



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Factores asociados a la consistencia del uso del
condón en hombres privados de la libertad”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
María José Mendoza Nápoles

Director: Mta. **Consuelo Rubi Rosales Piña**
Dictaminadores: Dr. **Ricardo Sánchez Medina**
Lic. **Blanca Delia Arias García**



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.

Al Doctor Ricardo Sánchez Medina, a mi directora Rubí Rosales y su equipo de trabajo, por el apoyo que me brindaron. Son un equipo respetable, los admiro demasiado. Fue un honor trabajar con ustedes.

A la UNAM, por brindarme esta oportunidad, estoy muy agradecida con mi hermosa escuela, que me dio grandes amigos y hermosas experiencias, me siento muy orgullosa de poder decir que soy egresada de la maravillosa UNAM.

A todos los integrantes de GRUPO VIDA, ustedes marcaron mi vida de una forma indescriptible, siempre los llevo en mi corazón.

A mis profesores, es especial a Calos Olivier, por su incondicional apoyo, gracias por alentarme a ser mejor estudiante y por cada palabra que tenía para mí cuando la necesitaba. Usted es un ejemplo a seguir, es un maestro en toda la extensión de la palabra, el mejor profesor que pude conocer, le agradezco el tiempo que me dedico y también agradezco su amistad.

Gracias a los chicos de CEVARESO por ser tan accesibles y amables, hicieron que este trabajo fuera muy agradable, espero que la investigación pueda ofrecerles mejores oportunidades de Salud y que más personas se interesen por esta población. Gracias a Guadalupe Nápoles, te agradezco infinitamente todo lo que haces por mí, cada logro que tenga en la vida va ir dedicado a ti, nunca me va a alcanzar la vida para pagarte todo el esfuerzo que haces día a día para que yo pueda cumplir mis metas. Eres una persona hermosa que merece la admiración de todos, me declaro tu fan mamita hermosa, espero este sea el primero de muchos logros que vivimos juntas. Gracias por tu confianza y por siempre creer en mí, eso me sirvió para querer ser mejor persona cada día, te amo con todo mi corazón.

Carne Vera, muchas gracias por todo, de verdad que no hubiera podido hacer esto sin

ti, le doy gracias a la vida por ponerte en mi camino, espero que nuestra amistad siga creciendo más, gracias por ser mi mejor amiga, por acompañarme en los peores momentos. Siempre que me necesites estaré ahí para ti, cuenta conmigo para todo, eres lo mejor regalo que me pudo dar la Universidad, te amo mucho.

A Irán Arregui, gracias por acompañarme en este proceso, eres un gran apoyo para mí, te agradezco que me dirás tu tiempo y las mejores palabras cuando sentía que ya no podía seguir avanzando, me agrada ver cómo hemos crecido y todos los cambios por los que pasamos juntos, espero que la vida este llena de cosas maravillosas para ti, sé que harás todo lo que te propongas.

A mi familia, a mis hermanas Nadia Mendoza y Leila Mendoza, ser su hermana es lo mejor que me pudo pasar, las amo demasiado y también a mis sobrinos, gracias por todo, nos tocó vivir cosas muy duras pero gracias a mi madre y a ustedes ahora todo es mejor. Me encanta que seamos tan cercanas, espero eso nunca cambie.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD	9
1.1 Psicología de la salud.....	14
1.2 Objetivos de la psicología de la salud	17
1.3 La actividad del psicólogo dentro de Psicología de la Salud	18
1.3.1 Psicología de la salud en el ámbito de la salud sexual	20
CAPÍTULO 2. SALUD SEXUAL.....	22
2.1 Problemas en la salud sexual	24
2.2 Conductas sexuales de riesgo	25
2.2.1 Embarazos no deseados.....	27
2.3.1 Infecciones de transmisión sexual	29
2.3.2 VIH-SIDA	31
2.3.2.1 VIH y personas privadas de la libertad	32
2.3 Factores de protección y prevención de las ITS	33
2.3.2 Negociación e importancia del uso del condón	36
CAPÍTULO 3. FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL CONDÓN EN HOMBRES PRIVADOS DE LA LIBERTAD	39
3.1 Factores sociales y económicos.....	39
3.1.1 Familia	41
3.1.2 Ambiente carcelario	43
3.1.3 Estereotipos de género	45
3.2 Creencias hacia el uso del condón	48
3.2.1 Habilidades para el uso correcto del condón	50
3.2.3 Comunicación sexual con la pareja	53
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	55
Pregunta de investigación	57
Objetivo General.....	57
MÉTODO.....	58
Participantes.....	58
Escenario	59
Tipo de Investigación	59
Diseño de investigación.....	59
Variables	59
Instrumentos	60
Procedimiento	63
RESULTADOS.....	64
DISCUSIÓN.....	69
REFERENCIAS	75
APENDICE	85

