las acciones (Glanz, Rimer & Lewis, 2002).

El control conductual percibido se define como las valoraciones individuales acerca de la facilidad o dificultad para llevar a cabo la conducta preventiva y se considera como el reflejo de una creencia de control individual o de una valoración de los recursos y/o oportunidades que la persona posee para realizar el comportamiento preventivo en cuestión, en este caso, la conducta de usar el condón (Fisher & Fishser, 2000). La percepción de control está conformada por variables internas (percepción de capacidad y habilidad de acción), como por variables externas como la oportunidad de acción, obstáculos y tiempo (Adams & Bromley, 1998).

En resumen, el control conductual percibido afecta para usar o no el condón como método preventivo del VIH, lo anterior aunado sobre qué tan capaz se percibe la persona de usar condón y qué tanta habilidad tiene la persona de negociar el condón, o para ponerlo (es posible que le falte entrenamiento para usar correctamente el condón), y en qué situaciones tiene oportunidad de usarlo, ya que puede considerar que el condón es un obstáculo para la relación sexual porque disminuye el placer, o porque se pierde parte de la excitación al ponerlo o porque es costoso, le lleva mucho tiempo ponérselo, o pierde tiempo en irlos a comprar. Lo novedoso, de esta aproximación, es agregar una variable en el sujeto llamada “control conductual percibido” que finalmente se traduce en valoraciones de llevar a cabo o no la conducta preventiva (Sánchez & Enríquez, 2011). Los modelos revisados en este apartado comparten ciertas características que son importantes mencionar: podemos ubicar a estos modelos dentro de un enfoque cognitivo, por lo que la mayor parte de las investigaciones van dirigidas a estudiar creencias, actitudes, percepción de riesgo, motivación, autoeficacia, entre otras, donde se evalúan como variables que responden a procesos cognitivos, que son reflejados en la conducta

preventiva. Estos modelos han sido los que han tratado de dar respuesta a las problemáticas de salud-enfermedad, y en el caso que nos ocupa el VIH/SIDA, sin embargo, como hemos podido ver se han ido adaptando y han ido creciendo al aumentar factores o variables (como en el caso de la conducta planeada, o el MCS) para tratar de explicar y predecir el comportamiento preventivo.

Caballero, Sánchez, Toro y Carrera (2009) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar en qué medida la incorporación de las emociones anticipadas mejoraba la predicción de la intención de mantener relaciones sexuales sin preservativo, en comparación con las predicciones hechas desde la teoría de la conducta planificada, en una muestra de adolescentes, con base en su experiencia sexual. Los resultados indicaron que en el caso de los varones, la consideración de las emociones anticipadas no mejoraba la predicción, por el contrario en las mujeres la incorporación de la experiencia emocional anticipada ante la posibilidad de mantener relaciones sexuales de riesgo mejoraba notoriamente la predicción de la intención de mantener relaciones sexuales sin preservativo. Concluyendo así que en general los varones muestran una actitud menos negativa que las mujeres hacia la conducta sexual de riesgo, mientras que las mujeres anticipan más emociones negativas, como miedo, culpa y menos alegría.

Martínez, Martín y Rojas (2011) exploraron la adecuación de modelo de la teoría del comportamiento planificado para el análisis de la conducta sexual de riesgo en un grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSM) a través de la implementación de entrevistas semiestructuradas y de grupo. Se estableció un equilibrio estable entre la validación de la Teoría de la conducta planificada, sugiriendo posibles modificaciones en aspectos puntuales que, en posteriores investigaciones, podrían ser incluidas para verificar su potencial incremento de la capacidad explicativa del modelo para la conducta sexual de riesgo en HSM.

1.4.3 Modelo basado en la teoría de acción razonada

Propuesto por Fishbein y Ajzen, el modelo de Acción Razonada tiene sus inicios en 1967 (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994, como se citó en Sánchez & Enríquez, 2011). Dicho modelo concibe al ser humano como un animal racional que procesa la

información o la utiliza sistemáticamente, es así, como se vislumbra al sujeto como un tomador racional de decisiones, el cual se comporta en función de la valoración que realiza de los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre su comportamiento en relación a obtener determinados resultados, intentan integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables. Postulan que una conducta saludable es el resultado directo de la intención comportamental, es decir, de la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que consideran que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario por lo que la mejor manera de predecir la conducta es por medio de la intención que se tenga de realizar o no dicho comportamiento. Esta intención comportamental estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (actitudes) y el otro que es reflejo de la influencia social (norma subjetiva).

Las actitudes hacia un comportamiento específico son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta. Las actitudes dependen a su vez de la percepción de las consecuencias, es decir, de las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados. Por otro lado, la norma subjetiva se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, considerando las valoraciones sociales que se tienen, acerca del comportamiento del propio sujeto y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las norma (Sánchez & Enríquez, 2011).

En síntesis, el modelo de la Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer (norma subjetiva).

Por su parte, el Objetivo, responde a la necesidad de saber lo que se quiere obtener, pues no es lo mismo acudir a una tienda de abarrotes, a una farmacia de autoservicio, a un supermercado o a una condonaría, para adquirir condones u otro tipo de medidas que contribuyan a la prevención en la transmisión del VIH (dedales de látex, condones de sabores, etc.). En cuanto al Contexto, éste se refiere a la situación en dónde se pretende llevar a cabo la conducta deseada, esto es, el uso del condón con la pareja estable o con parejas casuales o bien con sexoservidoras. La última variable a considerar es el Tiempo, es decir, el momento en que se ha de dar cierto comportamiento, pues no es lo mismo “usar condón la próxima vez que tenga relaciones sexuales con mi pareja estable” a “usar condón todas las veces que tenga relaciones sexuales anales con mi pareja estable”. Toda vez que se han identificado y especificado las variables antes mencionadas, se puede dar paso al diseño de la mejor técnica para la prevención de la conducta problema ya que cada conducta requiere de una estrategia de intervención específica. Cabe aclarar que cualquier cambio en cada uno de los elementos antes presentados, representa la redefinición de la conducta de interés. Finalmente se ha de considerar que para obtener el mayor grado de eficacia de las intervenciones, éstas deben influir en las creencias que tiene el sujeto sobre la conducta a realizar, ya que si las expectativas de un sujeto acerca de una conducta determinada son positivas, las actitudes se dan en los mismos términos positivos, lo mismo pasa con las expectativas negativas y sus actitudes. Para la intervención es necesario también determinar si la intención está bajo el control actitudinal, normativo o ambos, y una vez identificado el nivel en que se da, se debe de cambiar o reforzar la actitud o la norma subjetiva en razón de los resultados esperados (Fishbein et al., 1994, como se citó en Sánchez & Enríquez, 2011).

Vásquez, Argote, Castillo, Cabrera, Gonzalez, Mejía y Villaquirán (2005) realizaron un estudio para evaluar la influencia que tienen las creencias, actitudes y normas subjetivas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (consultar a los profesionales de salud sobre los métodos anticonceptivos y sus usos; utilizar los métodos anticonceptivos en caso de tener relaciones sexuales, disminuir cualquier forma de abuso o violencia sexual) en adolescentes escolarizados de una comunidad de

Colombia, a través de la implementación de una escala psicométrica e intervención educativa. Los resultados demostraron que los adolescentes lograron modificar positivamente la mayoría de las intenciones, actitudes y normas subjetivas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, Barrera, Sarmiento y Vargas (2004) examinaron la relación de la actitud personal y de la norma social percibida (percepción de la actitud de los amigos y de la norma de pares) con varios indicadores de la actividad sexual en una muestra de 326 estudiantes de secundaria de nivel socioeconómico bajo, medio y alto. A través de la aplicación de un cuestionario de autoreporte para obtener información sobre las variables del estudio. El análisis de la información mostró que el 31% de la muestra había tenido relaciones sexuales penetrativas. Se verificó estadísticamente que la influencia de la percepción de la actitud sexual de los amigos sobre la actividad sexual penetrativa se da a través de la actitud sexual personal.

Los análisis de correlación y regresión apoyan los planteamientos de la Teoría de la Acción Razonada acerca de la importancia de la actitud personal y de la percepción que tienen los jóvenes de la norma social en la explicación de la actividad sexual.

1.4.4 Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales

Este modelo considera que los cambios en la conducta sexual están influidos por tres aspectos, la información, la motivación y las habilidades conductuales. El componente de información hace referencia al conocimiento que se tiene sobre qué se tiene que hacer para estar saludable; la motivación, está conformada por las intenciones y actitudes acerca de la prevención del VIH/SIDA, influencia de las normas sociales, la vulnerabilidad percibida de contraer VIH; el tercer componente hace referencia a las habilidades conductuales que poseen, como por ejemplo, la habilidad de negociar el uso del condón con la pareja o la habilidad para usar correctamente el condón, desde este modelo se han encontrado resultados favorables para promover la conducta sexual segura, como

lo es el uso del condón en relaciones sexuales (Espada, Morales, Guillén-Riquelme, Ballester & Orgilés, 2016).

Es importante resaltar que el IMB, a diferencia de otros modelos, no sólo se utiliza para describir cómo una persona llega a tener un comportamiento de riesgo o preventivo, sino que ha sido utilizado en la implementación y desarrollo de programas de intervención demostrando que cuando se combinan las tres variables (información, motivación y habilidades conductuales) se tienen resultados más favorables que cuando se manejan sólo uno o dos componentes; de igual forma las intervenciones son breves permitiendo evaluar los efectos de las intervenciones (Bermúdez, Herencia-Leva & Uribe, 2009; Cornman, Schmiege, Bryan, Benziger & Fisher, 2007; Pitpitan et al., 2015; Tulloch, McCaul, Miltenberger, & Smyth, 2004).

Una de las críticas más fuertes a este modelo es que se evalúan las habilidades conductuales a través de medidas de autoreporte (Bermúdez, et al., 2009), por lo que para la presente investigación, además de considerar estas medidas, se evaluará la observación directa del comportamiento, ya que se ha encontrado que no es lo mismo lo que las personas dicen hacer, a lo que hacen (Robles, 2005).

Paz, Herencia-Leva y Uribe (2009) realizaron un estudio en donde pusieron a prueba la hipótesis del modelo de la información-motivación-habilidades conductuales, en donde se propone que el efecto de variables como el conocimiento y actitudes hacia el VIH/sida y la vulnerabilidad se ven mediados por la autoeficacia en el uso del preservativo. Dicho estudio fue llevado a cabo con una muestra de 599 adolescentes de Colombia sexualmente activos, a través de la implementación de un cuestionario y del inventario de Roles sexuales de Bem. Los Resultados indican que las variables referidas a los componentes información y motivación tienen un efecto directo sobre el uso del preservativo y, este no se ve mediado por la autoeficacia.

Sánchez, Cázares, Piña y Dávila (2009) realizaron un estudio basado en el modelo de información-motivación.habilidades conductuales, para la investigación de los comportamientos de adhesión terapéutica, con el objetivo de identificar predictores de

los comportamientos de adhesión al tratamiento antirretroviral en 68 personas con VIH, a través de la implementación de dos instrumentos: factores psicológicos y comportamientos de adhesión y situaciones vinculadas con el estrés. Los resultados mostraron que las personas con VIH 100% adherentes son aquellas que se encuentran claramente motivadas y que en general experimentan bajos niveles de estrés relacionados con la toma de decisiones y tolerancia a la frustración.

La investigación orientada a la prevención de problemas de salud sexual debe contar con un modelo de salud que haya demostrado ser efectivo para explicar el comportamiento sexual, contar con información sobre la totalidad de las variables que definen al modelo y con ello diseñar intervenciones efectivas que permitan impactar en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo y en disminución de las infecciones por VIH en contextos de vulnerabilidad, como lo es los entornos carcelarios.

CAPÍTULO 2: SALUD SEXUAL EN AMBIENTES CARCELARIOS

2.1 Problemática de salud sexual en la población privada de la libertad

De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (mismo al que México se adhiere el 23 de marzo de 1981) en su artículo 12, fracción 1, se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (Naciones Unidas, 2010).

En razón de lo expuesto anteriormente, las personas en reclusión conservan su derecho humano a la salud, así como a una atención médica cuyo nivel sea el mismo que goza la población en general.

Es por lo anterior que cuando un Estado priva a un individuo de su libertad, asume la responsabilidad de cuidar de su salud, no sólo en lo que respecta a las condiciones de detención, sino también al tratamiento individual que pueda ser necesario como consecuencia de dichas condiciones (Coyle, 2009, como se citó en Galindo, Ruíz & Castelán, 2013).

Sin embargo en los centros penitenciarios de México, las condiciones de salud en general no son las más eficientes ni la atención médica proporcionada. Diversos estudios y estadísticas sostienen que en las cárceles de México estas atenciones se ven mermadas por distintos aspectos, tales como la corrupción, la falta de recursos, la sobrepoblación, entre otros (Paez, 2016, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015).

Según la encuesta realizada por Azaola (2007) en los centros de reclusión del Distrito Federal y Estado de México, en materia de salud, 35% de los sentenciados y 18% en el Estado de México apuntaron que no recibieron atención médica cuando la requirieron. En cuanto a la calidad de la atención médica, 34.2% de los internos en el Distrito Federal y 22.7 del Estado de México la calificaron como “mala” o “muy mala”, en

tanto que 41.3 y 45.7%, respectivamente, la calificaron como “regular”. Con relación a los medicamentos que requerían, el 52.9% de los internos en el Distrito Federal y el 63.5% en el Estado de México afirmaron que se los pedían a familiares en tanto que el 22.8% y el 22.9%, respectivamente, dijeron que se los proporcionaba la institución.

La atención médica, en muchos casos no llega a todos los internos, los medicamentos no son suficientes y en algunos casos son vendidos a los internos o sus familiares se los brindan. De acuerdo a la encuesta mencionada, el 57.71% de los internos consigue los medicamentos a través de los familiares, mientras que únicamente al 24.77% se los proporciona la institución. Ejemplo de lo anterior, lo constituye el estado de Tabasco donde gran parte de los servicios médicos de sus centros de reclusión, carece de medicamentos y de material de curación (Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, 2011).

Otro de los problemas fundamentales es la falta de personal médico, los centros no cuentan con el suficiente personal para atender a todos los internos, en algunos centros, no existen médicos ni personal de enfermería, adscritos, en algunos otros, los médicos cuentan con horario limitado por lo que no existe una atención constante. Aunado a las grandes carencias anteriormente descritas, el sistema penitenciario enfrenta un conflicto mayor, la accesibilidad a los servicios médicos. El acceso al servicio médico constituye un derecho fundamental de los internos, sin embargo, como lo menciona la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal en su Informe Especial sobre el Derecho a la Salud de las Personas Privadas de la Libertad (2012), dicho acceso se ha convertido en una posibilidad que se debe negociar con el personal técnico y de seguridad. Se convierte en un eslabón más de la corrupción.

En algunos centros de reclusión, el procedimiento para tener acceso al servicio médico, consiste en hacer una solicitud por escrito a los custodios y ellos a su vez las canalizan al servicio médico o por medio de los trabajadores sociales. Lo anterior, puede llegar a fomentar la corrupción, pues el acceso al servicio médico depende en un primer momento de la “voluntad” de los custodios. De acuerdo a la encuesta citada, los internos

tienen que esperar hasta 39.57 horas en promedio para acudir al servicio médico (Azaola & Bergman, 2009).

El problema de la atención médica se agrava en las zonas de castigo o segregación, donde el interno por diferentes razones es confinado a un área, sin la posibilidad de salir de ella, áreas que generalmente no cuentan con servicio de electricidad ni agua, así como una deficiente higiene. El acceso al servicio médico en estos casos depende de la disponibilidad y el "ánimo" del personal de seguridad y custodia para trasladarlos a las áreas médicas o en su caso del personal médico para dirigirse a dichas áreas (Azaola, 2007).

Es por lo anterior que estas deficiencias en materia de salud propician el surgimiento de distintas enfermedades, aunado a la falta de atención médica oportuna hacia los reclusos, los contagios y el poco control de las enfermedades desencadenan problemas de salud de índole mayor, sin embargo, las últimas consecuencias, como la muerte, llega sin causar mayor revuelo y sin tener mejoras en estos sistemas, a pesar de todos los informes y estadísticas como las antes descritas. En el ámbito de la salud sexual, son pocas las investigaciones que se incursionan en los ambientes carcelarios, así mismo, una de las funciones del psicólogo de la salud es brindar atención preventiva dentro de estos ambientes, impartiendo talleres de salud sexual, e intervenciones para medir la eficacia de dichos programas. Nos centramos en la prevención por el hecho de que es importante que los internos tengan herramientas que quizá no obtuvieron durante su educación. En este capítulo hablaremos específicamente de las enfermedades de transmisión sexual, un gran problema de salud en las últimas décadas que hacen mella en la población carcelaria.

2.1.1 Infecciones de transmisión sexual

La población penitenciaria tiene factores de riesgo adicionales de adquirir una ITS, entre los que destacan la falta de conciencia del riesgo de las prácticas sexuales de riesgo, el nivel socioeconómico y cultural bajo, la presencia de múltiples patologías, las adicciones

a sustancias, la realización de tatuajes sin garantías sanitarias y los pobres cuidados de salud (Sánchez, Pérez & Santabárbara, 2016).

Una investigación hecha por El ministerio de Salud de la Nación (2017) en las cárceles de Argentina, mostró los siguientes datos:

- Las personas recluidas en las cárceles del país están más expuestas al VIH, sífilis, hepatitis B y C, y tuberculosis y mostraron que el número de casos en esta población es mayor y las conductas de riesgo, como la falta de uso de preservativo, son frecuentes. Además de que muchos de los reclusos, admitieron desconocer si contrajeron alguna de estas afecciones.
- La falta de uso del preservativo es particularmente elevada en algunos grupos, como en las personas de 40 años o más. Y sólo el 16,5% de los que el año previo al estudio mantuvieron actividad sexual, lo hicieron siempre con condón. Las razones más aducidas para no utilizar el preservativo fueron la “confianza” en la otra persona y el hecho de que aquella sea alguien conocido.
- Las prácticas de riesgo también están relacionadas al uso compartido de elementos de afeitar o depilar en su vida cotidiana dentro del penal, tal como reconoció el 19,6% de los detenidos.