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar cuáles son los factores culturales, psicosociales y conductuales asociados al uso del condón en hombres privados de la libertad, esta información se obtuvo a través de la aplicación de la encuesta para la población privada de la libertad, donde se evaluaron sus características sociodemográficas así como el consumo de sustancias, apoyo social, patrón de comportamiento sexual; los factores evaluados fueron consumo de sustancias, Apoyo social, Patrón de comportamiento sexual, Consistencia del uso del condón, Estilos de negociación sobre el uso del condón, Comunicación sobre temas sexuales con la pareja, Conocimientos sobre VIH-SIDA e ITS, Actitudes hacia el uso del condón, Intención para usar el condón en relaciones sexuales, Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales con pareja regular y con pareja ocasional, Creencias hacia el uso del condón y estereotipos de género. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de tipo correlacional. Los participantes fueron 687 internos del Centro Varonil de Reinserción Social de Santa Martha Acatitla ubicado en la Ciudad de México, la selección de la muestra fue intencionada. Los resultados mostraron que las variables como actitudes hacia el uso del condón, autoeficacia para usar condón y los estereotipos de género mostraron diferencias significativas entre las personas que usan consistentemente el condón, de los que no, además de esto se encontraron cuatro factores predictores del uso consistente del condón: mencionarlos. Con base en los resultados obtenidos se discute en términos de la importancia de desarrollar una intervención, buscando que las personas privadas de la libertad obtengan herramientas para cuidar de su salud sexual. desarrollar una intervención, buscando que las personas privadas de la libertad obtengan herramientas para cuidar de su salud sexual. desarrollar una intervención, buscando que las personas privadas de la libertad obtengan herramientas para cuidar de su salud sexual.

Palabras clave: uso consistente del condón, población privada de la libertad, factores psicosociales, culturales y conductuales.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the cultural, psychosocial and behavioral factors associated with the use of condoms in men deprived of liberty, this information was obtained through the application of the survey for the deprived population of freedom, where their sociodemographic characteristics as well as substance use, social support, sexual behavior pattern; the factors evaluated were substance use, social support, sexual behavior pattern, consistency of condom use, negotiation styles on condom use, communication about sexual issues with partners, knowledge about HIV-AIDS and STIs, attitudes towards use of the condom, Intention to use the condom in sexual relations, Self-efficacy to use a condom in sexual relations with regular partners and with an occasional partner,

Beliefs towards the use of condoms and gender stereotypes. A quantitative study of correlation type was carried out. The participants were 687 inmates of the Manly Center of Social Rehabilitation of Santa Martha Acatitla located in Mexico City, the selection of the sample was intentional. The results showed that the variables such as attitudes towards condom use, self-efficacy to use a condom and gender stereotypes showed significant differences between people who consistently use the condom, of those who did not, in addition to this four predictive factors of use were found. consistent condom: mention them. Based on the results obtained, it is discussed in terms of the importance of developing an intervention, seeking that people deprived of liberty obtain tools to take care of their sexual health. develop an intervention, looking for people deprived of liberty to obtain tools to take care of their sexual health. develop an intervention, looking for people deprived of liberty to obtain tools to take care of their sexual health.

Key words: consistent use of the condom, population deprived of freedom, psychosocial, cultural and behavioral factors.

INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizada de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso (Oblitas, 2008).

Una gran parte del costo de la atención a la salud se contribuyó a los programas de prevención dirigidos específicamente a la conducta y estilos de vida deficientes del ser humano, que daban como resultado, lesiones, accidentes, envenenamiento, infecciones y otros semejantes, y de esta manera, evitar la dependencia de la tecnología biomédica en el tratamiento de la enfermedad (Buela-Casal & Carrobles, 1996).

El modelo enfoca su atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana considerando todos los elementos antes mencionados (Oblitas, 2008). Hoy

casi ningún profesional de la salud duda del impacto de nuestra conducta diaria 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 (Heman & Oblitas, 2005), como, por ejemplo, aquellas asociadas a la conducta sexual.

En este contexto, se ha encontrado que las conductas de riesgo aumentan la probabilidad de contraer alguna infección de transmisiones sexual, VIH-SIDA, embarazos no deseados, abortos entre otros; esto se torna relevante, ya que de acuerdo con cifras del Registro Nacional de Casos de VIH y sida (2017), existen 194, 407 casos notificados de VIH SIDA en todo el país, de los cuales el 50% corresponde a jóvenes entre 15 y 29 años de edad, siendo la vía sexual la principal fuente de transmisión.

La Junta de Andalucía (2012) menciona que el preservativo de látex es muy efectivo para la prevención de las ITS, y el VIH. Su tasa de rotura o deslizamiento durante el coito está en torno al 2%. Para evitar éstos y otros fallos en la prevención se han de usar preservativos homologados, seguir las instrucciones de uso, utilizar lubricantes cuando sea necesario (siempre de base acuosa si se usan condones de látex) y retirar el preservativo con el pene todavía erecto.

Cardona, Berbesi y Segura (2012) a sabiendas de que existen métodos de barrera ideal contra ellas, lamentablemente muchas personas carecen de la comodidad y confianza para usar uno de los más “~~pop~~ populares” métodos de barrera. Esta falta de confianza puede deberse a la falta de conocimientos hacia el uso del condón, además de la inhabilidad para negociar usarlo y la poca educación sexual que tienen las personas.

Debido a esto diferentes autores (López & Moreno, 1999; Espada, Méndez & Quiles, 2003), se han interesado por comprender las conductas sexuales de riesgo, ya que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto (Bahamon, Tobos & Viancha, 2014).

Cabe destacar que comienza a darle relevancia a estas conductas, principalmente en los grupos vulnerables (Cruz Juárez, 2010, como se citó en AIDISTAR, 2012; que de acuerdo con ONUSIDA (2010) el contexto social se relaciona con determinados comportamientos que hacen más probable la presencia de problemas de salud sexual, por lo que se debe poner atención en aquellas personas que por diversos factores sociales y económicos aumentan su

vulnerabilidad ante la infección; los ambientes carcelarios constituyen un ejemplo de este tipo de contexto, donde las se presentan mayores conductas de riesgo, (Enriquez, Robles & Sánchez, 2015).

Las personas privadas de la libertad, son un grupo que está en presencia de múltiples conductas de riesgo esto tiene como consecuencia que durante los últimos años el número de personas infectadas por el VIH /SIDA a nivel mundial, ha aumentado alarmantemente. Aunando que muchas veces no se toma en cuenta las necesidades individuales, en especial de los más desfavorecidos, no se llevan a cabo sus derechos, no cuentan con la educación sexual necesaria, son discriminados y no tienen con los servicios médicos sanitarios necesarios (Hernandez & Mejia, 2010).

Por todo lo anterior antes mencionado, resulta importante conocer cuáles son los factores probabilizan que las personas usen condón, centrados en los recursos hacia la población privada de la libertad, pues como se mencionaba, el condón es un método que por su facilidad y disponibilidad se encuentra más accesible, además de que resulta pues un factor clave dentro de estos ambientes para la prevención de ITS y especial el VIH/SIDA.

El trabajo consta de tres capítulos, los cuales abordan las principales definiciones de psicología de la salud, cuál es su objetivo, así como qué papel juega el psicólogo de la salud en esta área. También se revisarán cuáles son los grupos vulnerables y que conductas de riesgo los hacen más probables de contraer VIH. Como ya vimos anteriormente el contexto carcelario es de alto riesgo para la salud de las personas privadas de la libertad, tema en el que se profundizará en el tercer capítulo.

Por último, se reportaron lo resultados del cuestionario aplicado a Hombres privados de la libertad, se mostrarán los análisis correspondientes al objetivo general y se contrastarán los resultados obtenidos con la literatura expuesta.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

De acuerdo con Perea (2004), la forma de concebir la salud y la enfermedad ha sido de diferentes formas, esto cambia en función del momento histórico de las culturas, del nivel social y del nivel de conocimiento. Durante mucho tiempo el concepto de salud se relacionó con la historia de la medicina, al hablar de salud- enfermedad se piensa en el área que

históricamente es ha sido dominio de los médicos, por lo que la visión de este concepto ha sido el conocimiento de la causa de la enfermedad.

La evolución del proceso salud-enfermedad a lo largo de la historia ha tenido diferentes conceptos, que contribuyeron a delimitar los alcances de psicología de la salud, así como definir el quehacer del psicólogo, sus objetivos y sus limitaciones en esta rama. 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 (Quintana & Rondón ,2014).

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 (Perea, 2004).

Durante muchos años se preservó la idea de qué enfermedad era un castigo divino o resultado de una maldición. Los curanderos o brujos tenían el poder de curar. Sustentaban a la enfermedad de un modo demoníaco, lo que hacían era alejar al mal o ente demoniaco, (Mercado, 2016).

Estas visiones se fueron quedando atrás, dando paso a nuevas creencias y maneras de promover la salud, una de ellas fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que desarrollaron la visión de salud como higiene personal y pública. Los filósofos griegos consideraron que ser saludable era un don de los dioses. Platón decía que era mejor tener poco dinero y estar sano que estar enfermo y ser rico, (Restrepo, 2002).

En la civilización romana, el saneamiento del medio ambiental 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, Aller, Fernández, Arias & Lorente, 2004).