Existen investigaciones las cuales han llevado a cabo estudios sobre sexualidad en centros penitenciarios, entre éstas se encuentra la de García (2009), quien realizó una investigación sobre evaluación de conocimientos de ITS en una muestra de 122 mujeres recluidas en un centro penitenciario de Matanzas, Cuba, a través de una intervención que consistió en brindar información y realizar entrevistas. Los resultados mostraron que hubo un aumento del uso del condón en relaciones sexuales del 81%, así como una correcta información de las ITS en un 98.3%.

Se considera que es importante enfocarse en el VIH, ya que es una enfermedad que aún prevalece en los centros de reclusión en México, y las formas de contagio son las más proclives a desarrollarse dentro de estos ambientes, ya sea por la violaciones,

por no saber utilizar el condón y por las otras vías de transmisión. Por lo todo lo anterior surge la importancia de resaltar los datos y enfocarse en el VIH/SIDA dentro de los ambientes carcelarios. Es frecuente que los pacientes de las cárceles no acudan al médico por no saber si lo que tienen está relacionado con una enfermedad, además de que son muy pocas las campañas de prevención en salud sexual que se implementan en las cárceles de México.

2.1.2 VIH/SIDA

Según datos de CENSIDA (2017) en México existen 140,676 casos notificados de VIH y SIDA. En 2017, de los 1883 nuevos casos notificados de VIH, el 85.2% son hombres.

Esta cifra es alarmante si se considera que existen diferentes ambientes en donde los factores de riesgo pueden aumentar la probabilidad de contagio, uno de estos ambientes es el carcelario.

En los contextos carcelarios, donde el 90% de los presos son hombres, se estima que la prevalencia del VIH se encuentra entre el 3% y el 8%, aunque los preservativos y los servicios para la reducción de daños rara vez se encuentran disponibles para la población carcelaria ONUSIDA (2017)

Si bien las pruebas de VIH han podido llegar a las mujeres, especialmente las que usan los servicios prenatales, no se han podido encontrar los mismos puntos de acceso para los hombres, lo que limita la aceptación de las pruebas de VIH entre los hombres. (ONUSIDA, 2017). Las tasas de prevalencia del VIH son especialmente altas entre las mujeres privadas de libertad. Los riesgos afectan a los reclusos, las personas que trabajan en las prisiones, sus familiares y el conjunto de la comunidad. Por todo ello, es indispensable prever intervenciones relacionadas con el VIH en esos contextos, tanto para los reclusos como para el personal penitenciario (Organización internacional del Trabajo, 2010). A pesar de ello, en muchas cárceles y otros lugares de reclusión no existen programas de prevención, tratamiento y atención del VIH. Pocos países aplican

programas completos al respecto en el medio penitenciario. Muchos no vinculan sus programas en las cárceles con los programas nacionales de lucha contra el SIDA, la tuberculosis o los programas de salud pública. En muchos no se prestan servicios adecuados de salud ocupacional al personal que trabaja en las cárceles (OMS, 2010).

Hablar de las personas que viven con VIH/SIDA desde un enfoque de derechos humanos, implica reconocer por un lado, que presentan necesidades específicas que requieren ser atendidas desde distintos enfoques: consultas médicas especializadas, estudios de laboratorio, medicamentos, información, entre otros; por otro lado se encuentran las formas de organización y manifestación para la defensa de los mismos a través de distintas estrategias, entre ellas la de hacer pública la situación de sus derechos humanos en relación con los actos de discriminación de los que son objeto (Galindo, et al., 2013).

Esta situación se vuelve más compleja cuando la vulnerabilidad se presenta en contextos carcelarios: las personas privadas de libertad, que por su situación de encierro, son más propensos para adquirir alguna infección de transmisión sexual y en especial el VIH/SIDA, situación que trasciende de los muros de los centros penitenciarios, incluyendo a familiares, amigos e instituciones o en su defecto, atentar directamente a la PVVS en su dignidad humana y en su calidad de vida. La complejidad e incremento de la vulnerabilidad ante la discriminación de la que son objeto se debe a que, en el interior, entre otros factores, existen hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) así como personas usuarios de drogas inyectables (UDIS), y al no existir las condiciones necesarias para dichas prácticas (HSH), o en su defecto para impedir que sucedan (UDIS), se crea un panorama de mayor riesgo de infección de VIH/SIDA (Galindo, et al., 2013).

2.2 Factores de riesgo y prevención de la salud sexual

En los centros penitenciarios se concentran poblaciones particularmente expuestas a factores de riesgo y de vulnerabilidad en términos de salud, debido en parte a las

condiciones de vida previas al encarcelamiento: pobreza, menor acceso a servicios de salud, desnutrición, alcoholismo y consumo de drogas, problemas de salud mental, falta de acceso a la información, bajo nivel de escolaridad, y contextos de violencia social como marginación, estigmatización y discriminación (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, CDHDF, 2008). Algunas de esas condiciones tienden a empeorar durante la reclusión. Esto es especialmente cierto en el caso del VIH/SIDA, pues las poblaciones más afectadas por la epidemia en México están sobrerrepresentadas en las cárceles. A esto se suelen sumar otras condiciones que por sí mismas constituyen no sólo un caldo de cultivo para muchos problemas de salud sino hasta una violación a los derechos humanos más fundamentales: violencia, servicios insuficientes (agua, drenaje), dificultad para acceder a servicios médicos, alimentación inadecuada, falta de protección a personas internas jóvenes, uso de drogas –inyectables o no–, relaciones sexuales sin protección entre hombres (HSM) –con o sin consentimiento–, tatuajes con material no esterilizado, y saturación de los espacios y recursos disponibles –la población penitenciaria pasó de 22 mil personas internas en 2000 a 42 mil en 2012– (González, Badial & Gras, 2013).

Debido a estas condiciones algunas enfermedades se presentan con mayor frecuencia en las cárceles: tuberculosis, contagio por virus de hepatitis C (vhc), sífilis y VIH/sida, entre otras (González, et al., 2013).

De entre los factores de riesgo antes descritos, el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), representa el grupo de mayor riesgo. En los centros penales es conocido que se dan este tipo de prácticas sexuales, algunas de forma voluntaria, pero muchas otras son por abusos sexuales que se dan entre las personas privadas de libertad y si a eso se le suman las personas que tiene sus parejas fuera del centro penal, pero también tiene sexo con otros hombres en el centro penal, esta población penitenciaria es mucho más vulnerable a contraer no sólo el VIH/SIDA, sino otras Infecciones de transmisión sexual (Estrada, 2014).

Almendarez (2009), sostiene que en las cárceles o centros penitenciarios de la mayor parte de los países del mundo el contacto sexual entre hombres es un fenómeno habitual. Sumado a esto, otras prácticas de riesgo ya establecida también están presentes como: la no utilización de preservativos, la rotación de pareja y en general una carencia de la evaluación de consecuencias y una contradicción entre lo que saben, lo que creen y lo que hacen con relación a la prevención o solución contra el VIH/SIDA.

Los reclusos suelen estar expuestos a la transmisión del VIH, el riesgo se presenta cuando tienen relaciones sexuales sin protección. En reclusorios o penitenciarías femeniles, estos riesgos también están presentes, existiendo adicionalmente la posibilidad de la transmisión vertical del VIH, de la mujer embarazada al producto (CNDH, 2012).

Según datos de la CNDH (2012), a escala internacional, las elevadas tasas de infección por el VIH en los centros de reclusión son el reflejo de dos grandes realidades:

1. Los países con elevadas tasas de VIH entre los usuarios de drogas inyectables (UDI), que permanecen períodos en detención, y que en algunos casos continúan esa práctica en los centros de reclusión. Tanto la infección por VIH como por hepatitis C es causada principalmente por la utilización compartida de jeringas fuera y dentro de las centros de reclusión.
2. Los países (fundamentalmente en África) con elevadas tasas de infección por el VIH en la población en general, básicamente imputables a prácticas sexuales en condiciones de riesgo.

En cambio, en México la transmisión del VIH en los centros de reclusión obedece, en buena medida, a las relaciones sexuales, sobre todo entre hombres, más que al uso inyectable de drogas; de acuerdo con el ONUSIDA (2017), muchos países, como el nuestro, aún no han aplicado en las cárceles programas integrales de prevención del VIH, ni han logrado un nivel de atención de la salud en los centros de reclusión equivalente al que prevalece fuera de este contexto, lo cual tiene un efecto entre los reclusos y el personal penitenciario. Es importante señalar que los centros de reclusión no son mundos completamente cerrados. Diariamente entran y salen presos y otras personas, por lo que es indispensable tomar las medidas necesarias para prevenir la

transmisión del VIH, en beneficio no sólo del personal y de los reclusos, sino también de la sociedad en general, (González, et al., 2013).

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida ([CENSIDA], 2014), indica que es importante que todas las acciones, iniciativas, estrategias, proyectos y programas de promoción de la salud y prevención del VIH y del SIDA se lleven a cabo en un marco de principios rectores que garanticen una adecuada atención de las personas, independientemente de que tales acciones se realicen de forma individual o grupal, o que estén dirigidas a una comunidad específica o a población general. Así mismo, estas acciones deben enmarcarse o considerar las siguientes perspectivas o enfoques:

Promoción de la salud. Que consiste en “capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud”. Fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud; ello incluye modificaciones en las actitudes, comportamientos y otros aspectos de las personas, las comunidades y los sistemas. Para realizar las acciones de promoción sanitaria es indispensable tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud, dado que pueden llegar a condicionar que una persona, población o comunidad puedan poner en práctica las acciones de autocuidado sugeridas en la promoción (CENSIDA, 2014).

Con lo anterior se pone de manifiesto que entre las acciones que incluyen modificaciones en las actitudes y comportamientos esté la utilización de los métodos de protección, principalmente el condón, puesto que es uno de los métodos más usados en todos los contextos.

2.2.1 Importancia de promover el uso del condón

De acuerdo al informe de la Planned Parenthood Federation of America, (2004), los condones son eficaces porque bloquean el contacto con los fluidos corporales que causan los embarazos y las infecciones de transmisión sexual.

A diferencia de muchos otros métodos anticonceptivos, los condones también ofrecen protección contra las infecciones de transmisión sexual. Las ventajas adicionales de los condones como métodos anticonceptivos incluyen su bajo costo, fácil acceso, fácil de desechar, efectos secundarios mínimos, y un proceso más largo de estimulación sexual. El uso de los condones también puede aumentar el placer sexual al reducir la ansiedad respecto al riesgo de infecciones y embarazos (Warner & Hatcher, 1998). Los condones pueden ayudar a proteger la fertilidad evitando que se transmitan infecciones de transmisión sexual que causan la infertilidad, tales como clamidia y gonorrea. Y el riesgo de infertilidad por infecciones de transmisión sexual es 30 por ciento menor en las mujeres cuyas parejas usan condones (Cramer et al., 1987).

Los condones ofrecen una protección efectiva contra la mayoría de las infecciones por transmisión sexual evitando el intercambio de fluidos corporales. Esos fluidos, el semen, el flujo genital o las secreciones infecciosas, son las principales vías de transmisión (Cates & Stone, 1992).

Si bien los condones de látex no pueden prevenir completamente el contacto de piel contra piel, ofrecen la mejor protección posible porque el glande y el cuerpo del pene son las principales vías de salida y entrada de las infecciones por transmisión sexual. Para que sean efectivos, los condones se deben usar correctamente y de modo consistente, se deben colocar antes del contacto genital y deben utilizarse durante todo el coito (Cates & Stone, 1992).

Los condones ofrecen buena protección contra las infecciones bacterianas de transmisión sexual, clamidia, gonorrea, tricomoniasis y sífilis (Stone et al., 1999)

En el caso particular de México, existen 181,744 casos de VIH, siendo mayor la proporción en hombres, con un 80% de los casos registrados (CENSIDA, 2015).

Considerando lo anterior ONUSIDA (2016), como CENSIDA (2015) han creado diversos programas para disminuir los altos índices de casos de personas infectadas por el VIH, una de las estrategias que se ha utilizado para prevenir nuevas infecciones, es a través de la promoción del uso correcto y consistente del condón; sin embargo, a pesar de que existe información sobre cómo usarlo y por qué deberían usarlo, las personas no lo utilizan en sus relaciones sexuales, situación que propicia el riesgo de contraer VIH/SIDA.

En relación con los entornos carcelarios, de acuerdo con ONUSIDA (2014) los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema del VIH en las cárceles; en estos entornos en general no se abordan las necesidades específicas de cada género, ni tampoco se toma en consideración que el comportamiento sexual de las personas encarceladas puede afectar, además de a ellas mismas, a sus parejas sexuales, a sus familias y a las comunidades en las que viven.

Es por lo anterior que surge la importancia de implementar programas de educación sexual centrados en los recursos de más alcance hacia esta población. El condón es un método de protección que por su facilidad y disponibilidad se encuentra más accesible en estos ambientes. El condón resulta entonces un factor clave dentro de los centros penitenciarios para la prevención de ITS, sin embargo cabe resaltar todo lo subsecuente en relación a este método, como los conocimientos en cuanto a saber usarlo en una relación sexual, es decir, proponerlo con la pareja.

2.2.2 Negociación del uso del condón

Dentro de las acciones o estrategias que permiten prevenir los problemas de salud sexual antes mencionados se encuentran la abstinencia sexual, la práctica del sexo seguro –es decir, sin llegar a la penetración– y, lo más importante, practicar el sexo protegido, que consiste en el uso del condón (CONASIDA, 2008). Siempre y cuando se utilice de manera correcta y consistente, el condón representa uno de los métodos más efectivos en la prevención no sólo de embarazos no deseados, sino también del VIH/SIDA y otras ITS (CONASIDA, 2008; Robles, Díaz-González, Sánchez, Olvera & Cabrera, 2008).

Pérez y Pick (2006) afirman que para poder reducir las conductas sexuales de riesgo es necesario proporcionar información clara y objetiva sobre la sexualidad y contar con las habilidades para poder solicitar su uso a la pareja, o bien de negociarlo en caso de conflicto.

Algunos estudios han encontrado que un alto grado de tales conocimientos está asociado al uso del condón o a comportamientos de menor riesgo (Villaseñor, Caballero, Hidalgo & Santos, 2003); sin embargo, en otros estudios se ha comprobado que los conocimientos como tal no se traducen en conductas preventivas (Micher & Silva, 1997; Villaseñor et. al., 2003).

Dentro del campo de la salud hay diversos modelos que tratan de explicar cómo las actitudes, la intención y las normas subjetivas y sociales influyen en la conducta de los individuos, en este caso el que no se protejan con el condón en sus encuentros sexuales (Albarracín, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001). Estos autores han demostrado, por ejemplo, que el mejor predictor del uso consistente del condón es la intención; no obstante, estos modelos se limitan a explicar variables cognitivas como variables predicativas en el mencionado uso, dejando de lado variables conductuales tales como la comunicación y la negociación, las cuales también tienen un considerable impacto en la prevención de conductas de riesgo.

En el diseño de programas preventivos se ha concedido una gran importancia a la comunicación sexual con padres y con la pareja (Tulloch, et al.,2004), ya que se vincula con la demora del debut sexual, la prevención de embarazos no deseados en la adolescencia y la promoción del uso consistente del condón (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno & Robles, 2008), y se ha considerado la comunicación verbal directa como la estrategia más efectiva al negociar prácticas de sexo seguro (Lam, Mark, Lindsay & Russell, 2004).

Tulloch et al., (2004) afirman que cuando las parejas conversan sobre el condón es más probable que lo utilicen, además que hablar sobre temas de sexualidad facilita el uso del condón en la próxima relación sexual. El hecho de comunicarse con la pareja permite planear y negociar el encuentro sexual, así como negociar el uso del condón.

Roth (1986) ha reportado que la negociación es un factor importante en las relaciones sociales y de pareja, y más aún en el terreno sexual, específicamente en el uso del condón. Tal negociación se entiende como la capacidad para identificar un conflicto, proponer de manera asertiva una solución y llegar a un acuerdo entre ambas partes.

Sin embargo, en las relaciones de pareja la negociación se enfrenta en ocasiones a las diferencias culturales y al rol de pareja. La sociedad es la que determina las pautas de comportamiento para cada género, y es por ello que hay diferentes vulnerabilidades para hombres y mujeres (Tulloch et al., 2004).

En efecto, en nuestra sociedad el género y la sexualidad están determinados por la cultura, y la forma en que se diferencian o jerarquizan las personas depende de las representaciones y valores que se construyen socialmente (Herrera & Campero, 2002; Rocha & Díaz-Loving, 2005).

En cuanto al papel que desempeñan y al trato que reciben ambos géneros, esas diferencias afectan la toma de decisiones respecto al ámbito sexual debido a las

relaciones de poder que asumen las parejas (Rivera & Díaz-Loving, 2002). En muchos casos las mujeres no cuentan con las habilidades necesarias para requerir de sus parejas el uso del condón (Menkes & Suarez, 2003; Pulerwitz, Amaro, De Jong, Gortmaker & Rudd, 2002) ni decidir si quieren o no tener relaciones (Pulerwitz, et. al., 2002); además, las mujeres no son cuestionadas por su conducta sexual debido a su falta de poder, exceso de dependencia y sometimiento (Herrera & Campero, 2002).

Cuando la pareja no está de acuerdo en utilizar protección, se enfrenta a un conflicto y la solución del mismo depende del estilo que se utilice para llegar a un acuerdo –en este caso sobre el uso del condón (Robles & Díaz-Loving, 2006).