Tal como menciona Perea (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, no obstante 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 el cambio conceptual más importante, pasando de concebir una conceptualización de forma negativa a una consideración positiva.

Por otro lado, el modelo médico se centraba en abatir la enfermedad la cual Para René Leriche (médico francés de inicios del siglo veinte) es una “enfermedad fisiológica” —a enfermedad ya no se nos aparece como un parásito que vive sobre el hombre y del hombre a quien agota la consideramos como la consecuencia de una desviación, inicialmente mínima, del orden fisiológico, (Paco & Peña, 2002). Como se puede ver, se busca el estado de salud en un solo orden que es el fisiológico, este fue la limitación que tuvo el modelo biomédico es por eso que se buscaron nuevas formas de abordar el proceso de Salud-Enfermedad.

Las limitaciones del modelo biomédico se debían a que brindaba la atención médica centrándose en los factores biológicos. 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.

La filosofía inherente al modelo médico implica un reduccionismo (todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos) y el mantenimiento del dualismo mente-cuerpo, es decir, los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente, y el cuerpo y la mente son dos entidades separadas (Osorio & Oblitas, 2006).

No tomando en cuenta que cada día se da más importancia al estrés emocional, a los estilos de vida y las variables ambientales en la determinación de la salud y la enfermedad, (Buela-Casal & Carrobbles, 1996). Hoy también se debe considerar sus aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales (Oblitas, 2007).

A su vez los psicólogos, una vez que comenzaron a realizar intervenciones clínicas a partir de la Segunda Guerra Mundial, y conforme se iba consolidando el campo de la psicología clínica y de la salud mental, se percataron de que en ocasiones los problemas mentales tenían concomitantes de tipo físico (Oblitas, 2008). Asimismo, la medicina iba

paulatinamente asumiendo esta idea, favoreciendo con el tiempo el que se superasen en parte la dicotomía físico-mental o mente-cuerpo planteada por Descartes.

Los constantes progresos científicos, el perfeccionamiento de su aparato conceptual, los descubrimientos sobre los factores psicológicos en el proceso salud-enfermedad con el incremento consecuente de la capacidad operativa de acciones psicológicas sobre este eje, el desarrollo de modelos que han devenido fuentes teóricas como la Psicología Clínica, la Psicología Comunitaria y la Medicina Conductual, han permitido ir forjando este nuevo campo de trabajo (Morales, 1999 & Grau, 2002).

Todo lo antes mencionado motivo a tener una noción de “salud” en términos positivos, llegando a la definición que hace del concepto la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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, p.14). Como se puede observar, el término se redefine hoy en día a la luz del modelo biopsicosocial; sin embargo, especificar que es el bienestar de un individuo resulta complejo.

Como ha sido señalado por varios autores (Morales, 1999, Simón, 1999 & Werner, 2000, como se citó en, Grau & Hernández, 2005) el desarrollo de la Psicología de la Salud ha sido esencialmente el resultado natural de: a) las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica actual en salud, b) el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizada de la salud y, c) la posibilidad de comprender como variables sociales y psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social, etc.) mediatizan los problemas de salud, como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad. Además de presentar numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos. Este modelo asume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables, que la conducta social no tiene cabida en ella y, en su extremo, que las anormalidades conductuales se reducen a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos.

Existieron diversos momentos en la historia que fueron importantes para conformar psicología de la salud, uno de ellos ocurre en 1978 en donde se forma 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. La aparición de las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico a partir de la misma permitieron

en unos años este cambio y esta asunción que desembocará en la aparición de la medicina comportamental y de la Psicología de la Salud (Oblitas, 2007).

Es así que surgen diversas definiciones de La Psicología de la Salud tal como –al disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Oblitas, 2006). Por otra parte, Buela-Casal y Carroble (1996), en principio define a la salud como un estado integral de bienestar, algo más que la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, la salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como con las relaciones con el entorno social y ambiental. Según esto, la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores: organismo, conducta, ambiente (físico y social).

Este modelo biopsicosocial resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales.

Adoptar el modelo biopsicosocial para comprender el estado de Salud-enfermedad es de suma importancia ya que 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 (Oblitas, 2008).

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).

Los cuadros de morbimortalidad de países desarrollados, que se entremezclan cada

vez más en los cuadros típicos de países en vías de desarrollo (especialmente en comunidades urbanas más o menos industrializadas o en determinados sectores poblacionales) están directamente asociados a estilos de vida, a los efectos del estrés y las emociones resultantes, a estilos de afrontamiento y patrones conductuales, a creencias y atribuciones, los cuales se constituyen en verdaderos agentes multiactuantes en la etiología de las hoy llamadas —enfermedades aprendidas” (Oblitas, 2008).

Se volvió claro que las enfermedades infecciosas ya no eran los principales culpables en este caso. Una gran parte del costo de la atención a la salud se contribuyó a los programas de prevención dirigidos específicamente a la conducta y estilos de vida deficientes del ser humano, que daban como resultado, lesiones, accidentes, envenenamiento, infecciones y otros semejantes, y de esta manera, evitar la dependencia de la tecnología biomédica en el tratamiento de la enfermedad (Buela-Casal & Carrobles, 1996).

Todo esto coincide en el desarrollo de psicología de la salud, ya que hay una demanda social sobre todo en las zonas urbanizadas e industriales, en donde los individuos están íntimamente implicados en contextos y situaciones que afectan directamente sus vidas.

1.1 Psicología de la salud

La definición de salud y enfermedad se han ido modificando a lo largo de la historia. 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, como se citó en Cardoso & Rondon, 2014).

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).

Esto dio pie al surgimiento del modelo biopsicosocial, el cual plantea que dentro de la Psicología de la Salud 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, 2008).

Es Psicología y parte de la Psicología al estudiar el papel que tienen los factores psicosociales y las particularidades de la personalidad en el proceso salud-enfermedad y en la medida que los utiliza para promover estilos de vida más sanos o restaurar funciones psíquicas seriamente afectadas (Grau & Morales, 1989).

La participación de la Psicología en el vasto campo de la salud ha venido cobrando especial relevancia a la luz de las redefiniciones del propio concepto de salud y de los cambios mencionados en el panorama epidemiológico. Pretendiendo explicar las interacciones del organismo, el ambiente y una serie de fenómenos psicológicos, subrayan la conceptualización de la salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad, implica sentirse bien tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental (Buela-Casal & Carrobbles, 1996, Godoy, 1999).

Aunque existen aún fuertes controversias en lo que se entiende por Psicología de la Salud y son numerosos los intentos de confundirla o distinguirla de sus principales fuentes teóricas, la Psicología de la Salud emerge hoy como un campo integrativo de conocimientos procedentes de la Medicina Comportamental, la Psicología Clínica, la Psicología Social Comunitaria, la Psicología Sanitaria, la Medicina Psicosomática e, inclusive de la Psicología Ambiental, recogiendo aportes de la Psicología Educativa, la Psicología Laboral y la Psicofisiológica, pero conservando su especificidad (Grau, 1981).

Es así, que la Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizada de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso (Oblitas, 2008). Este fue uno de los motivos principales que dio pie al surgimiento de psicología de la salud, existen diversas definiciones para psicología de la salud, son diferentes pero la mayoría tiene en común que toma más factores además del biológico para definir salud.

Torres y Beltrán (1996) mencionan que por psicología de la salud debe entenderse una

actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda. Por otro lado, Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988), afirman que la psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud. De la misma manera Rodríguez y Palacios (1989), señala que la psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto.

En la década de los noventa surgen diferentes definiciones la cuales nos mencionan que psicología de la salud es una especialidad de la psicología que se centra en los problemas de la salud, sean físicos o médicos, con el objeto de prevenir su ocurrencia o de procurar su rehabilitación, siempre con base en los conocimientos, principios y la metodología científica, añadiendo que el comportamiento constituye uno de los determinantes principales, tanto de la salud como de muchas enfermedades (Carrobes, 1993). Del mismo modo Morales (1997) menciona que por psicología de la salud debería entenderse a la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente.

A su vez surgen definiciones más actuales sobre psicología de la salud mencionando que esta es –la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar”, Oblitas, (2006).

La definición que ponen Piña y Rivera (2006) indica que:

–al Psicología de la Salud debe entenderse simple y llanamente como un

campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos —saber acerca de las cosas— como las competencias —saber hacer las cosas de modo eficiente— indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud” (Piña & Rivera, 2006, p. 673).

Por lo tanto, la psicología de la salud, no es una disciplina aislada, ya que es parte de un campo integrado el cual reúne los aportes y perspectivas de varios cuerpos teóricos, la constituye una flexibilidad de los aportes de fuentes y corrientes teóricas, sin caer en un eclecticismo, además la respaldan investigaciones y experiencias, para estudiar cómo tanto los factores biológicos, psicológicos y sociales se conectan y afectan el estado de salud-enfermedad.