Díaz-Loving & Sánchez (2000) proponen que en las relaciones sociales y de pareja están presentes cinco estilos de negociación: colaboración, acuerdo, acomodación, evitación y contienda. Se entiende por estilo de colaboración aquella estrategia en la que ambos integrantes plantean sus necesidades e intereses para llegar a la solución del conflicto; el estilo de acuerdo es parecido al de colaboración, ya que aquí la pareja llega a un acuerdo mutuo y crea la solución de manera conjunta; el estilo de acomodación es aquel en el que un integrante de la pareja sacrifica sus intereses y metas por satisfacer las necesidades del otro; el estilo de evitación es cuando, ante un conflicto, uno de los integrantes permite que la situación se deje sin resolver o deja que el otro miembro tome la responsabilidad para resolver el problema, por lo que sólo uno logra sus metas; en el estilo de contienda ambos integrantes tratan de defender sus intereses y necesidades sin tomar en cuenta al otro.

Existen diversos predictores que desempeñan un importante papel en el uso o la intención de usar condón, como son las actitudes que se tengan hacia su uso y las habilidades necesarias para solicitarlo. Sin embargo, el tema de la sexualidad siempre estará enmarcado por la cultura de género que dicta qué comportamientos se permiten a hombres y mujeres; así, es el hombre el que tiene el poder de decidir cómo y cuándo protegerse, dejando de lado a la mujer, por lo que es importante romper con este esquema y promover la igualdad en el ámbito sexual, haciendo que tanto hombres como

mujeres aprendan a comunicarse y a negociar el empleo del condón (Robles & Díaz, 2008).

La negociación del uso del condón como forma de protección es una herramienta importante si se toma en cuenta como parte del repertorio de habilidades para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. En la población privada de la libertad, resulta un factor clave, pues como se mencionaba anteriormente, gran parte de la población está en riesgo, principalmente en la población masculina, por las causas antes descritas como las relaciones sexuales de tipo bisexual, en las que los hombres, dentro de las cárceles tienen pareja sexual masculina y reciben también la visita conyugal, resulta entonces importante impactar en esta población brindando información efectiva acerca de las habilidades necesarias para el uso del preservativo.

CAPÍTULO 3: ESTEREOTIPOS DE GÉNERO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SEXUAL

3.1. Estereotipos de género en hombres y mujeres

Una definición objetiva del significado de un estereotipo, lo delimita Cook y Cusack (2010), "...un estereotipo es una visión generalizada o una preconcepción sobre los atributos o características de los miembros de un grupo en particular o sobre los roles que tales miembros deben cumplir." pp.11.

Estrada, Mendieta y González (2016) mencionan que los roles de género en México construyen las relaciones sociales, conforman la cosmovisión de los matrimonios y estructuran el comportamiento social deseable de cada uno de los actores. La mujer es visualizada entonces como mujer con plenos derechos reconocidos legalmente y el papel que desarrolla como madre, en el hogar y encargada del cuidado de los hijos socialmente, sin embargo su condición de libertad está acotada y disminuida. En tanto, los hombres han sido educados en un paradigma de superioridad, se les percibe socialmente como proveedores, jefes del hogar y quienes toman las decisiones. Los varones han ocupado cargos dentro de la política y puestos más importantes dentro de las empresas, por lo cual su condición de vida se ha transformado hacia un mayor control y poder de las relaciones sociales. En contraposición, la mujer asumió las responsabilidades en la educación y en la crianza de los hijos, en las labores domésticas y en las actividades menos valoradas de la sociedad (Miranda-Nova, 2012).

La desigualdad de género en México se ha ido transformando por los cambios sociodemográficos actualmente, es decir, por una parte la transición demográfica, el desarrollo humano y la participación de la mujer en el mercado laboral le han restado tareas domésticas. No obstante, estos cambios positivos han sido contrarrestados por: embarazo adolescente, incremento en hogares monoparentales de jefatura femenina y consecuentemente poca participación de las mujeres en actividades domésticas (Aguilar & Gutiérrez, 2017).

En relación con la educación de los hijos e hijas, culturalmente en nuestro país se observa que tanto hombres como mujeres difieren en la educación que reciben, comprobando cómo el género del educador influye en la rigidez de los roles con los que educan a sus hijos, lo cual implica que las madres son más rígidas con los hijos en cuanto a los roles de género, quienes educan a sus hijos varones dentro de un patrón más masculino que los padres (Barberá, 1998).

Hablar de los roles de género merece que se amplíe el concepto dirigido hacia su relación con la sexualidad. En el sentido más amplio, la sexualidad no sólo se refiere a las actividades dependientes del aparato genital, sino que ha sido conceptualizada como un fenómeno dinámico que se desarrolla a lo largo de la vida como consecuencia de una compleja y cambiante interacción de factores bio-psico-socio-culturales (DeLamater & Friederich, 2002). Por tanto, la sexualidad no es un hecho dado, sino que es una construcción social con diversas manifestaciones modeladas por la cultura, las instituciones, la etnia, el género, el grupo étnico y las concepciones del mundo (Weeks, 1998).

Así, en el caso del género en México, se observa una fuerte influencia en las vivencias de la sexualidad a partir de los deberes asociados a lo femenino y lo masculino. De esta manera, los comportamientos de las mujeres están cargados de un tinte tradicional, donde se les asocia a la reproducción, la crianza, la labor doméstica y el cuidado de los otros (Rocha-Sánchez, 2013).

El terreno de su sexualidad está marcado por una doble moral y las limitaciones impuestas para apropiarse de su cuerpo y ejercer el derecho al placer. Esto ha sido documentado por algunas investigaciones (Hernández, 2008; Hernández Montaña, 2015), donde las mujeres resisten a los avances sexuales de los hombres, dándose a “respetar”, haciéndose las “difíciles” y dando paso a que los hombres sean quienes las guíen en sus primeros encuentros sexuales.

Por su parte, al hombre se le ha asignado el rol del protector y soporte económico, el que sale al mundo público a desempeñar el trabajo remunerado, quien toma las decisiones, establece las reglas y protege a la familia. Las acciones anteriores son elementos fundantes del modelo tradicional hegemónico de masculinidad, lo que implica que para ser valorados como varones, deben manifestar, además, características de comportamiento como racionalidad, invulnerabilidad emocional, competitividad, fortaleza física, autosuficiencia, entre otras cosas (Rocha-Sánchez, 2014).

Todo lo anterior lleva a la ligación de estos estereotipos de género y su relación con la sexualidad, al uso de los métodos anticonceptivos, es decir, ¿qué influye para que una persona decida usar un condón? De acuerdo a la información mencionada, existen determinantes que tienen que ver, y el hecho de que esta decisión forme parte de más de una persona, aumenta estas determinantes, pues no basta con tener la información, sino que también se involucran las creencias y los estereotipos de género. Aunque los jóvenes cuentan con información sobre el uso de métodos anticonceptivos, su puesta en marcha está rodeada de una serie de resistencias y obstáculos sociales y psicológicos que tienen que ver con el arraigo de creencias tradicionales en función del género, tal como lo muestra la investigación de Enríquez, Sánchez y Robles, (2012) quienes concuerdan en que el uso del condón se asocia con los estereotipos masculinos hacia el cuidado de la salud sexual, de esta forma el que los jóvenes creen que las mujeres no deben comprar condones hace probable que también creen que sólo los hombres deben aprender a usarlo correctamente.

Abril (2014) afirma que el uso del condón es uno de los tópicos más resistentes al cambio, principalmente porque a través de esto los varones reafirman su masculinidad y ejercen el poder sobre las mujeres. Por tanto, las construcciones de género no sólo implican la asignación de tareas diferentes a hombres y mujeres, sino que establecen y fomentan desigualdad e injusticia; para ellas hay mayor impacto y desventaja.

Es importante profundizar acerca de las creencias sobre el uso del condón, pues si bien existe una variedad de razones por las cuales, tanto los hombres como las

mujeres deciden usarlo o no, al igual que el delegar la responsabilidad sobre su uso. Cada una de estas razones puede depender del contexto, la educación o el nivel socioeconómico.

3.2 Creencias estereotipadas vinculadas al uso del condón en hombres

El uso del condón en la población masculina se ha vuelto relativamente común, ya que ante la sociedad es visto como “verdadero hombre” el que asume riesgos y deja la responsabilidad en la mujer. Aunque en algunos casos se hace una distinción de con quién usar o no usar el condón, ya que los hombres por lo regular lo usan más en relaciones ocasionales mientras que con su pareja no lo usan muy seguido, ya que como se ha dicho, dejan esa responsabilidad reproductiva a la mujer, además de que con ellas no se preocupan de las ITS, y dan por seguro que sólo es con ellos con quienes tienen relaciones sexuales (Arias & Rodríguez, 1998; Estrada, 2011).

Entre los estudios que evaluaron el uso y creencias acerca del condón, Gómez, et al., (2001) realizaron una investigación a una muestra de hombres y mujeres colombianos respecto a las creencias que tenían acerca de la utilización del condón, el 39.0% manifestaron que el condón disminuye la sensibilidad, siendo esta respuesta más frecuente en los hombres (H=42.8%, M=34.5%), el 62.4% consideraron al condón como eficaz para la prevención del SIDA, mientras que el 62% respondieron afirmativamente que el condón previene el embarazo en forma efectiva lo cual es más representativo entre los hombres (H=29%, M=46.7%) y, respecto al empaque, predominaron las respuestas afirmando que el empaque en el condón no es importante (51.0%). Observaron también un predominio por las respuestas afirmando que el color, la textura y aditivos al condón lo hacen de mala calidad; respecto a la reutilización sólo un 14.8% conservaron esta idea, el pensamiento de que el condón enfría la relación se conserva en el 23% de los encuestados y, a la pregunta de si una mujer que carga un condón deja mucho que pensar, el 72% respondió que es falso.

Otro estudio relevante fue el que realizaron Jesús-Reyes & Menkes-Bancet, (2014) quienes, a través de entrevistas a profundidad, analizaron los significados que tienen los adolescentes acerca del uso del condón en sus relaciones sexuales. La muestra estuvo conformada por 28 hombres menores de 20 años de nivel socioeconómico bajo de los estados de Monterrey y Guerrero. Los resultados obtenidos mostraron, entre diversos puntos, que los varones manifestaron claramente el proceso por el cual desde pequeños se construían ante ellos mismos y ante los demás como hombres (ser dominante, activo y siempre complaciente). Mostraron también que respecto al uso del condón o algún otro anticonceptivo éste sólo está reservado para actividades sexuales con mujeres que desde el imaginario de los varones pueden pegar algo, es decir, mujeres que pueden transmitir infecciones o enfermedades. De forma contraria, esta imagen de riesgo no es percibida con sus parejas estables, a pesar de que en los discursos de los adolescentes está explícita la idea del riesgo de contagio de alguna ITS, en la práctica, debido a la espontaneidad y rapidez en la que se daba el encuentro, se excluía el uso del condón en cualquiera de las relaciones sexuales que el varón establecía. Por último, los resultados mostraron que el usar condón trae implícitamente el significado de no sentir y éste a su vez resulta una limitante o barrera que impide el placer dentro de las relaciones sexuales, lo que finalmente pone en riesgo su masculinidad, concluyendo que a pesar de los avances en materia de salud sexual, haría falta profundizar sobre el significado que los adolescentes dan a su inicio sexual y el uso de anticonceptivos, lo cual está inmerso en su imaginario y se refleja por ejemplo en la identidad sexual, con considerarse o no sujeto sexual, con el modelo de feminidad y/o masculinidad que se introyecta y reproduce, así como la imagen que socialmente se construye del otro, los cuales son parte de un proceso que poco ha sido estudiado para entender cómo los adolescentes incluso teniendo información de múltiples anticonceptivos, no los usan en sus relaciones sexuales, lo que trae consecuencias como embarazos no deseados o adquirir alguna Infección de Transmisión Sexual.

De igual forma establecen que todavía hace falta investigar desde la perspectiva de los varones, es decir, ¿por qué dicen conocer alguna forma de prevención tanto de

embarazos como de ITS y en la práctica no la usan? O en su caso ¿qué aspectos de la vida social, económica y cultural influyen para que los adolescentes teniendo la información suficiente sobre el condón no lo usen en su primera y consecutivas relaciones sexuales? ¿Qué elementos subjetivos de la vida cotidiana influyen para que usen o no un condón en sus relaciones sexuales?

Con los resultados anteriores se resalta la importancia de evaluar qué tan arraigadas están estas creencias en los distintos contextos, o qué tanto cambian las creencias respecto al uso del condón en la población masculina de México, específicamente en los ambientes carcelarios.

3.3. Creencias estereotipadas vinculadas al uso del condón en mujeres

Bianco, Pagani y Re (2000) señalan que debido a que es en la misma sociedad en donde se adjudican determinados roles a cada sexo, éstos adquieren “naturalmente” una división sexual que suele repercutir en los vínculos entre hombres y mujeres, sobre todo en el contexto de las relaciones sexuales.

En países latinoamericanos, por ejemplo, en donde predomina el “machismo” sexual, el varón puede independientemente de su edad y sin importar su estado civil relacionarse sexualmente con cualquier mujer. La mujer, si es soltera, debe conservarse casta, y, en caso de que haya contraído vínculo matrimonial, sólo dentro de éste tiene derecho a satisfacer sus necesidades en materia sexual. A la mujer, pues, se le educa para la sumisión y tiene que ser recatada; el varón, entre más mujeres seduzca, es más hombre (Ocampo, 1997). Tal forma de comportarse por parte de las mujeres tiende a obstaculizar la expresión de sus deseos y necesidades sexuales, así como el poder de decisión respecto de cómo, cuándo y con quién tener relaciones sexuales. Se crea así una situación real de subordinación que las coloca en desventaja, y que en los hechos dificulta la negociación del sexo seguro y la posibilidad de adoptar las medidas de

prevención ordinarias para evitar las infecciones de transmisión sexual, y en particular, la infección por VIH (Bloch, 2002).

En cuanto a las investigaciones sobre creencias estereotipadas respecto al uso del condón, se encuentra la de Camacho, et al., (2007) realizaron un estudio en una muestra de 381 mujeres colombianas de edades entre 15 y 52 años, cuyo objetivo fue analizar diferencias en la práctica de los comportamientos de riesgo para la infección por VIH relacionados con el uso del preservativo, se encontró que respecto del comportamiento hacia el uso de preservativo en la vida sexual activa, sólo 39 (15.1%) respondieron que lo habían utilizado en todas y cada una de sus relaciones sexuales, mientras que 219 (84.8%) reportaron no utilizarlo tan frecuentemente.

Con relación a los conocimientos sobre el preservativo, un elevado porcentaje (86%) de las participantes respondió correctamente a la pregunta de si el preservativo era efectivo para evitar el contacto con el VIH; asimismo, poco más de la mitad (56.2%) contestó correctamente que los preservativos elaborados con látex eran mejores que los elaborados con productos animales, mientras que también la mayoría (94.1%) contestó correctamente a la pregunta de si los preservativos constituían una medida preventiva para evitar la infección por VIH.

Planes, Prat, Gómez, Gras y Font-Mayolas (2012) realizaron un estudio en el que analizaron el uso del preservativo en los próximos tres meses con base en la aplicación de un cuestionario. En los resultados obtuvieron que, las mujeres dan mayores puntuaciones que los hombres, tanto a las ventajas como a los inconvenientes del uso del preservativo, además de que en el caso de las mujeres la valoración de las ventajas ha de ser más del doble que la de los inconvenientes a la hora del uso del condón.

Así mismo, Morrison-Beedy et al. (2002) comprobaron en un colectivo de 537 mujeres con una edad media de 30 años, que las ventajas percibidas del uso del preservativo era una de las variables que explicaba su empleo sistemático con una pareja estable, mientras que no ocurría lo mismo con los inconvenientes.

Por el contrario, Robles, Piña y Moreno (2006) en una investigación con una muestra mexicana de 335 mujeres estudiantes universitarias de 18 a 26 años, en la que no se concretaba el tipo de pareja, informan que la creencia de que el preservativo disminuye la satisfacción sexual fue uno de los predictores de su uso inconsistente, pero no se encontró un efecto positivo equiparable por parte de la creencia de que usar preservativo es bueno para la salud.

Basualdo, Giraudó, Discacciati, Capellato y López, (2007) realizaron una investigación en una muestra de 32 hombres y mujeres de 18 - 40 de nivel básico de escolaridad (primaria) de Buenos Aires, cuyo objetivo fue explorar creencias y conocimientos sobre el uso del preservativo. Los resultados fueron en función del acceso, efectividad, sensibilidad, etc. Sin embargo se destaca la parte de responsabilidad en función del género, en donde se muestra que en la distribución de responsabilidades, se asigna la responsabilidad de prevenir el embarazo fundamentalmente a la mujer. En este estudio la mayoría de los hombres coincidieron en que la mujer debería tomar la decisión sobre el método para evitar el embarazo no deseado, sin mencionar la prevención de las ITS. Al intentar analizar entre los entrevistados este comportamiento, surgió que las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección parecerían recaer sobre la mujer. Se puso en evidencia la repercusión que genera un embarazo no planeado (perder oportunidades de educación, pérdida de posibilidades laborales, etc.), sin embargo los varones transmitieron que no sienten que deban tener un rol protagónico en este punto, dado que manifestaron con convicción que la mujer debe ocuparse de que dicho embarazo no planeado no ocurra: "es ella quien debería imponerse, porque tienen más conciencia". En relación con el uso del condón, las mujeres opinaron que la elección del método y la responsabilidad deberían ser compartidas, en embargo, la mayoría reportó que al final cedieron al no utilizarlo para complacer al hombre por miedo al abandono o al engaño. Así mismo, coincidieron en las entrevistas que si la mujer cede o no, la llegada de un hijo no le genera al hombre una gran repercusión en su vida. Este tipo de creencias dio pie a dar cuenta de que tampoco la mujer sería siempre "la víctima", dado que ellos plantearon que la

mujer también, de alguna manera aprovecha la falta de interés en el cuidado del hombre, para resultar embarazada y consecutivamente, ejercer presión sobre el hombre para formar una familia. Resumiendo este punto, parecería que la elección del método anticonceptivo es femenina, así como la decisión sobre la maternidad.

Con los resultados de dicha investigación, se presentó al varón como poco protagonista y con cierta condición de vulnerabilidad, más impulsivo y menos cuidadoso. A su vez, pareciera estar legitimado que no va a ser el varón el responsable del cuidado de los hijos, puesto que se debía haber ocupado la mujer de evitar que el embarazo ocurriera. Asociada a la idea de responsabilidad, se planteó también la importancia de la "madurez" desde el aprendizaje y desde las vivencias. No se planteó que la madurez estuviera asociada a la edad, sino particularmente al efecto que adjudican las mujeres a la maternidad. Resaltaron además como, después de ser mamás, les cambió la percepción de esta "responsabilidad sobre el cuidado". (Basualdo, Giraudó, Discacciati, Capellato, & López, 2007).

Si bien la información anterior brindó un amplio panorama acerca de las creencias del uso del condón, es importante destacar la población hacia la cual va dirigida la presente investigación, es decir la población privada de la libertad, pues estas creencias pueden modificarse con el cambio de contexto, y con ello las personas con las cuales se convive a diario, genera una transformación de estas creencias que tienen los reclusos- Tomando como base algunas características de los datos anteriores se podría hacer una inferencia de los estereotipos de género en la PPL.

3.4. Estereotipos de género en población privada de la libertad

Debido a que son pocas las investigaciones enfocadas en estereotipos de género llevadas a cabo en la población privada de la libertad, y no hay datos concretos los cuales puedan tomarse como base teórica en este proyecto, se tomarán los datos demográficos que se asemejen entre la población en libertad y la PPL con el fin de tener una aproximación.

De acuerdo con datos del INEGI (2016), la población privada de libertad se concentra mayoritariamente en los grupos etarios de 18 a 29 años (32.5%) y de 30 a 39 años (35.3%). Y por nivel educativo siete de cada diez personas sólo cuentan con un nivel de escolaridad básica (72.1%), seguido de media superior con 19.2% mientras que sólo el 3.8% de las personas reportó no tener escolaridad. De la población sentenciada, 84.6% fue recluida por delitos del fuero común, mientras que 17.7% por delitos del fuero federal.

De igual forma, según la encuesta nacional a Población Privada de la Libertad (ENPOL) (2017), 70.34% de la población Nacional privada de la libertad cuentan con dependientes económicos, y de los centros de reclusión de la Ciudad de México, el 69.10% cuenta con dependientes económicos, que representan un total de 19,707 personas en dicha situación. Mientras que del total nacional, 129,755 personas, que representan el 61.50% cuentan con hijos menores de edad, y en la Ciudad de México, 16,803 personas comparten la misma situación. En cuanto a la escolaridad, 18,921 personas, que representan el 66.48% de los centros penitenciarios de la Ciudad de México, cuenta con escolaridad básica. En este caso, el presente estudio se enfoca en la población de 18 - 39 años, cuyo nivel educativo predominante fue de escolaridad básica y de los cuales únicamente se tomarán en cuenta para fines de este estudio la población recluida por delitos del fuero común.

Según Royá-Vela, Aldas-Manzano, Küster & Vila,(2008), los estereotipos de grupos de bajo nivel escolar se relacionan con un alto nivel de sociabilidad y el uso de estrategias de poder suaves; tales como la persuasión, por ejemplo a los roles masculinos se les otorgan características como la competencia, el heroísmo, los beneficios materiales y roles públicos; mientras que a los roles femeninos se les adhieren características como la familia, la amistad, la calidez, la comprensión y roles privados (dentro del hogar). Con los datos antes descritos, se puede hacer una inferencia con la población de tales características, es decir, que la población privada de la libertad que está dentro del grupo de edad y nivel socioeconómico seleccionado, posee creencias semejantes que la población en libertad, esto debido a que estas creencias son

aprendidas en la niñez y en los espacios de convivencia (Correll, Thébaud & Bernard, 2007), los cuales son semejantes en ambas poblaciones .

Para enriquecer los datos anteriores, en la presente investigación se recabarán datos respecto a los estereotipos de género tanto en mujeres como en hombres privados de la libertad, esto con el fin de poder realizar un análisis de resultados más completos y poder establecer conclusiones más precisas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación de la investigación

Múltiples estudios han abordado el tema de la salud sexual, en relación con las consecuencias negativas para la salud de las personas (Ochoa-Marin & Vásquez-Salazar, 2012; Rivas & Ortiz, 2013); entre estas consecuencias se destacan las infecciones de transmisión sexual (ITS) y subsecuente la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); según estadísticas recientes, existen 36.7 millones de personas en el mundo registradas con este virus, lo cual representa un importante problema de salud pública, pues actualmente los medicamentos únicamente controlan el virus (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2016). Particularmente en México, según CENSIDA, (2017), existen 194,407 personas con VIH, donde la mayor parte de esta población son hombres, representando un 80% del total.

De entre los factores de riesgo más alarmantes que aumentan la probabilidad de infección se encuentran el inicio de la vida sexual a edades tempranas, tener múltiples parejas sexuales y mantener relaciones sexuales con alta frecuencia, normalmente dichos comportamientos están asociados con no utilizar preservativo (Mendoza et al., 2012).

Es sabido que toda la población está en situación de riesgo, sin embargo, existen contextos específicos que propician el aumento de probabilidad de infección, es decir, comportamientos de riesgo, (ONUSIDA, 2010), un ejemplo de estos ambientes es el carcelario.

Según diferentes investigaciones, en los ambientes carcelarios se ha encontrado una variedad de conductas de riesgo, entre las que destacan la elaboración de tatuajes sin esterilizar, uso de drogas con jeringas compartidas, relaciones sexuales sin protección y violaciones (Adoga et al., 2009; Gough & Edwards, 2009; Nelwan et al., 2010).

Así mismo, las estadísticas muestran que en los entornos carcelarios es mayor el predominio de infección comparado con la población en situación de libertad, (ONUSIDA, 2014); y es mayor el número de casos registrados en hombres que en mujeres (CENSIDA, 2015).

Se resalta entonces la importancia de elaborar planes de intervención que puedan disminuir dichos datos, enfocados principalmente a la prevención y modificación de las conductas de riesgo antes descritas.

Sin embargo, de acuerdo con ONUSIDA (2014) los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH no cuentan con un nivel de desarrollo óptimo para responder al problema del VIH en las cárceles, es decir que en estos entornos generalmente no se toman en cuenta las necesidades específicas de cada género, así mismo tampoco se considera que el comportamiento sexual de las personas encarceladas es un factor clave en la modificación de las conductas, aunado a esto hay más factores involucrados como sus parejas sexuales, sus familias y las comunidades donde se desarrollaron.

Así mismo, Senteio, Wright, Jackson, Welk, & Zhang, 2010; Thurman, Kidman, Carton y Chiroro, (2016) sugieren que dichas intervenciones se centren en brindar información específica como las vías de transmisión y formas de prevención, pero sobre todo resulta importante clarificar mitos con respecto a las formas de transmisión del VIH y promover entre los participantes el uso correcto del condón.

DiClemente, Salazar y Crosby, (2007) consideran que en los programas de intervención es necesario proporcionar información y modificar algunos aspectos psicosociales, como lo son las creencias, intenciones y actitudes, entre otras; empero, estas acciones por sí solas pueden resultar débiles, ya que a pesar de que si hay cambios en estas variables, no necesariamente se vinculan con el comportamiento sexual, como, por ejemplo, en el uso del condón.

Para fortalecer el contenido de dichas intervenciones, es necesario recabar información antes de elaborar estos programas, con el fin de saber exactamente qué tipo de variables pueden influir sobre el surgimiento de otras. En este caso el uso del condón respecto a las creencias que se tengan de éste, y los estereotipos de género que tengan las personas privadas de la libertad.

De acuerdo con el INEGI, (2001) y Rocha-Sánchez, (2013), en México, se observa una fuerte influencia en las vivencias de la sexualidad a partir de los deberes asociados a lo femenino y lo masculino. De esta manera, los comportamientos de las mujeres están cargados de un tinte tradicional, donde se les asocia a la reproducción, la crianza, la labor doméstica y el cuidado de los otros.

Lo anterior lleva a la relación de los estereotipos de género y su ligación con la sexualidad y al uso de los métodos anticonceptivos, es decir, poder contestar a la pregunta: ¿qué influye para que una persona decida utilizar el condón?, pues así mismo, la Unión de Asociaciones Familiares, (2014) considera que los estereotipos de género también afectan a la sexualidad de los hombres y de las mujeres, al determinar qué tipo de roles debe de cumplir cada uno en el acto sexual, por ejemplo, practicar sexo se ve “normal” en los hombres y se considera tabú para las mujeres, que tienen que ocultar su deseo porque está “mal visto” socialmente. Así mismo en el ámbito del embarazo no deseado, las funciones típicas de cada género juegan un papel importante que atañe a los problemas de sexualidad.

De acuerdo a la información presentada, esta investigación analiza qué tipo de creencias respecto a los estereotipos de género tiene un grupo de hombres y mujeres privados de la libertad, y conocer en qué medida estas afectan o favorecen el estilo de negociación del uso del condón, además de analizar la relación que tiene el uso frecuente del condón y la presencia de enfermedades de transmisión sexual.

Se considera que conociendo esta información y tomándola en cuenta como parte del contenido en futuros programas de intervención, se podría tener un mayor

impacto en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo y por tanto en la disminución de las infecciones por VIH en entornos carcelarios.

Pregunta de investigación

¿Qué relación tienen las creencias sobre los estereotipos de género con la negociación del uso del condón y su uso en hombres y mujeres privados de la libertad?

Objetivos

Objetivo General:

Analizar la relación que tienen las creencias sobre los estereotipos de género y la negociación del uso del condón en hombres y mujeres privados de la libertad.

Objetivos específicos

- Identificar el patrón de comportamiento sexual
- Identificar y analizar los estereotipos de género en hombres y mujeres privados de la libertad y su relación con el uso del condón en la última relación sexual
- Describir los estilos de negociación del uso del condón en hombres y mujeres privados de la libertad y su relación con el uso del condón en la última relación sexual.
- Analizar la relación de la consistencia del uso del condón y los estilos de negociación del uso del condón

MÉTODO

Población

El proyecto se llevó a cabo con 194 internos del Centro Varonil de Reinserción Social de Santa Martha Acatitla y del Centro Femenil de Reinserción Social, ambos ubicados en la Ciudad de México. Del total de la muestra, el 48% fueron del sexo femenino (n=94) y el 52% del sexo masculino (n= 100).

Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres primodelincuentes, con índice criminal bajo y medio, con cualquier delito del fuero común y portación de arma de fuego.

Criterios de exclusión:

Población sentenciada, así como personas con trastornos mentales.

Descripción de la muestra

En la tabla 1 se observa la comparación de las medias distribuidas por cada sexo, en relación con cada categoría demográfica. Para la obtención de dichos resultados, se utilizaron los estadísticos *t* de Student para muestras independientes, y chi cuadrado χ^2 , encontrándose que existieron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la edad de los participantes en los grupos de ambos sexos.

Tabla 1 Comparación de porcentajes entre los grupos de hombres y mujeres en las variables sociodemográficas.			
Características	Hombres (n= 100)	Mujeres (n= 94)	Prueba estadística
Edad	32.14%	41.88%	$t = -7.41, p < .001$
Tiene hijos			$\chi^2 = 9.54, p = .00$
Si	65%	82.6%	
No	35%	16.3%	
Estudios			$\chi^2 = 8.19, p = .08$
Ninguno	2%	10.6%	
Primaria	19%	19.1%	
Secundaria	58%	44.5%	
Preparatoria	10%	17.0%	
Universidad	6%	11.7%	
Orientación sexual			$\chi^2 = 139.13, p = .00$
Bisexual	6%	24.7%	
Heterosexual	92%	61.3%	
Homosexual	0%	9.7%	
Ingresos familiares			$\chi^2 = 7.35, p = .18$
Menos de \$2,000	24%	23.4%	
\$2,000 a \$3,999	23%	13.8%	
\$4,000 a \$5,999	13%	7.4%	
\$6,000 a \$9,999	8%	8.5%	
Más de \$10,000	10%	12.8%	
No saben	20%	34.0%	
Delito			$\chi^2 = 91.91, p = .00$
Robo	80%	21.3%	
Violación	7%	0%	
Homicidio	5%	17.0%	
Privación ilegal de la libertad	0%	10.0%	
Delincuencia organizada	1%	1.1%	
Otros	6%	41.5%	

El grupo de edad predominante entre ambos sexos es el de 31 a 40 años. El 78% de la muestra de ambos sexos, cuenta con al menos 1 hijo. En cuanto al nivel de estudios se observa que el 50% de la muestra tiene la secundaria concluida o trunca, seguido de la primaria con el 20% y la preparatoria con 13%. Así mismo, el 78% de los participantes consideran ser heterosexuales seguido del 14% que se consideran bisexuales. En la parte de los ingresos mensuales, el 28% de los participantes no sabe realmente de

cuántos eran sus ingresos mensuales antes de ingresar al centro de readaptación, el 24% de los participantes tenían un ingreso mensual de menos de \$2000. Por último, el delito por el cual el 52% del total de la muestra ingreso a un centro de readaptación, fue el delito de robo.

Escenario

Se llevó a cabo en el salón del centro escolar del Centro Varonil y Femenil de Reinserción Social correspondiente, que mide aproximadamente ocho metros de largo por cuatro metros de ancho, con iluminación de ocho lámparas de luz blanca, paredes blancas, con dos pintarrones blancos, cuatro mesas de 1.60m de largo por 85cm de ancho y 65 sillas.

Tipo de Investigación

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de tipo correlacional para explicar qué relación existe entre los estereotipos de género y los estilos de negociación del uso del condón, por tanto, se determinó si la relación entre estas dos variables es positiva o negativa y cuáles son estas creencias (García, 2013).

Diseño de investigación

Se trabajó con un diseño transversal. Este tipo de diseño permite analizar una pequeña parte de una población, con la cual se pueden extraer datos relevantes sobre alguna de las variables antes descritas (García, 2013).

Variables

Variables Sociodemográficas

Características generales de los participantes, tales como edad, último nivel de estudios, hijos y delito por el cual ingresaron.

Creencias sobre los estereotipos de género. Conjunto estructurado de creencias compartidas dentro de una cultura o grupo acerca de los atributos o características que

posee cada sexo (Moya, 2003), son concepciones preconcebidas acerca de cómo son y cómo deben comportarse las mujeres y los hombres (Delgado, Novoa & Bustos, 1998).

Creencias acerca del uso del condón. Conjunto de ideas que engloban información, actitudes, significados, mitos y creencias sobre el condón y su eficacia como método de prevención de ITS, que se reflejan en la forma de uso y comportamiento de éste (Gómez et al., 2001).

Negociación del uso del condón. Se refiere a la forma particular en la que una persona negocia el uso del condón con su pareja sexual (Robles & Díaz-Loving, 2011).

Consistencia del uso del condón. Usar el condón en todas y cada una de las relaciones sexuales (Enríquez & Sánchez, 2004).

Presencia de infecciones de transmisión sexual. Hace referencia a la persona que manifiesta la presencia de alguna infección de transmisión sexual, las cuales se pueden adquirir si se mantienen relaciones sexuales con alguien que las padece, a través del acto coital, pero también pueden propagarse a través de otro tipo de vías como las mucosas de la boca, los órganos genitales y el ano, debido a que sus tejidos cuentan con las condiciones ideales, de humedad y calor, para que la infección se desarrolle y se transfiera (Eroski, 2017).

Frecuencia del uso del condón. Se refiere a las veces que es utilizado el condón en cada una de las relaciones sexuales, el cual es influido por diversos factores como el nivel de conocimientos diversos sobre sexualidad segura y la percepción de riesgo, que a su vez se asocia con los conocimientos; además el conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/Sida, así como pertenecer a un estrato socioeconómico medio y alto (Villaseñor, Caballero, Hidalgo & Santos, 2003).

Instrumentos

Datos Sociodemográficos

Se obtuvo información sobre edad (años cumplidos), nivel de estudios (ninguno, primaria, secundaria, preparatoria, universidad, posgrado, carrera técnica, otro), Tiene hijos (sí, no) e ingresos familiares (menos de \$2, 000, de \$2, 001 a \$3, 999, de \$ 4,000 a \$5,999, de \$6,000 a \$9,999, más de \$10, 000, o no sé) de los participantes. Asimismo, se obtuvo información sobre datos jurídicos referentes al delito por el cual fueron acusados (robo, violación, homicidio, privación ilegal de la libertad, delincuencia organizada u otras causas) (ver apéndice).

Patrón de comportamiento sexual. De la Encuesta sobre Salud Sexual validada por Robles y Díaz-Loving (2011) se retomaron 4 reactivos del apartado correspondiente a comportamiento sexual, que permitieron obtener información sobre: planeación de la primera relación sexual (sí/no), uso de condón en primera y última relación sexual (sí/no), si han tenido alguna ITS en su vida (sí, no, no sé) y número de parejas sexuales en toda su vida (ver apéndice).

Inventario de estilos de negociación sobre el uso del condón. 15 reactivos que miden los estilos colaboración y equidad que utilizan los participantes al negociar el condón con su pareja; con valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna es de $\alpha=.85$ (Robles & Díaz-Loving, 2011) (ver apéndice).

Así mismo, el número de preguntas incluidas en el cuestionario referente a los estilos de negociación del uso del condón fue de 9 reactivos, los cuales también fueron concentrados en dos factores:

Estilos de negociación Colaboración-Equidad

- Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.
- Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.
- Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar el condón.
- Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.

- Comparto los problemas con mi pareja de tal manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente.
- Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón

Estilos de negociación-contender

- Impongo mi forma de ser en el terreno sexual.
- Trato de salirme con la mía cada vez que puedo cuando se trata de relacionarse sexualmente.
- Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se trata de protegerse sexualmente.