1.2 Objetivos de la psicología de la salud

Existen diferentes objetivos de psicología de la salud, la división 38 de la APA (2016) ha propuesto diversos, los cuales implican: 1) la comprensión y la evaluación de las posibles interacciones entre estado físico y factores psicosociales; 2) aplicación de las teorías, principios y métodos de investigación psicológica con el propósito de reforzar o fortalecer el enfoque biomédico tanto en la promoción de la salud como en el tratamiento de la enfermedad; 3) comprensión del estrés y de su relevancia en los procesos de enfermedad; 4) adquisición de habilidades para el diseño y la aplicación de programas dirigidos a desarrollar u optimizar hábitos o estilos de vida saludables; 5) comprensión de los mecanismos por los que métodos y técnicas cognitivos y conductuales contribuyen en el afrontamiento y control del estrés; 6) comprensión de las dificultades que tienen los pacientes cuando deciden buscar tratamiento médico; 7) reconocimiento del estado en el que se encuentran los pacientes hospitalizados y de los factores que interfieren tanto en la adherencia al tratamiento como en la relación médico paciente; 8) comprensión de las diferencias de las intervenciones médicas y psicológicas para el dolor, así como del efecto de su combinación en la eficacia del tratamiento; 9) reconocimiento del impacto que tienen sobre pacientes y familiares las enfermedades en fase terminal o que generan incapacidad; 10) comprensión de los mecanismos a través de los cuales las técnicas y principios psicológicos son eficaces para que los pacientes afronten y contribuyan en el control de la enfermedad crónica.

Estos diferentes objetivos que se plantean, contribuyen a que la psicología de la salud tenga mejor delineado sus alcances y así no caer en un eclecticismo como muchos autores han mencionado que lo hace.

1.3 La actividad del psicólogo dentro de Psicología de la Salud

Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de nuestra conducta diaria 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 (Heman & Oblitas, 2005).

El objetivo principal de los psicólogos de la salud, será mejorar la calidad de vida de las personas, por medio de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica, así como, planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de los procesos enfermizos, (Oblitas, 2006).

Los profesionales del cuidado de la salud, en general, han tendido a focalizarse, sobre las intervenciones a personas que ya han desarrollado problemas de salud (intervenciones curativas) a pesar de la constante insistencia de los planeadores de políticas de salud para dar un mayor énfasis sobre la prevención. Los psicólogos han estado más dispuestos que otros profesionales a adoptar una posición preventiva (Koop, 1983, como se citó en, Stone 1988).

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. Por otra parte, la *prevención secundaria*, se aplica cuando los factores generadores de enfermedad han entrado en juego y el objetivo es evitar el desarrollo o la codificación 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).

Como ya se mencionó anteriormente, el psicólogo de la salud trabaja bajo tres niveles de prevención, en los cuales realiza diferentes actividades, mencionaremos puntualmente las principales actividades, las cuales enlista (Stone, 1988):

- Investigación acerca de las relaciones existentes entre personalidad y susceptibilidad a la enfermedad o a la habilidad para enfrentarla.
- Orientación a las familias con problemas.
- Diseños educativos para facilitar el control de la diabetes.
- Enseñanza a los médicos y a otros profesionales de la salud para que se comuniquen en forma tal que faciliten la adhesión (adherencia) de los hipertensos a sus programas de medicación.
- Trabajo con organizaciones del cuidado de la salud para asistirlos en la definición de sus objetivos y en la evaluación de sus éxitos.
- Análisis de las políticas alternativas en la provisión de la salud por parte del gobierno, desde el punto de vista de las preferencias humanas y de las tendencias comportamentales.
- 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.
- Programas de intervención para promover la salud sexual.

Estas solo son algunas de muchas actividades que desempeña el psicólogo de la salud en diferentes campos, al trabajar con diferentes profesionales de la Salud el psicólogo se enfrenta a diferentes retos. Existen tres aspectos que aún representan un reto para el profesional de la Psicología.

El primero, fundamental, es el hecho de que la psicología de la salud no está siendo considerada en los marcos normativos en materia de atención a la salud, ya que se considera un asunto de competencia médica casi exclusivamente; el segundo es que los esfuerzos para intervenir de manera interdisciplinaria se consolidan desde las instituciones de salud, colocando a la medicina como el eje de las acciones en las que la prevención tiene poco o nulo lugar. El tercer aspecto es que la formación académica del profesional que interviene desde la psicología de la salud, salvo algunas excepciones, aún es deficiente y no proporciona los conocimientos teórico-metodológicos suficientes ni entrena las competencias, (Stone, 1988, como se citó en Piña, 2003).

Derivado de lo anterior, se puede afirmar que el psicólogo de la salud, tiene en sus manos el gran reto de seguir explorando las variables implicadas en el proceso salud – enfermedad y de insertarse en grupos de profesionales de la salud para plantear de manera interdisciplinaria el desarrollo de programas de prevención en sus diferentes niveles que ya se mencionaron.

Además de lo antes mencionado, este debe asumir, sin demérito de otras actividades sustantivas, el papel de una suerte de educador en el sentido amplio del término. De un educador capaz de identificar la dimensión individualizada de los problemas sociales y de su evaluación; de alguien capaz de enseñar a otros a seleccionar, adaptar y utilizar los procedimientos y las técnicas para generar los cambios deseados en los comportamientos que pueden afectar potencialmente la salud o que coadyuvan a su recuperación una vez que se ha perdido (Chaves, Gomes, Russel & Werner, 2005).

El papel del psicólogo de la salud cada vez es más importante, ya que aporta los conocimientos que tiene para ponerlos en práctica junto con otras disciplinas y así comprender los tratamientos y alternativas, que hasta el momento solo se habían dado desde una perspectiva médica y así poder abordarlo desde otro aspecto que no se ha manejado.

Como se mencionó anteriormente una de las actividades del psicólogo de la salud consiste en elaborar programas de intervención para promover la salud sexual a través de la educación sexual, esto surge a partir del aumento de personas contagiadas por alguna enfermedad de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, clamidia, VIH-SIDA, etc.), embarazos no deseados, así como la búsqueda a la adherencia del tratamiento para estas enfermedades.

1.3.1 Psicología de la salud en el ámbito de la salud sexual

El tema de la salud sexual y reproductiva, presenta dos tipos de complejidades tanto para la investigación como para la intervención: por una parte, el desarrollo de la SSR desde el enfoque de derechos y, por otra parte, la oferta, o la necesidad de la oferta, de un conjunto de servicios y niveles de atención a poblaciones específicas y en áreas sensibles como educación y salud, (Hernández 2015, como se citó en, Méndez, Motero & Rojas, 2016). De esta necesidad o demanda por parte de la población y los institutos encargados de la salud, surge la educación sexual, una educación de la sexualidad que posibilite el crecimiento de la sexualidad, sustituyendo la educación deformante por otra formativa, que fomente la libertad y la responsabilidad.

La UNESCO (2014), define la educación en sexualidad como “un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la sexualidad”

La organización de las naciones unidas para la educación la ciencia y la cultura, (2010) menciona que las características principales de la educación sexual es que debe integrar todo lo que constituye al ser humano, debe anteponer la condición de humano de la persona antes que su condición biopsicosocial, debe estar enfocada a la realización personal, debe ser una educación liberadora, ya que hasta el momento se ha impartido una educación juiciosa cargada de sesgos y errores que se apoyan y sostienen en la práctica.

La sexualidad es un proceso de aprendizaje que se manifiesta y evoluciona a lo largo de todo el ciclo de vida: la infancia, la adolescencia y la adultez y, forma parte inseparable de quiénes somos; implica múltiples aspectos que pasan desde ser hombres o mujeres; los papeles y expectativas asociadas a esas creencias; las conductas e interacciones con las demás personas y la aceptación del propio cuerpo (Correa & Cubilan, 2009).

CAPÍTULO 2. SALUD SEXUAL

El hecho de vivir dentro de una cultura influye en los procesos de socialización, los cuales orientan los aprendizajes que se van adquiriendo a lo largo de la vida. Por medio de esta cultura se transmiten creencias, costumbres, valores en muchas ocasiones estos aprendizajes no se cuestionan solo se pasan de generación en generación. Tal como mencionan Correa y Cubillan (2009) se naturaliza todo un conjunto de presunciones en relación a cómo deben comportarse hombres y mujeres y no se cuestionan, simplemente se aprenden este aspecto es muy significativo en el área de la sexualidad, donde se ha educado estableciendo conductas, comportamientos y actitudes sobre lo sexual de manera tácita.

Así mismo La Cruz Roja (2011) señala que por diferentes razones (religiosas, morales, etc.), a lo largo de la historia de la humanidad la sexualidad y el disfrute del propio cuerpo han sido reprimidos, juzgados o prohibidos, lo que ha conllevado, por un lado, que la sexualidad sea una de las dimensiones humanas menos comprendida y por otro, que en lugar de como una fuente de placer y gratificación, la sexualidad se haya vivido en muchos casos como algo vergonzoso, que había que ocultar y de lo que no se podía hablar, mucho menos en público.

Todas las ideas y mitos que giran en torno a la sexualidad contribuyen a crear una imagen distorsionada de esta. Por ejemplo, el creer que el comportamiento sexual depende solamente, de lo biológico, cuando en realidad los factores psicosociales tienen un peso muy importante.

Cuando se piensa en sexualidad desde un punto de vista integral, se puede tomar como un factor necesario y fundamental del ser humano, dejando de lado los enfoques limitados que se reducen a aspectos químicos y biológicos. Una educación integral de la sexualidad es capaz de desarrollar habilidades o capacidades con base en información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a la etapa de desarrollo en la que se encuentra la persona. Su implementación los ayuda a poner en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones relacionadas al ejercicio de su sexualidad a lo largo de toda su vida, incluyendo sus opciones reproductivas (UNESCO, 2014).