Escala de estereotipos de género. Del instrumento elaborado por Rocha y Díaz-Loving (2005) se retomaron dos factores con 13 reactivos que evalúan la visión estereotipada sobre hombres y mujeres en el ámbito interpersonal (*Es mejor ser hombre que ser mujer*) y en el contexto social (*Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido*); las opciones de respuesta estuvieron definidas en una escala de cinco puntos evaluando el grado de acuerdo con cada afirmación (ver apéndice).

El número de preguntas incluidas en el cuestionario referente a las creencias estereotipadas de género fue de 12 reactivos, los cuales fueron concentrados en dos factores:

Estereotipos de género en el ámbito interpersonal

- Un hombre es infiel por naturaleza
- Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos
- La vida es más dura para un hombre que para una mujer
- Un hombre a diferencia de la mujer necesita de varias parejas sexuales
- El hombre tiene mejores habilidades que la mujer para cortejar a otra(o)
- Es mejor ser hombre que ser mujer
- La vida es más fácil y feliz para un hombre que para una mujer
- El hombre es superior a la mujer

Estereotipos de género en el ámbito Social

- Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido.
- Es más fácil para un hombre que para una mujer cortejar a otro (a).
- Los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos
- Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia

Procedimiento

Se solicitó el consentimiento informado, aquellos participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron colaborar, se les explicaron los objetivos de la evaluación, enfatizando la confidencialidad de la información que ellos proporcionaron, y se procedió a la aplicación de los instrumentos, los cuales se emplearon de manera grupal, pero se respondieron en forma individual. Dada la cantidad de instrumentos que debieron responder, éstos se aplicaron en dos sesiones y se presentaron de manera aleatoria para evitar cansancio y predisposición a responder de una determinada manera por parte de los participantes.

RESULTADOS

Patrón de comportamiento sexual

Se hizo un análisis del patrón de comportamiento sexual por sexo que incluyó: edad de inicio de la primera relación sexual, persona con quien fue la primera relación sexual (novio, amigo, familiar, una persona desconocida, trabajador/a sexual, otro), planeación de la primera relación sexual (sí - no), utilización del condón en la primera y última relación sexual, ocurrencia de alguna ITS y número de parejas sexuales en toda la vida.

La edad promedio de la primera relación sexual fue de 14.74 años, mientras que la edad mínima de inicio fue de 9 años y la máxima de 28 años (ver tabla 1), en los hombres la edad promedio fue de 14.30 años y en las mujeres de 15.23 años. Al analizar los estadísticos mediante la t de Student, no se encontraron diferencias entre ambos sexos. En relación al número de parejas sexuales, se observa que existe una diferencia significativa entre ambos sexos (ver tabla1) ya que la media de parejas sexuales en los hombres fue de 45 y en mujeres de 8.36.

Tabla 1. Edad y número de parejas sexuales

Variable	Toda la muestra			Masculino			Femenino	
	Media	D.E.	n	media	n	media	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad de debut sexual	14.74	3.42	100	14.30	90	15.23	-1.82	.068
Número de parejas sexuales	26.95	153.13	100	45.32	94	8.36	1.59	.035

Así mismo, en la pregunta de con quién fue tu primera relación sexual, predominaron los participantes que respondieron que respondió que fue con su novio (a), con un 62.4%, seguido de los que tuvieron su primera relación sexual con un

amigo en donde el porcentaje fue de 12.2%, así mismo, el 11% afirmó haber tenido su primera relación sexual con una persona desconocida. Únicamente en el 2.2% tuvo su primer encuentro sexual con un trabajador(a) sexual.

Los resultados de los reactivos de la encuesta que estuvieron dirigidos a conocer el patrón de conducta sexual de los participantes se muestran en la tabla 2. Se puede observar que, en la planeación de la primera relación sexual, en donde las opciones de respuesta fueron 1=sí y 2=no, se obtuvo que la mayor respuesta fue 2, lo que significa que el mayor número de participantes no planeó su primera relación sexual. Estos resultados resultan similares si se comparan al grupo de los hombres, en donde el 72% reportó no haber planeado su primera relación sexual, mientras que el 27% dijo que sí fue algo planeado. Sin embargo, en el grupo de las mujeres, los resultados fueron diferentes, pues el 60% afirmó haber planeado su primera relación sexual, mientras que sólo el 39.8% respondió negativamente a la pregunta. De acuerdo al estadístico χ^2 se encontraron diferencias significativas únicamente en la planeación de la primera relación sexual.

En cuanto a la utilización del condón en la primera relación sexual, el 72% del total de la muestra reportó no haber utilizado condón en su primera relación sexual, mientras que el restante 25% reporta haberlo utilizado. Respecto a las diferencias por cada sexo, el 79% de las mujeres no utilizó el condón, el resultado es muy similar con el de los hombres, en donde el 69% reportó no haberlo utilizado.

Tabla 2. Comparación de medias sobre Patrón de comportamiento sexual en ambos sexos.

Variable	Toda la muestra			Masculino		Femenino		Prueba estadística	
	Medi a	D.E.	Porcentaje	Media	D.E.	Medi a	D.E.	χ^2	p
Planeación de la relación	1.57	.49	1: Sí= 42.5 2: No= 57.5	1.72	.44	1.40	.44	19.4	.00
Utilización del condón en la primera relación sexual.	1.74	.43	1: Sí= 25.8 2: No= 74.2	1.70	.46	1.80	.40	2.27	.13
Presencia de alguna ITS	1.91	.40	1: Sí= 13.2 2: No= 83 3: No sé= 3.8	1.95	.35	1.85	.44	3.39	.18

Con relación a la presencia de alguna ITS, se observa que el 83% del total de la muestra reportó no haber tenido alguna ITS, mientras que el 13% sí ha presentado a lo largo de su vida una ITS, sólo el 3.8% no sabe si la ha tenido. En el caso de los hombres, el 87% respondió que no ha tenido alguna Infección, mientras que las mujeres, el 78% coincide en que tampoco ha tenido alguna Infección de Transmisión Sexual (ver tabla 2).

En el número de parejas sexuales, el mayor porcentaje de parejas en los hombres fue de 9, concentrándose en este grupo el 14% de la muestra, mientras que en las mujeres fue el resultado fue el mismo número de parejas, en donde se concentró el 8.7%.

Estereotipos de género

En la tabla 3 se muestran los datos de las respuestas en ambos grupos, referente a los estereotipos en el ámbito interpersonal en el caso de las mujeres, la opción de respuesta con mayor porcentaje fue, totalmente en desacuerdo con un 50%, seguido de desacuerdo con un 23.5%, el porcentaje disminuye en las siguientes respuestas; los

resultados son similares en el grupo de hombres, donde se muestra un 42.7% para la respuesta de Totalmente en desacuerdo, seguido del 28% en Desacuerdo y 18.7% en Indiferente.

En este grupo de estereotipos, se muestra que tanto hombres como mujeres, en su mayor porcentaje manifiestan una discordancia con las ideas expuestas en estas preguntas, y sólo una mínima parte de la población concuerda con dichas ideas, es decir, que las creencias estereotipadas no se muestran completamente arraigadas en un modelo tradicional, donde cada rol de género está fijamente establecido.

Tabla 3. Porcentaje de respuestas de los estereotipos de género en ambos sexos.

Estereotipos en el ámbito interpersonal			
	Total	Hombres	Mujeres
Totalmente en desacuerdo	46.2%	42.7%	50%
Desacuerdo	25.9%	28.0%	23.5%
Indiferente	16.1%	18.7%	13.2%
Acuerdo	9.1%	10.7%	7.4%
Totalmente de acuerdo	2.8%	0%	5.9%
Estereotipos en el ámbito social			
	Total	Hombres	Mujeres
Totalmente en desacuerdo	29.5%	24.7%	35.6%
Desacuerdo	27.7%	29.0%	26.0%
Indiferente	18.7%	26.9%	8.2%
Acuerdo	15.1%	12.9%	17.8%
Totalmente de acuerdo	9.0%	6.5%	12.3%

En relación a los estereotipos en el ámbito social para el grupo de las mujeres, la opción de respuesta con mayor porcentaje fue: Totalmente en desacuerdo, con un 35.6%, seguido de desacuerdo con un 26% y un 12% en Acuerdo; únicamente el 8% se concentró en mantenerse Indiferente; a diferencia del grupo de hombres, quienes el

mayor porcentaje (29%) se mostraron en desacuerdo con las ideas expuestas y un 26.9% se mantuvo Indiferente, mientras que el 12.9% estuvieron de Acuerdo (ver tabla3). Los datos se muestran ligeramente variables, sin embargo, la mayor parte de la muestra se concentra en desacuerdo con las creencias de género, y son pocos los participantes que mostraron acuerdo con dichas ideas.

Tabla 4. Análisis de los estereotipos de género

	Muestra total			Hombres		Mujeres		t	p
	M T	M O	DE	MO	DE	MO	DE		
Estereotipo interpersonal	3	1.97	1.11	1.97	1.02	1.96	1.21	.093	.92
Estereotipo social	3	2.46	1.30	2.47	1.18	2.45	1.44	.103	.91

Se realizó el análisis de los estereotipos de género tanto en el ámbito interpersonal como en el ámbito social. Los resultados fueron en función del sexo, en donde en los reactivos de estereotipos en el ámbito interpersonal se obtuvo una media de 1.97 y DE=1.02 en el sexo masculino; en cuanto al sexo femenino, la media obtenida fue de 1.96 con una DE= 1.21 (ver tabla 4); referente a los estereotipos en el ámbito social, se obtuvo una media de 2.47 y una DE=1.18 en relación al sexo masculino, mientras que en el sexo femenino la media fue de 2.45 y DE= 1.44.

Estilos de negociación del uso del condón

En la tabla 4 se muestran los datos de las respuestas de ambos grupos, tanto en la Población total, y en mujeres y hombres. Referente a los estilos de negociación en el grupo Colaboración-Equidad en el caso de las mujeres, la opción de respuesta con mayor porcentaje fue de Acuerdo con un 67.2%, seguido de Indiferente con un 17.2%; en Desacuerdo estuvo 10.9% de las participantes y los porcentajes más bajos fueron Totalmente de en desacuerdo con 3.15% y Totalmente de acuerdo con 1.6%. A

diferencia de los hombres, donde el porcentaje fue más equitativo en las respuestas de Totalmente de acuerdo con 33%, seguido de Acuerdo con 32%, de igual forma los porcentajes más bajos se concentraron en las respuestas de Indiferente a Totalmente en desacuerdo.

En este grupo de Estilos de negociación, se muestra que tanto hombres como mujeres, en su mayor porcentaje mantienen estilos de negociación que favorecen la comunicación y búsqueda de soluciones en pareja.

Tabla 5. Porcentaje de las respuestas de los estilos de negociación en ambos sexos.

Estilos de Negociación colaboración-equidad			
	Total	Hombres	Mujeres
Totalmente en desacuerdo	6.8%	9.3%	3.1%
Desacuerdo	12.4%	13.4%	10.9%
indiferente	14.3%	12.4%	17.2%
Acuerdo	46.0%	32.0%	67.2%
Totalmente de acuerdo	20.5%	33.0%	1.6%
Estilos de negociación contender			
	Total	Hombres	Mujeres
Totalmente en desacuerdo	21.2%	22.4%	19.4%
Desacuerdo	27.1%	22.4%	33.3%
indiferente	20.0%	23.5%	15.3%
Acuerdo	15.3%	20.4%	8.3%
Totalmente de acuerdo	16.5%	11.2%	23.6%

Respecto a los estilos de negociación en el factor de contender en el grupo de las mujeres, la opción de respuesta con mayor porcentaje fue: Desacuerdo con un 33.3%, seguido de Totalmente de acuerdo con un 23.6% y un 15.3% se mantuvo indiferente; el 19.4% estuvo totalmente en desacuerdo (ver tabla 5); a diferencia del grupo de hombres en donde los porcentajes se mostraron más distribuidos en cada una

de las opciones de respuesta, por ejemplo, hubo más participantes que estuvieron totalmente en desacuerdo (22.4%) que Totalmente de acuerdo (11.2%) al contrario de las mujeres. En este caso los datos se muestran con discrepancias regulares, sin embargo, la mayor parte de la muestra se concentra en Desacuerdo con mantener un estilo de negociación que opte por no tomar en cuenta la opinión de la pareja.

Tabla 6. Análisis de los estilos de negociación del uso del condón

	Muestra total			Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>
	M T	M O	DE	MO	DE	MO	DE		
Negociación colaboración -equidad	3	3.61	1.14	3.66	1.31	3.53	.83	.695	.48
Negociación contender	3	2.79	1.37	2.76	1.31	2.83	1.46	-.365	.71

En referencia a los Estilos de negociación en Colaboración-Equidad, los resultados en cuanto al sexo femenino fueron los siguientes: una media obtenida de 3.53 y DE=0.83; mientras que en el sexo masculino la media obtenida fue de 3.66 y una DE=1.31. Por último, en los Estilos de Negociación Contender, las mujeres obtuvieron una media de 2.83 y DE= 1.46; a diferencia de los hombres que la media fue de 2.76 y DE=1.31 (ver tabla 6). Para ambos casos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Estereotipos de género, estilos de negociación y uso del condón en la última relación sexual

De igual forma se realizó el análisis entre los estereotipos de género y el uso del condón en la última relación sexual. Tal como se muestra en la tabla 7, las medias obtenidas para cada opción de respuesta en donde sí utilizó condón y no se utilizó condón en referencia a cada estereotipo y estilo de negociación fueron similares en

todos los casos. Para el estereotipo 1 (ámbito interpersonal) y el uso del condón en la última relación sexual se observa que no hay diferencias significativas entre los grupos; en referencia al estereotipo 2 (ámbito social) y el uso del condón, se muestra de la misma forma que no hay diferencias significativas; al contrario del estilo de negociación 1 (colaboración-equidad) en donde, de acuerdo al valor de $p=.01$ sí existen diferencias entre las variables; Por último, en el estilo de negociación 2 (contender), tampoco se observaron diferencias significativas.

Tabla 7. Estereotipos y negociación en relación con el uso del condón en la última relación sexual.

Uso del condón en la última relación sexual	Media	DE	<i>t</i>	<i>p</i>
Estereotipo interpersonal				
Sí	1.89	1.26	-.68	.49
No	2.02	1.01		
Estereotipo social				
Sí	2.32	1.34	-1.06	.29
No	2.54	1.24		
Negociación Colab-equidad				
Sí	3.91	1.02	2.67	.01
No	3.43	1.17		
Negociación contender				
Sí	2.69	1.45	-.67	.50
No	2.84	1.30		

Relación entre estereotipos de género, negociación del uso del condón y consistencia en su uso

En relación con los estereotipos de género y la negociación del uso del condón, se realizaron las correlaciones entre estas variables para analizar la existencia de posibles asociaciones. Para tales fines se aplicó el coeficiente de correlación r de Pearson, tomando como nivel de significancia el .05% de confianza.

Como se muestra en tabla 6, los resultados de las correlaciones muestran que éstas fueron significativas en diferentes casos. Por ejemplo, al asociar la variable de los Estereotipos en el ámbito interpersonal (1) con los Estereotipos en el ámbito social (2) ($r = .50$) se observa una asociación que indica que mientras los participantes estén o no de acuerdo con las creencias estereotipadas de género de tipo social, de igual forma mantendrán las mismas tendencias a las creencias estereotipadas de tipo interpersonal.

Además el estereotipo de tipo interpersonal mantiene una asociación ligeramente con el estilo de negociación-contender ($r = .21$) lo que muestra que de igual forma si una persona mantiene una cierta creencia, ya sea positiva o negativa hacia los estereotipos interpersonales tendrá la misma creencia hacia un estilo de negociación de tipo contender a la pareja. Por ejemplo, si no está de acuerdo en que un hombre es infiel por naturaleza, tampoco lo estará a la afirmación de que tiene que imponer su forma de ser en el terreno sexual.

Así mismo, otras variables que se muestran asociadas son los estereotipos de tipo social con los estilos de negociación de tipo contender (ver tabla 8) así, una creencia sobre un rol definido a exclusivamente a cada sexo puede estar directamente involucrado con un comportamiento de la misma índole en el terreno sexual, a la hora de negociar el uso del condón.

Sin embargo, se puede ver que en los estereotipos de tipo social con los estilos de negociación de colaboración-equidad no hay una correlación significativa de acuerdo con los valores mostrados en la tabla 8.

Tabla 8. Estereotipos de género y Estilos de negociación del uso del condón en la población

Muestra total				
Variable	Estereotipo 1 interpersonal	Estereotipo 2 social	Negociación 1 colaboración- equidad	Negociación 2 Negociación contender
Estereotipo interpersonal		.50*	-.06	.21*
Estereotipo social			.02	.28*
Negociación colaboración-equidad				.17**
Negociación contender				

* $p < .01$

** $p < .02$

Tabla 9 Estereotipos de género y Estilos de negociación del uso del condón en hombres.

Hombres				
Variable	Estereotipo 1 interpersonal	Estereotipo 2 social	Negociación 1 colaboración- equidad	Negociación 2 Negociación contender
Estereotipo interpersonal		.41*	-.02	.14
Estereotipo social			-.02	-.24*
Negociación colaboración-equidad				.19*
Negociación contender				

* $p < .01$

** $p < .05$

En cuanto al análisis realizado en la población masculina (ver tabla 9), se muestran los resultados de las correlaciones entre las variables. Al igual que en la población total, el estereotipo de tipo interpersonal se asocia con el estereotipo de tipo social ($r=.41$); además, los datos de los estereotipos de tipo social mantienen una correlación significativa con los estilos de negociación de tipo contender, al igual que los resultados de la población general.

Sin embargo, a diferencia de la población, en la muestra de los hombres no hay una asociación entre los estereotipos de tipo interpersonal con los estilos de negociación contender.

Tabla 10 Estereotipos de género y Estilos de negociación del uso del condón en mujeres.

Mujeres				
Variable	Estereotipo 1 interpersonal	Estereotipo 2 social	Negociación 1 colaboración-equidad	Negociación 2 Negociación contender
Estereotipo interpersonal		.57*	-.17	.27**
Estereotipo social			.16	.32*
Negociación colaboración-equidad				.18
Negociación contender				

* $p<.01$

** $p<.05$

En la muestra de las mujeres (ver tabla 10), los resultados obtenidos de las correlaciones entre las distintas variables muestran que de igual forma que en la muestra masculina y que en la población, existe una asociación entre el estereotipo de tipo interpersonal y los estereotipos de tipo social ($r= .57$). Así mismo, también existe una asociación ligera entre el estereotipo de tipo interpersonal y los estilos de negociación de tipo contender ($r=.27$), los datos concuerdan con los obtenidos en la población, sin embargo, existe una diferencia con la población masculina. Finalmente

se muestra también una relación entre los estereotipos de tipo social con los estilos de negociación de tipo contender ($r=.32$). Los datos son semejantes entre la población y la muestra de hombres.

Tabla 11. Relación entre la consistencia del uso del condón con los estereotipos de género y estilos de negociación.

Variable	Muestra total			
	Estereotipo 1 interpersonal	Estereotipo 2 social	Negociación 1 colaboración- equidad	Negociación 2 Negociación contender
Consistencia del uso del condón	.08	-.01	.25**	.02
Variable	Muestra de hombres			
	Estereotipo 1	Estereotipo 2	Negociación 1	Negociación 2
Consistencia del uso del condón	-.05	-.00	.31*	-.04
Variable	Muestra de mujeres			
	Estereotipo 1	Estereotipo 2	Negociación 1	Negociación 2
Consistencia del uso del condón	.21	-0.1	.27	.09

* $p<.01$

** $p<.05$

En la tabla 11 se muestra el análisis del coeficiente de correlación r de Pearson, cuyos resultados muestran en la población que existe una asociación entre la consistencia del uso del condón y el estilo de negociación de colaboración equidad (1), lo anterior muestra que aquellos participantes que son consistentes en el uso del condón reflejan habilidades de comunicación para el uso del preservativo. Así mismo, se observa que este estilo de negociación fue el único asociado a la consistencia del uso de condón, mientras que en los estereotipos y en el segundo estilo de negociación no se marcaron tales asociaciones. Los resultados de la muestra total son consistentes con los mostrados en la muestra de hombres, quienes de igual forma aquellos consistentes en el uso del condón muestran estas habilidades para la negociación. Y de igual forma las demás variables no reflejaron asociaciones. No obstante, tales resultados marcan diferencias con el grupo de las mujeres, en donde no se dio una relación entre ambas variables.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación que tienen las creencias sobre los estereotipos de género y los estilos de negociación del condón en hombres y mujeres privados de la libertad. Con base en los resultados obtenidos, se discute en términos generales que existe una relación entre ambas variables.

Respecto a la edad promedio de inicio de la primera relación sexual, los resultados mostraron que en promedio los participantes iniciaron su vida sexual a los 14 años y también se observó que la mayoría de los participantes no la planearon, por lo que se infiere que al no planear, gran parte de ellos no usó condón, y justamente el 72% reportó no haber utilizado condón en su primera relación sexual, lo que hace más probable que en posteriores encuentros sexuales no lo usen, provocando así una exposición a una situación de riesgo de presentar algún problema de salud sexual, pues como lo menciona González, et al. (2013), la probabilidad de contraer una ITS aumenta drásticamente.

Ahora bien, en cuanto a la presencia de alguna ITS, el 83% de la muestra reportó no haber tenido un ITS a lo largo de su vida, estos datos son consistentes con lo dicho por ONUSIDA (2017) en donde menciona que se estima que la prevalencia del VIH se encuentra entre el 3% y el 8% de la población carcelaria. Sin embargo, el que el 72% de los participantes haya reportado no haber utilizado condón en su primera relación sexual, y en su última relación sexual el 61% haya reportado tampoco haberlo utilizado, puede hablar de que quizá haya inconsistencias en las respuestas de los participantes al no responder con total sinceridad. Lo anterior puede deberse a lo mencionado por Galindo, Ruiz y Castelán (2013) quienes afirman que, en situaciones de contexto de encierro, la vulnerabilidad hacia las personas se vuelve más compleja, pues son más propenso para adquirir una ITS y esto al hacerse público desencadenaría discriminación tanto por los compañeros como por las autoridades internas.

Otro punto que tiene que ver con los factores de riesgo de una ITS y en especial del VIH/SIDA es que dentro de las cárceles hay personas que tienen sexo con hombres.

Según los resultados de este estudio, en la muestra de hombres ningún participante reportó tener preferencias homosexuales, y sólo el 6% dijo haber tenido preferencias bisexuales, no obstante, el 5% reportó haber tenido relaciones sexuales anales, y un 3% reportó haber tenido relaciones sexuales frecuentemente dentro de las instalaciones en los últimos 3 meses. Sin embargo al contestar el reactivo de la frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con alguien del mismo sexo, el 15% reportó que al menos una vez había tenido este tipo de encuentros sexuales, y aunque no se recabó información sobre las relaciones sexuales con personas del mismo sexo dentro de las instalaciones, de puede inferir basándose en la información de la frecuencia de relaciones sexuales dentro de las instalaciones que, al ser un centro de reclusión exclusivamente para hombres, que estos encuentros pudieron haber sido con personas del mismo sexo. Así, el 63% de la muestra masculina reportó que al menos una vez había tenido este tipo de encuentros sexuales. Lo anterior es preocupante si se toma en cuenta que gran parte de estos encuentros se dan sin el consentimiento de la persona afectada, pues como menciona Estrada, (2014) quien agrega los posibles abusos sexuales que se dan dentro de las prisiones (y que posiblemente no estén reflejados en las estadísticas de este estudio), hacen más grande aún la vulnerabilidad de contraer VIH/SIDA.

Como se ha visto anteriormente, el uso del condón es un factor importante para la prevención de dichas Infecciones, sin embargo, dado que la mayor parte de la población dijo no haber utilizado el condón en su última relación sexual, las causas pueden deberse a que hayan tenido una pareja estable y por esa razón no lo hayan utilizado, pues según Arias y Rodríguez (1998) en algunos casos el uso del condón se usa más en relaciones ocasionales y con la pareja estable no se usa tan frecuente. Por otro lado, puede que lo anterior se deba a que el uso del condón sea objeto de mitos y creencias que tienen que ver con la masculinidad y el poder sobre las mujeres, y que tales construcciones de género (Abril, 2014), obstaculicen la práctica del sexo protegido.

Valdría la pena revisar en futuros estudios el nivel de conocimientos que tienen los participantes acerca del uso del condón y así poder vincularlo con comportamientos de menor riesgo, así, se reafirmaría lo dicho por Jemmott y Jemmott, 1990, y Villaseñor, et al. (2003) quienes mencionan que un alto grado de conocimientos está asociado al uso del condón. No obstante, estos comportamientos de riesgo, ya sea con pareja ocasional o pareja estable, los coloca en una situación de riesgo, aunque lo anterior depende también de distintas variables como el nivel de estudios y el contexto de desarrollo.

En lo que refiere a los estereotipos de género, como se mencionó anteriormente éstos fueron divididos en dos factores: ámbito interpersonal y ámbito social, en donde en las ideas del factor interpersonal la mayoría de los participantes reportaron estar en desacuerdo, lo que nos indica rechazan las creencias tradicionales referentes al rol de cada género, por ejemplo, Un hombre es infiel por naturaleza o Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos. Este tipo de creencias tradicionales son las expuestas por Estrada, Mendieta y González, (2016) pues según los autores, los roles de género en México están basados en un modelo conservador y machista, en donde la mujer cumple la función de cuidar el hogar y los hijos, los hombres son percibidos como jefes del hogar y proveedores.

No obstante, vemos que de acuerdo con los resultados dichas ideas no concuerdan en el casi 70% de los participantes, por otro lado, el que ellos perciban estas ideas, no quiere decir que no hayan sido formados bajo este modelo, más bien estas ideas estarían en su ideal de acuerdo con los cambios sociales que se han presentado a lo largo del tiempo. Tal interrogante podría servir como objeto de estudio en futuras investigaciones, en donde se analicen los comportamientos ante situaciones específicas en el terreno sexual, es decir, cómo actuarían en determinada situación y que estas situaciones reflejen bajo qué modelo de estereotipo pueden estar arraigadas dichas conductas sexuales; este tipo de investigación, complementaría otro tipo de estudios como el de Hernández & González, (2016), quienes identificaron los roles y estereotipos de género y su impacto en los comportamientos sexuales a través de una entrevista

estructurada, y analizaron las respuestas basándose en un análisis de la teoría fundamentada. Lo anterior serviría para tener datos y realizar un análisis cuantitativa y cualitativamente, además de que en la población privada de la libertad son pocos los estudios realizados, valdría la pena establecer diferencias con población universitaria.

Tal como lo mencionan Aguilar y Gutiérrez (2017), los cambios sociodemográficos han ido transformando el desarrollo humano y con esta transición demográfica, el papel de la mujer se ha tornado más activo en actividades que rompen con el modelo tradicional, lo anterior podría reflejarse en los datos anteriores. No obstante, tales ideas podrían polarizarse por el incremento de hogares monoparentales de jefatura femenina y la inversión de los roles de género que se tenían constituidas desde el modelo tradicional (Rocha-Sánchez, 2013).

En relación con los estereotipos de género en el ámbito social, se mostró que mayoritariamente tanto hombres como mujeres reportaron estar en desacuerdo con las afirmaciones expuestas en el cuestionario, dando así un 57% de la población que coincidía en este desacuerdo. Si bien dichas afirmaciones marcaban la función de roles específicos a cada sexo en situaciones sociales, coincidían en gran manera con los reactivos del factor anterior en la idea medular de los roles tradicionales. Sin embargo, a diferencia de lo que dicen Hernández, (2008) y Hernández, (2015), quienes mencionan que al hombre se le da el rol de protector, el que toma las decisiones y que estas funciones están fundadas en el modelo tradicional hegemónico de masculinidad; se observa que la dirección de las ideas reflejadas en los participantes parece no ir en tal sentido (y esto se refiere a ambos factores de estereotipos de género). Más bien estas ideas convergen con la línea de DeLamater & Friederich, (2002) y Weeks, (1998), quienes desde hace ya varios años afirmaban que todos estos factores son un fenómeno dinámico que se desarrolla a lo largo de la vida como consecuencia de una interacción de procesos bio-psico-socio-culturales y que es una construcción social con diversas manifestaciones modeladas por la cultura, las instituciones, la etnia, el grupo étnico y las concepciones del mundo. Por lo tanto, tales creencias de los participantes podrían explicarse en función de su edad, pues la mayor parte comprende edades de 30-40 años

y de igual forma se desarrollaron en ambientes urbanizados como la CDMX. Otro dato importante que mencionar en este apartado es que las respuestas de los participantes pueden estar permeadas de un grado de deseabilidad social, pues tal como mencionan Enríquez y Domínguez, (2010) que la deseabilidad social se basa en que la persona buscará responder de la mejor posible los cuestionamientos que se le hagan, sin importar que las respuestas sean contrarias a las creencias reales de la persona. Esto no quiere decir que la persona tienda a mentir de forma constante o que lo haga con malicia, sino que está temerosa de revelar información personal que la haría cuestionable: discriminación, uso de drogas, comportamientos sexuales, etc. Por lo tanto, no hay que dejar de lado que tales resultados pudieron ir en función de tales conceptos.

Otro de los análisis en el presente estudio fue el de los estilos de negociación del uso del condón, los cuales de igual forma fueron divididos en dos factores: colaboración-equidad y contender. Si bien en el factor de colaboración las afirmaciones de los reactivos estaban orientadas a formas de comunicación en las que se llegaban a acuerdos con la pareja, manejando un estilo de comunicación asertivo. De acuerdo a los resultados casi el 60% de los participantes estuvieron de acuerdo con tales afirmaciones, es decir, que mantienen ideas de comunicación asertivas, en donde no se imponga su voluntad, sino la misma colaboración para llegar a la búsqueda de soluciones. Por ejemplo, al tratar de llegar a acuerdos con su pareja para protegerse sexualmente, y al tratar de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón. Estos datos son consistentes con lo que refiere Tulloch et al, (2004) quienes mencionan que cuando las parejas conversan sobre el condón es más probable que lo utilicen. Así, tales comportamientos se traducen en mejores estilos de comunicación. No obstante, habría que saber si realmente los participantes poseen las herramientas necesarias para efectuar dichos estilos comunicativos en la práctica, pues el que estén de acuerdo con tales afirmaciones no quiere decir exactamente que tengan las habilidades para hacerlo.

Por lo tanto, resulta importante desarrollar investigaciones en donde puedan evaluarse dichas habilidades en el terreno sexual, creando escenarios hipotéticos, pero en donde los participantes mantengan un diálogo con la pareja y así poder medir el nivel

que tienen de estas habilidades respecto a negociar el uso del condón, pues no basta con tales afirmaciones, sino que es necesario verificar que en la práctica están presentes dichas conductas y sobre todo ampliar el repertorio de habilidades.

El segundo factor que engloba los estilos de negociación es el de contender, el cual incluía afirmaciones tal como menciona el factor de contención; por ejemplo, el imponer su forma de ser en el terreno sexual o tratar de salirse con la suya cada vez que pueden cuando se trata de relacionarse sexualmente. Este tipo de afirmaciones estuvieron más direccionadas hacia ciertos estereotipos, y tal como se vio anteriormente, conllevan más a formas de comportamiento arraigadas e imponentes. El 48% del total de la muestra mantuvo posiciones en las que estaban en desacuerdo y un 20% se mantenían indiferentes. Aunque los porcentajes estuvieron más distribuidos en esos rangos de respuesta, es importante señalar que en su mayoría no estaban de acuerdo con tales afirmaciones. Como se mencionaba anteriormente, tales estilos de negociación estaban permeados de patrones de conducta contendientes, pues tal como refiere Roth (1986), las relaciones de pareja y la negociación se enfrenta en ocasiones a las diferencias culturales y al rol de pareja, así, la sociedad es la que determina las pautas de comportamiento para cada género, por lo tanto, puede haber diferente vulnerabilidad tanto para hombres como para mujeres. Todo lo anterior juega un papel importante en las relaciones de poder que asumen las parejas, si bien, los participantes pueden estar o no de acuerdo con tales ideas, habría que tomar en cuenta otras variables como el tipo de relación en que se encuentran, o más específicamente, el juego de poder que ejerce en la relación sexual, y analizar esta relación o confrontación con la negociación del preservativo, además de como se mencionaba anteriormente, poder dotar a la población de tales herramientas para que puedan ejercer estos estilos de negociación y que no sólo se quede en su ideal, si no poder llevarlo a la práctica.

Vemos que en la población se encuentran presentes los estilos de negociación de colaboración y de contienda, tal como menciona Díaz-Loving & Sánchez, (2000) quienes mencionan que tales estilos deben estar presentes en las relaciones sociales y de pareja y describen a estos como aquella estrategia en la que ambos integrantes plantean sus

necesidades e intereses para llegar a la solución del conflicto; en el estilo de contienda ambos integrantes tratan de defender sus intereses y necesidades sin tomar en cuenta al otro.

La negociación del uso del condón como forma de protección resulta un método importante como parte del repertorio de habilidades para la prevención de ITS, y más importante el VIH/SIDA, más que nada en la población privada de la libertad tiene que tomarse más en cuenta, pues como se ha mencionado anteriormente, esta población se encuentra en un nivel más de riesgo, debido a las condiciones en que se pueden dar los encuentros sexuales y los espacios en donde se dan, además de la precariedad de los servicios médicos en estos ambientes.

Al realizar el análisis sobre el uso del condón en la última relación sexual, y los estilos de negociación, se encontró que existía una diferencia entre usar o no condón y el estilo de colaboración-equidad, lo cual permite entender que al comunicar sus necesidad y deseos, permitiendo con ello llegar a cuerdos y a una solución, puede determinar el uso del condón en el terreno sexual, lo anterior coincide con lo dicho por Robles y Díaz, (2008), quienes afirman que al aprender a comunicarse y a negociar el uso del condón, se promueve la igualdad en el ámbito sexual haciendo que tanto hombres como mujeres aprendan a comunicarse.

Según el análisis realizado sobre la relación entre los estereotipos de género y los estilos de negociación del uso del condón, se mostró que el estereotipo en el ámbito interpersonal se correlacionó positivamente con el estereotipo en el ámbito social, es decir, que los participantes al no estar de acuerdo con las afirmaciones del primer factor, tampoco lo estarán con el segundo, tal análisis parece coincidir que en su mayoría no coinciden con la idea de que las distintas funciones cotidianas estén determinadas únicamente a cada género; no obstante es importante mencionar que aunque puedan tener tales ideales, estos puedan no verse reflejados en sus comportamientos, por lo tanto habría que analizar estas cuestiones en futuros estudios. Lo anterior reafirma lo

dicho por Hernández y González, (2016), quienes reportaron en su estudio con universitarios que se vive una brecha entre la modernidad y el arraigo de las costumbres y existe así una mayor apertura a la flexibilización de los roles de género y que no obstante existe también estereotipos de género tradicionales que resaltan el rendimiento sexual.

Además de la anterior, hubo una correlación positiva entre los estereotipos de ámbito social con los estilos de negociación de contender, dicho de otro modo, las creencias sobre los roles de género están directamente involucrados con imponer estas creencias de la misma forma en el terreno sexual, que, de acuerdo a Hernández, (2008) el terreno de la sexualidad está marcado por las limitaciones impuestas para apropiarse del propio cuerpo y ejercer el derecho al placer. Los datos de las mujeres también se correlacionaron los estilos de negociación de contender, lo que quiere decir que las mujeres podrían resistirse a los avances sexuales los hombres, en una forma de hacerse las difíciles o inalcanzables, y haciendo que los hombres sean los que las guíen en sus primeros encuentros sexuales, pues de acuerdo a ciertos estereotipos femeninos, la mujer es vista como un trofeo, algo a lo que tiene que llegarse y, sobre todo, ganarse.

Los estereotipos interpersonales se correlacionaron positivamente con los estilos de negociación contender, lo que indica que una creencia estereotipada está asociada con un estilo de comunicación contendiente, tales estereotipos pueden estar más arraigados en grupos con contextos de desarrollo específicos, así como nivel socioeconómico y nivel de estudios, pues según Royo-Vela, Aldas-Manzano, Küster y Vila,(2008) los estereotipos van en función con el nivel escolar, las creencias aprendidas en la niñez y los espacios de convivencia.

De acuerdo con Royo-Vel et al., (2008), los estereotipos de los grupos de bajo nivel escolar se relacionan con adjudicar a hombres y mujeres roles específicos y arraigadas en un modelo hegemónico tradicional, es decir que las cualidades tales de los hombres con el heroísmo, la competencia, beneficios materiales, etc. y a las mujeres características como la familia, la amistad, y los roles del hogar y estas creencias son

aprendidas en la niñez y en los espacios de convivencia. De acuerdo con los resultados, la mayor parte de la población tenía como máximo de estudios la secundaria y provenían de hogares cuyo ingreso mensual era de menos de \$2000, por lo tanto, los datos no parecen ser consistentes de acuerdo con las respuestas de los participantes, pues como se ha visto, éstos mantienen creencias que no son como tal las que están basadas en un modelo conservador.

No obstante, es necesario mencionar que una idea puede no estar en concordancia con los comportamientos propios de cada género, y que estos comportamientos están marcados por ciertos estereotipos de género. Como recomendación para futuros estudios, se propone que puedan analizarse dichos comportamientos en situaciones específicas en relación con la conducta sexual que tengan que ver con la comunicación en pareja y la negociación del uso del condón, con el objetivo de poder establecer si existen diferencias entre estos ideales y los que están implícitos en las conductas, y así realizar intervenciones cuyo objetivo principal sea brindar talleres de información acerca de los estereotipos y qué tanto afectan a la sociedad y así analizar si hay modificaciones en estas conductas de tipo sexual.

Referente a los estilos de negociación, también habría que analizar en la práctica las habilidades que la población privada de la libertad posee para enfrentarse a una situación en la cual habría que negociar el uso del preservativo. Se recomienda la ampliación de este estudio, en el que se incluya una variable de intervención y otra de postevaluación, realizando un taller en el que esté presente información referente a los estilos de negociación y se brinde a los internos las habilidades necesarias para poder comunicarse asertivamente con la pareja, pues como se mencionaba anteriormente, el hecho de que tengan creencias que favorezcan la comunicación en la pareja y estén en contra de creencias en las que se imponga la actitud de un miembro de la pareja, es un gran paso, sin embargo es necesario reforzar estas creencias en la práctica con la implementación de dichas intervenciones.

El uso consistente del condón fue factor importante para saber si esta variable se correlacionaba con los estilos de negociación y con las creencias estereotipadas, de acuerdo a los resultados las únicas variables que mostraron una asociación con la consistencia del uso del condón fueron los estilos de negociación en el factor de colaboración equidad, mostrando así que aquellos participantes que usan condón con frecuencia poseen habilidades de comunicación para el uso del condón. Esta correlación fue similar con la muestra de hombres, reafirmando así lo expuesto por Tulloch et al., (2004) quienes afirman que cuando las parejas conversan sobre el condón es más probable que utilicen el condón, además que hablar sobre temas de sexualidad facilita su uso en la próxima relación sexual y por lo tanto tal comunicación con la pareja permite planear y negociar el encuentro sexual y por lo tanto negociar también el uso del condón. También estos resultados están en concordancia con los de Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, (2003). No obstante, en la muestra de mujeres se observó que ninguna variable mostraba asociación, resultados consistentes con los de Micher y Silva, (1997) y Villaseñor et. al., (2003), quienes comprobaron que los conocimientos como tal no se traducen en conductas preventivas.

No hay que dejar de lado que el uso del condón juega un factor clave en el sexo seguro, y es por eso por lo que también se recomienda ampliar en próximos estudios analizar el nivel de conocimientos que tiene la población privada de la libertad en relación con el uso correcto del condón, y poder brindar de igual forma una intervención que dote a esta población de estos conocimientos y habilidades para poder llevarlo a la práctica. Finalmente, hay que mencionar que también hay que concientizar a esta población sobre las ITS y las consecuencias que conlleva realizar prácticas de riesgo tomando en cuenta las carencias de los servicios de salud. Alcanzar resultados positivos en la educación sexual es el mejor discurso para su promoción, entretanto se ha mostrado en las generaciones más actuales que existen menos prejuicios, y pueden combatir los miedos y también contrarrestar los efectos que estos tienen para su pleno ejercicio, haciéndolo un ejercicio de la sexualidad libre, responsable y satisfactoria, libre de abusos, discriminación, y previniendo sobre todo las infecciones de transmisión sexual.

Se considera que la contribución de este estudio permitirá el desarrollo de futuras investigaciones orientadas a la sexualidad en población privada de la libertad, ya que de acuerdo a la literatura existen mínimas investigaciones referidas en este campo, y de hecho, el estudio de estereotipos de género en población privada de la libertad contribuye como otro de los factores dirigidos a la readaptación social, además de que es importante tomar en cuenta las características sociodemográficas de la PPL, pues tales características ayudan a tomar inferencias en relación con la misma población en condición de libertad, y como se ha visto, son muy pocos los estudios con personas de nivel económico y escolar bajo, y por el contrario abundan los estudios en población universitaria y adolescente. No hay que olvidar que la prevención también tiene efectividad en grupos etarios más altos y en niveles socioeconómicos y escolares bajos, pues de acuerdo con la presente investigación, también se considera a esta población como grupo de riesgo. Así mismo partiendo de los resultados del presente estudio, podrían desarrollarse otros tomando en cuenta las recomendaciones expuestas anteriormente, basadas en las limitaciones de este trabajo.

Ejercer la sexualidad no tiene que ser motivo de pena sino de libertad, satisfacción y alegría.

REFERENCIAS

- Abril, E. (2014). *Usar o no condón: ¿una decisión de hombres? Los estereotipos y roles de género y su relación con el cuidado de la salud sexual en jóvenes universitarios* (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Coahuila. Coahuila.
- Adams, B. & Bromley, B. (1998). *Psychology for Health Care: Key Terms and Concepts*. EUA: Pringar.
- Adoba, M., Banwat, E., Forbi, J., Nimzing, L., Pam, C., Gyar, S. et al. (2009). Human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C virus: seroprevalence, coinfection and risk factors among prisoninmates in Nasarawa State, Nigeria. *Journal of Infection in Developing Countries*, 3(7), 539-547.
- Aguilar, B y Gutiérrez, H. (2017). Desigualdad de género y cambios sociodemográficos en México. *Noesis, Revista de Ciencias Sociales*. (51), 2-19.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, N.J. Prentice-Hall
- Albarracín, D., Johnson, B., Fishbein, M. y Muellerleile, P. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161.
- Almendárez, P. (2009). *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras ante el VIH-Sida, en privados/as de libertad*. 1a. ed. Managua: Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua.
- Alport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading, MA: AddisonWesley.
- Alvarado, C., Garita, C. y Solano, G. (2003). *Adolescentes pobres: vida, carencias y esperanzas en salud sexual y reproductiva*. Costa Rica, San José.: Editorial PAIA
- Amigo, V. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. España: Pirámide.
- Arias, J., Aller, M., Fernández-Miranda, E., Arias, J. y Lorente, L. (2004). *Propedéutica quirúrgica. Preoperatorio, operatorio, postoperatorio*. España Sevilla: Tebar.

- Arias, R. y Rodríguez, M., (1998). "A puro valor mexicano" Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México. México.: El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía.
- Azaola, E. (2007). Las condiciones de vida en las cárceles mexicanas. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 49(200), 87-97.
- Azaola, E. y M. Bergman, 2009, *Delincuencia, Marginalidad y Desempeño Institucional. Resultados de la tercera encuesta a población en reclusión en el Distrito Federal y el Estado de México*. CIDE, México D.F.
- Barberá, E. (1998). *Estereotipos de género: construcción de las imágenes de las mujeres y los varones*. España Madrid: Pirámide
- Barrera, F.; Sarmiento, E. & Vargas, E. (2004). Relación de las actitudes personales y de la norma social con la actividad sexual de los adolescentes. *Revista de Estudios Sociales*. 17, 56-66.
- Basualdo, N.; Giraud, N.; Discacciati, V.; Capellato, N. & López. M. (2007). ¿Por qué cuesta usar el condón?: opiniones, creencias y conocimientos sobre el uso del preservativo en adultos de un suburbio de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 4(2), 18-26.
- Bermúdez, M., Herencia-Leva, A. y Uribe, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación- habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41(3). 587-598.
- Bianco, M., Pagani, L. y Re, M.I. (2000). *Mujer, Sexualidad y Sida*. Recuperado de: <http://www.psicodoc.idbaratz.com/selfframe.htm>
- Bloch, C. (2002). *La Feminización de la Epidemia de VIH/ SIDA*. Recuperado de: <http://www.psicodoc.idbaratz.com/selfframe.htm>
- Brannon, L. y Feist (2000). *Psicología de la Salud*. España Madrid: Paraninfo. Thomson Learning.
- Browne, B. (1998). Gender Stereotypes in Advertising on Children's Television in the 1990s: A Crossnational Analysis. *Journal of Advertising*, 27(1), 83 – 96.
- Buela-Casal, G. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Editorial Siglo XXI.

- Caballero, A.; Toro, I.; Sánchez, F. & Carrera, P. (2009). Las emociones y el género en la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Revista de psicología social*. 24(3), 349-361.
- Camacho, A.; Marietha, A.; Rumbo, V.; Roza, B.; Martínez, J.; Cecilia, M; López, P. & Alfonso, J. (2007). Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*. 10(2), 143-151.
- Camussi, E. & Leccardy, C. (2005). Stereotypes of Working Women: the Power of Expectations *Social Science Information*: Recuperado de <http://ssi.sagepub.com/cgi/content/abstract/44/1/113>
- Cardozo, I. & Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 17(3), 1079-1107
- Cardozo, I. & Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 17(3), 1079-1107
- Cates, W, & Stone, K. (1992). Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update — Part I. *Family Planning Perspectives*, 24(2), 75–84.
- CDHDF (2008) Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH por parte del Gobierno del Distrito Federal. México. Recuperado de: http://directorio.cd hdf.org.mx/informes/2008/Informe_VIH.pdf
- CENSIDA (2015). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 1er. Trimestre de 2016. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_1er_trim_2016_1.pdf
- CENSIDA, (2014). Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf
- CENSIDA. (2017). Información de Vigilancia Epidemiológica para Tabla de Resumen al Cuarto Trimestre de 2017. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/301432/RN_4to_trim_2017.pdf

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos., (2015). *Situación de los derechos humanos en México*. México, DF.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012). *Los derechos humanos de las personas que viven con VIH o SIDA en reclusión*. México, DF.
- Comisión nacional de los Derechos humanos. (2011) Mecanismo Nacional de prevención de la tortura. Informe de Actividades. Recuperado de:<http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/OPCAT/NPM/MexicoInformeActividades2011.pdf>
- Cook, R. & Cusack, S. (2010). *Estereotipos de Género. Perspectivas Legales Transnacionales* (Andrea Parra, trad.). University of Pennsylvania. EUA.
- Cornman, D., Schmiede, S., Bryan, A., Benziger, T. & Fisher, J. (2007). An information-motivation- behavioral skills (IMB) model-based HIV prevention intervention for truck drivers in India. *Social Science & Medicine*, 64(8). 1572-1584
- Correll, S., Thébaud, S. & Benard, S. (2007). An Introduction to the Social Psychology of Gender. *Advances in Group Processes* 24, 1-18
- Cramer, Daniel W., et al. (1987). The Relationship of Tubal Infertility to Barrier Method and Oral Contraceptive Use. *JAMA*, 257(18), 2446–2450.
- DeLamater, J. y Friederich, W. N. (2002). Human sexual development. *The Journal of sex Research*, 39(1), 10-14.
- Delgado, G., Novoa, R. y Bustos, O. (1998). *Ni tan fuertes ni tan frágiles. Resultados de un estudio sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y educación a distancia*. México: Unicef/Pronam.
- Díaz, F. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 57-71. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005&lng=pt&tlng=e
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (2000). Negociando y comunicando en pareja: relaciones entre estilos de comunicación y estilos de negociación. *La Psicología Social en México*, 8, (32)-38.

- DiClemente, R., Salazar, L., & Crosby, R. (2007). A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology*, *nil(nil)*, 1-19.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Enríquez, D. J., Sánchez, R. & Robles, S. (2012). Relaciones familiares y uso de condón en estudiantes de nivel superior, en R. Díaz Loving, S. Rivera y I. Reyes Lagunes (coord.), *La psicología social en México Volumen xiv* (303-309). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Enríquez, F. & Domínguez, A. (2010). Influencia de la Deseabilidad Social (DS) en Reportes de Capacitación. *Psicología Iberoamericana*. 18 (1) 69-79.
- Espada, J., Morales, A., Guillén-Riquelme, A., Ballester, R. & Orgilés, M. (2016). Predicting condom use in adolescents: a test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 16(35). 1-10.
- Espada, J.; Quiles, M. & Méndez, F.(2002). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*. 24(85), 29-36
- Estrada, J., Mendieta, A., & González, V. (2016). Perspectiva de género en México: Análisis de los obstáculos y limitaciones. *Opción*. 32(13), 12-36.
- Estrada, M. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (hsm): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Revista Gerencia y Políticas de la Salud*. 13(26), 44-57.
- Estrada, M., (2011). *Prácticas sexuales de hombres jóvenes de una colonia popular del Distrito Federal* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). Cuestiones conceptuales básicas en la evaluación de 3 programas. En: R. Fernández - Ballesteros (Ed). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- Fishbein, M.; Middlestadt, S. & Hitchcock, P. (1994) Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: An analysis based on the theory of reasoned action. In R.J. DiClemente & J. L. Peterson. *Preventing AIDS*. New York:Plenum.

- Fisher, J., & Fisher, W. (2000). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 3(3), 455-474.
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y parejas y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. *La Psicología Social en México* 12, 227-232.
- Fundación Eroski. (2017). *Guía práctica sobre sexualidad*. Recuperado de: <http://sexoysalud.consumer.es/>
- Galindo, L.; Ruíz, H. y Castelán, M. (2013). *Personas Privadas de la Libertad: Una mirada a la prevención del VIH/SIDA y a la no discriminación*. México, Hidalgo: Servicios de Inclusión Integral A.C.
- García, J.; López, C.; Jiménez, F.; Ramírez, Y.; Lino, L. & Reding, A. (2013). *Metodología de la investigación, bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud*, 2e. México, D.F: McGRAW-HILL.
- García, K. (2009). Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual. Matanzas. *Revista Médica Electrónica*. 31, (3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000300005
- Garcia-Marques, L. & Mackie, D. (1999). The impact of stereotype-incongruent information on perceived group variability and stereotype change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 979-990.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. y Magis, C., (2003). *Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual*. México D.F.
- Glanz, K., Rimer, B. & Lewis, F. (2002) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 3rd edn. Jossey-Bass, San Francisco, CA
- Glick, P. & Fiske, S. (2001). Ambivalent sexism. *Advances in Experimental Social Psychology*, 33, 115-188.
- Glick, P., Wilk, K. & Perreault, M. (1995). Images of occupations: Components of gender and estatus in occupational stereotypes. *Sex Roles*, 32(10), 565 - 582.

- Gómez de B. y Samudio, M (2014). Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social. *Instituto de Investigación Ciencia y Salud*. 12 (2), 43-58.
- Gómez, R.; Herrera, C.; Herrera, L.; Delgado, A.; Liliana, C.; Vanegas, N. & Lerma, D. (2001). Conocimiento mitos y creencias frente al condón y la sexualidad en jóvenes escolarizados de Pereira. *Revista Mexicana Risaralda*. 7(1), 9-14.
- Gómez, R.; Herrera, C.; Herrera, A.; Delgado, A.; Mejia, L.; Vanegas, N. & Lerma. (2001). conocimientos mitos y creencias frente al condón y la sexualidad en jóvenes escolarizados de Pereira. *Revista médica de Risaralda*. 7(1) 9-14.
- González, R.; Badial, H. & Gras, A. (2013). Salud pública, VIH/sida y derechos humanos en los centros de reclusión. *DFensor*. 8, 13-21
- Gough, E., & Edwards, P. (2009). HIV seroprevalence and associated risk factors among male inmates at the Belize Central Prison. *PanAmerican Journal of Public Health*, 25(4), 292-299.
- Guevara, E. (2010). *Cuando el amor se instala en la modernidad. Intimidad, masculinidad y jóvenes en México*. México UNAM/ceiich
- Hernández, A. (2015). *Relaciones amorosas de pareja entre jóvenes universitarios/as: una mirada desde la perspectiva de género* (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Coahuila.
- Hernández, A. & González, J. (2016). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la teoría fundamentada. *Ciencias humanas y de la conducta*. 23 (2).
- Hernández, J. (2008). *El trabajo sobre la identidad en estudiantes de bachillerato: reflexividad, voces y marcos morales*. México: UPN.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*. 44(6), 554-564.
- Hochbaum, G. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, DC: US Government Printing Office.

- Hutchinson, M. (2002). The influence of sexual risk. Communications between parents and daughters on sexual risk behaviors. *Family Relations ProQuest*. 53, 238-247
- INEGI.(2017) Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL) 2016. Principales Resultados. Recuperado de: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/encotras/enpol/2016/doc/2016_enpol_presentacion_ejecutiva.pdf
- Isada, C., Kasten, B., Golman, M., Gray, L. y Aberg, J. (2003). *Infectious Diseases*. Estados Unidos.: AphA.
- Jésus-Reyes, D. & Menkes-Bancet, C. (2014) Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de Población*. 79 73-97.
- Jost, J. T. (2001). *Outgroup favoritism and the theory of system justification: An experimental paradigm for investigating the effects of socio-economic success on stereotype content*. In G. Moskowitz (Ed.), *Cognitive social psychology: On the tenure and future of social cognition*. Hillsdale. New Jersey: Erlbaum
- Lam, A., Mark, A., Lindsay, P. y Russell, S. (2004). What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 160-171.
- León, D., Zárate, L. y Rivera, E. (2011). Aplicación del autocontrol para el tratamiento del exceso del peso en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(2), 90-107. Recuperado de: www.revistas.unam.mx.
- Lima, O.(2004). Hacia un nuevo modelo en la medicina. *Gaceta Médica de Caracas*. 122(2, 139-141.
- Maiman, L. y Becker, M. (1974). *The health belief model: Origins and correlates* Cambridge University Press
- Martín, M.; Martínez, J. & Rojas D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana Salud Pública*. 29, (6), 433–443.
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C. et al. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(4), 271-279.

- Menkes, C. y Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente. *Papeles de Población*, 35, 1-31.
- Micher, C. y Silva, B. (1997). Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la *Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM/SIDAETS*, 3, 68-73.
- Ministerio de Salud de la Nación, (2017). Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal. Recuperado de: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10191:nuevo-estudio-refleja-la-exposicion-de-personas-recluidas-en-carceles-al-vih-sifilis-tuberculosis-y-hepatitis-b-y-c&Itemid=226
- Miranda-Novoa, M. (2012), *Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género*. Dikaion, Universidad La Sabana, Chia, Colombia,
- Morales, C. (1999) *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Paidós.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Prentice Hall.
- Morrison-Beedy D, Carey MP, Aronowitz T, Mkandawire L, Dyne J. (2002). An HIV risk-reduction intervention in an adolescent correctional facility: Lessons learned. *Applied Nursing Research*. 5(2):97–101.
- Moya, M. (2003). El análisis psicosocial del género. En J. F. Morales y C. Huici (eds.). *Estudios de psicología social*, 175-221. Madrid: UNED.
- Naciones Unidas. (2010). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Nelwan, E., Van Crevel, R., Alisjahbana, B., Indrati, A., Dwiyan, R., Nuralam, N. et al. (2010). Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening. *Tropical Medicine & International Health*, 15(12), 1491-1498.
- Oblitas, (2008). Panorama de la Psicología de la Salud. *Revista Psicología Científica*. Recuperado de: <https://goo.gl/NkE3rY>
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.

- Oblitas, L. (2005). *Atlas de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. 2da. ed. México: Plaza y Valdes
- Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM
- Ocampo, J (1997). *Identidad de Boyacá*. Secretaría de Boyacá. Cátedra de Boyacá. Tunja, Colombia: Ed. Jotamar Ltda.
- Ochoa-Marin, S. & Vásquez-Salazar, E. (2012). Salud sexual y reproductiva en hombres. *Revista de Salud Pública*, 14 (1). 15-27.
- ONUSIDA. (2010). Grupos de población clave. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.as>
- ONUSIDA. (2014). The GAP Report. Recuperado de: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/>
- ONUSIDA. (2014). The GAP Report. Recuperado de: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/>
- ONUSIDA. (2016). El sida en cifras 2015. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- ONUSIDA. (2017). Estadísticas Mundiales sobre el VIH. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (2010). Recomendación sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo. Recuperado de: <https://goo.gl/yL6uEC>
- Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2010). *Directrices de políticas conjuntas de la OIT/OMS/ONUSIDA para mejorar el acceso de los trabajadores de la salud a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis: nota de orientación*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional*. Recuperado de: <https://goo.gl/8ar41P>
- Osorio, M. y Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud infantil*. Bogotá: PSICOM

- Paez, A. (30 de marzo de 2016). Casi 50% de las quejas en cárceles son por violaciones al derecho a la salud. CNDH. *IzqMx*. Recuperado de: <https://goo.gl/dLBWDq>
- Parrini, R. (1999). *Paternidad en la adolescencia: Estrategias de análisis para escapar del sentido común ilustrado. Explorando en la cuadratura del círculo*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://www.bibliotecavirtual.clacso.org/ar/libros/becas/1999/parrini.pdf>
- Paz, M.; Herencia-Leva, A.; Uribe, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41, (3), 587-598.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de santos.
- Pérez, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.
- Pitpitan, E., Kalichman, S., Garcia, R., Cain, D., Eaton, L. & Simbayi, L. (2015). Mediators of behavior change resulting from a sexual risk reduction intervention for STI patients, Cape Town, South Africa. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2). 194-203.
- Plakoyiannaki, E., Mathioudaki, K., Dimitratos, P. & Zotos, Y. (2008). Images of women in online advertisements of global products: Does Sexism Exist?. *Journal of Business Ethics*, 1 (12) 58-68
- Planes, M.; Prat, F.; Gómez, A.; Gras, M. & Font-Mayolas, Silvia. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de psicología*, 2, 161-170.
- Planned Parenthood Federation of America. (2004). La verdad sobre los condones. Recuperado de: <https://goo.gl/rAESsC>
- Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S. y Rudd, R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*, 14(6), 789-800.
- Rivas, D. & Ortiz, A. (2013). Situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres privados de libertad del Centro de Atención Institucional de San José. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*. 25. 1-25

- Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura de poder en la pareja*. México: UNAM/Porrúa.
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2006). Estilos de negociación vinculados con el uso del condón. *La psicología Social en México*. México: AMEPSO.
- Robles, S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: Programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA*. (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México. D. F.
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2008). Determinantes del uso de condón con pareja regular y pareja ocasional en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 12, 299-305.
- Robles, S., Díaz-González, E., Sánchez O., G. y Cabrera, A. (2008). El condón masculino: su eficacia y su uso correcto. En S. Robles y D. Moreno (Eds.): *Psicología y salud sexual* 10-18. México: UNAM
- Robles, S., Piña, J.A. y Moreno. D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22 (2), 200-2004.
- Rocha Sánchez, T. E. (2014). Hombres en la transición de roles y la equidad de género: retos, desafíos, malestares y posibilidades, en T. E. Rocha y I. Lozano, *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género* (41-66). México: UNAM
- Rocha, T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Rodríguez, V., Orozco, M., Santamaría, S. y Luna, D. (2011). Embarazo no deseado a término en mujeres adolescentes. *Revista científica electrónica de psicología icsauaeh*, 12, 20-35.
- Rosenstock I, (1960). What research in motivation suggests for public health. *A J Public Health*. 50:295-301.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*, New York: Plenum
- Roth, E. (1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.

- Roya-Vela, M., Aldas-Manzano, J., Küster, I. & Vila, N. (2008). Adaptation of marketing activities to cultural and social context: gender role portrayals and sexism in Spain commercials. *Sex Roles*, 58, 379-390.
- Rudman, L. & Glick, P. (1999). Femenized Management and backlash Howard agentic women: the hidden costs to women of a kinder, gentler image of middle managers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1004-1010.
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina clínica*, 102(1), 5-12. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx>.
- Sánchez, J.; Cázares, R.; Piña, L. & Dávila, T. (2009) Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Revista de Salud Mental*. 32, (1) 389-397.
- Sánchez, R y Enríquez, J. (11 de octubre de 2011). Modelo basado en la teoría de la conducta planeada. Recuperado de: <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/82-modelo-basado-en-la-teoria-de-la-conducta-planeada.html>
- Sánchez, R.; Alonso, P. & Santabárbara, S. (2016). Infecciones de transmisión sexual en hombres internos en prisión: riesgo de desarrollo de nuevas infecciones. *Gaceta Sanitaria*. 30(3), 208-2014.
- Santisteban, L.; Posada, M.; Mariño, Y.; Pérez, L. & González, O. (2016). Percepción de riesgo ante el VIH/sida en adolescentes del municipio Bartolomé Masó. Universidad de ciencias médicas Granma. Recuperado de: <https://goo.gl/6G4iJ5>
- Senteio, C., Wright, S., Jackson, R., Welk, S. & Zhang, S. (2010). Effective resources supporting healthy sexual behavior in formerly incarcerated persons. *American Journal of Sexuality Education*, 5, 362–376.
- Stone, G. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista latinoamericana de Psicología*. 20(1), 15-26.
- Tajfel, H. & Turner, J. (1979). *An integrative theory of intergroup conflict*. In W. G. Austin y S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Tajfel, H. (1981). *Humans Groups and Social Categories*. Cambridge, England:
- The Association of Faculties of Medicine of Canada (2012). The stages of prevention. Recuperado de <http://phprimer.afmc.ca/Part1->

[TheoryThinkingAboutHealthchapter4BasicConceptsinPreventionSurveillanceAndHealthProtection/Thestagesofprevention](#)

- Thurman, T., Kidman, R., Carton, T. & Chiroro, P. (2016). Psychological and behavioral interventions to reduce HIV risk: evidence from a randomized control trial among orphaned and vulnerable adolescents in South Africa *AIDS Care*, 28(1), 8-15.
- Tulloch, H., McCaul, K., Miltenberger, R., & Smyth, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52(6), 263-267.
- Unión de Asociaciones Familiares, (2014), Cómo afectan los estereotipos de género a la sexualidad. Salud sexual en clave cultural. Recuperado de: <https://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/como-afectan-los-estereotipos-de-genero-a-la-sexualidad/>
- Vásquez, M.; Argote, L.; Castillo, E.; Cabrera, M.; Gonzalez, D.; Mejía, M. & Villaquirán, M. (2005). Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. *Colombia Médica*. 36(1), 14-24.
- Villaseñor S., A, Caballero H., R, Hidalgo S. M., A. y Santos P., J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(1), 73-80
- Warner, D & Robert A. (1998). Male Condoms. In Robert A. Hatcher et al., eds., *Contraceptive Technology*, 17th edition. New York: Ardent Media.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós.

APÉNDICE

Encuesta para

HOMBRES Y MUJERES
(PPL) sobre

FACTORES DE RIESGO



INSTRUCCIONES

El propósito de esta encuesta es conocer algunos aspectos relacionados con tu salud emocional y sexual.

No tienes que contestar preguntas que te hagan sentir incómodo. Tu participación es voluntaria. TÚ DECIDES si contestas las preguntas. No hay preguntas correctas, ni incorrectas, sólo queremos conocer tu opinión y las conductas que comúnmente realizas.

Es importante que sepas que tus respuestas son privadas. Nadie en la institución o alguno de tus conocidos sabrá tus respuestas, de hecho, no se te pide que pongas tu nombre, sólo se te pide una clave que nos permita dar seguimiento a tu participación en talleres que impartiremos sobre salud emocional y sexual, por lo que es muy importante que contestes a cada pregunta con la verdad y con honestidad.

De antemano agradecemos tu apoyo para esta investigación, sin tu colaboración no sería posible, Gracias.

Sigue las instrucciones por parte del aplicador para elaborar tu clave

Clave de identificación:

1

2

3

4

5

1. Primeras dos letras del apellido paterno
2. Primeras dos letras del apellido materno
3. Año de nacimiento
4. Mes de nacimiento
5. Día de nacimiento

Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____

Folio: _____

Día Mes Año

Nombre de quien aplica el cuestionario: _____

INFORMACIÓN GENERAL

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos personales, jurídicos y familiares, por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

DATOS PERSONALES

DI1. ¿Cuál es tu edad? _____ años cumplidos.

DI2. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero (1) Casado (2) Unión Libre (3) Otro (4) Cuál _____

DI3. ¿Cuál es el último nivel de estudios que concluiste?

Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Universidad (5)

DI4. Antes de tu ingreso ¿Con quién vivías?

Sola (1) Con tu padre (2) Con tu madre (3) Con ambos padres (4) Con tu pareja (5) Con tu pareja y tus padres (6) Con los padres de mi pareja y mi pareja (7) Otro (8) especifica con quién _____

DI5. ¿Tienes hijos?

Sí (1) ¿Cuántos? _____ No (2) Pasa a la pregunta DI7

DI6. ¿Qué edades tienen tus hijos?

DI7. Te consideras una persona con una orientación sexual:

Te gustan sólo los hombres (1) Te gustan hombres y mujeres (2)

Te gustan sólo las mujeres (3) No sé (4)

DI8. ¿Antes de tu ingreso, cuáles eran los ingresos mensuales de las personas que trabajan y vivían contigo?

(1) Menos de \$2, 000 (Menos de 34 salarios mínimos)

(2) De \$2, 001 a \$3, 999 (De 35 a 69 salarios mínimos)

(3) De \$ 4,000 a \$5,999 (De 70 a 104 salarios mínimos)

(4) De \$6,000 a \$9,999 (De 105 a 173 salarios mínimos)

(5) Más de \$10, 000 (Más de 174 salarios mínimos)

(6) No sé

DATOS JURIDICOS

DJ1. Delito por el que cual te encuentras en el Centro Reinserción Social

Robo (1) Extorsión (2) Lesiones (3) Violación (4) Homicidio (5)
Privación ilegal de la libertad (6) Delincuencia organizada (7)
Otras causas (8) ¿Cuál? _____

DJ2 ¿De cuánto años es tu sentencia?

_____ **años** _____ **meses**

DJ3 ¿Cuánto tiempo te falta cubrir tu sentencia?

_____ **años** _____ **meses**

LO QUE PERCIBES DE HOMBRES Y MUJERES

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, para cada una de ellas indica con una "X" en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones para que respondas van de menor a mayor acuerdo y son:

1= Totalmente en Desacuerdo (TD); 2= En Desacuerdo (D); 3= Indiferente (I);
4= De Acuerdo (A); 5= Totalmente de Acuerdo (TA).

		TD	D	I	A	TA
EG1	Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido.	1	2	3	4	5
EG2	Es más fácil para un hombre que para una mujer ligar a otro.	1	2	3	4	5
EG3	Los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos.	1	2	3	4	5
EG4	Un hombre es infiel por naturaleza.	1	2	3	4	5
EG5	Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos.	1	2	3	4	5
EG6	Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia	1	2	3	4	5
EG7	La vida es más dura para un hombre que para una mujer.	1	2	3	4	5
EG8	Un hombre a diferencia de la mujer necesita de varias parejas sexuales.	1	2	3	4	5
EG9	El hombre tiene mejores habilidades que la mujer para ligar a otra(o).	1	2	3	4	5
EG10	Es mejor ser hombre que ser mujer.	1	2	3	4	5
EG11	La vida es más fácil y feliz para un hombre que para una mujer.	1	2	3	4	5
EG12	El hombre es superior a la mujer.	1	2	3	4	5

**SECCIÓN PARA RESPONDER ÚNICAMENTE POR PERSONAS QUE HAN
TENIDO RELACIONES SEXUALES**

LO QUE HACES....

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre diferentes aspectos de tu sexualidad; por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una “X” la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

PS2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

A los _____ años.

PS3. Tu primera relación sexual la tuviste con:

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| (1) Novio(a) | (4) Una persona desconocida |
| (2) Amigo(a) | (5) Trabajador/a sexual |
| (3) Familiar | (6) Otra. ¿Cuál? _____ |

PS4. Tu primera relación sexual ¿fue algo que planeaste con tu pareja?

- (1) Sí (2) No**

PS6. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?

- (1) Sí (2) No**

PS8. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida (por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): _____
personas.

PS10. Con qué frecuencia has tenido *relaciones sexuales* en toda tu vida con alguien de tu mismo sexo

- (1) Nunca (2) Poco frecuente (3) Algo frecuente**
(4) Frecuentemente (5) Muy frecuentemente

PS12. ¿Alguna vez has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

- (1) Sí. Cuál. _____ (2) No (3) No sé**

Algunas de las siguientes preguntas tendrás que responderlas con base en lo que tú hacías antes de tu ingreso al Centro de Reinserción Social.

PS15. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales en los tres meses previos (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido):_____ **veces.**

PS16. ¿Cuántas veces usaste el condón en los últimos tres meses previos? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido):_____ **veces.**

PS17. ¿Usaste condón en tu última relación sexual?
(1) Sí (2) no

PS18. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuviste las siguientes **prácticas sexuales** con tu pareja regular o pareja ocasional?

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente.											
Tipo de parejas		Pareja Regular					Pareja Ocasional				
PS18.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS18.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS18.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PS19. De las prácticas que señalaste en la pregunta anterior que si has tenido, señala ¿con qué **frecuencia usaste condón** en los últimos 6 meses con tu *pareja regular o alguna pareja ocasional*?

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente.											
Tipo de pareja		Pareja Regular					Pareja Ocasional				
PS19.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS19.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS19.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PS20. ¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales dentro de las Instalaciones del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan?

(1) Nunca (2) Poco frecuente (3) Algo frecuente
(4) Frecuentemente (5) Muy frecuentemente

PS21. ¿Cuáles son las prácticas sexuales que has tenido dentro de las instalaciones del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan?

(1) Vaginales (2) Anales (3) Orales
(4) Masturbación (5) Ninguna

ESTILOS DE NEGOCIACIÓN

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones. Marca con una "X" en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones para que respondas son: TD= Totalmente en Desacuerdo; D= Desacuerdo; I= Indeciso (ni acuerdo ni en desacuerdo); A= Acuerdo; TA= Totalmente de Acuerdo.

		TD	D	I	A	TA
EN1	Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN2	Impongo mi forma de ser en el terreno sexual.	1	2	3	4	5
EN3	Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN4	Trato de salirme con la mía cada vez que puedo cuando se trata de relacionarse sexualmente.	1	2	3	4	5
EN5	Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se trata de protegerse sexualmente.	1	2	3	4	5
EN6	Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar el condón.	1	2	3	4	5
EN7	Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.	1	2	3	4	5
EN8	Comparto los problemas con mi pareja de tal manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN9	Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!