Dicho de otra manera, la sexualidad de acuerdo con (World health Organization, como se citó en, Álvarez, 2018):

—~~a~~ sexualidad es un aspecto central del ser humano, que está presente a lo

largo de nuestra vida. Engloba el sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la identidad, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se experimenta en y se expresa en pensamientos, sentimientos, ideas, fantasías, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, valores y relaciones interpersonales, La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”

Es de gran relevancia abordar los problemas relacionados a la sexualidad y encontrarles solución no solo por que afecte la salud sexual y por consiguiente la salud en general del ser humano, de su familia y de la sociedad. Así mismo estos problemas acompañados de la desinformación contribuyen a eternizar otros trastornos en la persona, la comunidad y la población en general.

Es por eso que surge la importancia de la salud sexual, la cual es definida por la OPS y la OMS (2014) como:

–al experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social” (p.6.).

Una persona puede vivir su sexualidad de manera integral y responsable si dispone de información amplia, objetiva, científica, con diversos enfoques acerca de su sexualidad; si tiene la oportunidad de expresar y responder a sus dudas, además de reflexionar sobre sí y sobre su vida afectiva. Aparte, el sujeto debe ser capaz de disfrutar sin hacer daño físico y psicológico, ni a sí ni a otros, de experimentar placer con responsabilidad, de respetar valores universales de convivencia y de ser asertivo en cuanto a reconocer y defender sus derechos y los derechos de los otros. La enseñanza es conocer cómo es mi cuerpo y cómo debería ser, (Campos & Salas, 2002, como se citó en, La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2014).

Es por esto que la Subsecretaría de Equidad y Calidad Educativa Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2013) menciona que la educación sexual surge como herramienta para desarrollar estas acciones de autoprotección, también surge en respuesta a las necesidades personales de tema, temas tan difíciles de abordar como el abuso sexual, las

enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, la violencia de género entre otros.

Por educación entendemos los procesos multidireccionales de socialización (formal e informal) mediante los cuales se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas determinadas de actuar hombres y mujeres de una sociedad concreta. Por tanto, la información y educación son herramientas para promover la salud sexual y bienestar de las personas, (García, 2011).

Por otro lado, Ortiz y Rivas (2013) indican que parte del derecho a la información y la educación sexual implica que deben estar libres de prejuicios para fomentar la toma de decisiones libres e informadas, así como la igualdad de oportunidades y la equidad. Las personas tienen además derecho a ser educadas y preparadas para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva.

En conclusión, la educación sexual ayuda a comprender los procesos, históricos y culturales, por los que se han generado los conocimientos actuales y la organización social y sexual vigentes, nos permita tomar conciencia de aquellos aspectos que deseamos asumir y los que deseamos cambiar, es un proceso lento, gradual y complejo que hace posible la construcción de las diferentes nociones sexuales.

2.1 Problemas en la salud sexual

Diversos estudios hablan de la importancia de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los hombres y el impacto negativo que tienen en el deterioro, no solo en el bienestar de las mujeres sino en ellos mismos; además reportan falta de compromiso y vinculación responsable con la salud, el autocuidado y la sexualidad, (Ochoa & Vásquez, 2012).

La OPS y la OMS (2000) mencionan una lista de razones para ofrecer una Educación Integral de la Sexualidad:

- Cada día, 800 mujeres mueren a causas de complicaciones del embarazo y la maternidad, y el 99% de los casos ocurre en los países en desarrollo. Para las adolescentes en muchos países esta es la principal causa de muerte. Además, en 2003 las mujeres menores de 24 años de edad representaron el 45% de muertes estimadas debido a abortos inseguros, (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

- Más de 200 millones de mujeres en los países en desarrollo desean prevenir el

embarazo, pero carecen de acceso a una anticoncepción efectiva. Ello resulta en 80 millones de embarazos no intencionales, 30 millones de nacimientos no planeados y 40 millones de abortos, la mitad de los cuales son inseguros y constituyen un riesgo de vida.

- A nivel mundial, 1 de cada 5 mujeres da a luz antes de cumplir 18 años. Se debe destacar que en zonas rurales las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las de zonas urbanas. Lo mismo sucede en aquellas de un nivel socioeconómico bajo, en relación con las que pertenecen a un nivel socioeconómico más alto, (Guttmacher Institute 2006, como se citó en Organización Panamericana de la salud, 2008).
- Cada año, ocurren 499 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables, con consecuencias para la salud materna y neonatal, así como un mayor riesgo de infecciones por VIH (de tres a cuatro veces).
- Un año adicional de escuela secundaria aumenta los salarios futuros en un 15-25%.
- Las mujeres saludables y mejor educadas también tienden a tener hijos más sanos y mejor educados, lo que resulta en una fuerza laboral futura mejor capacitada.
- Los datos de algunos países muestran que hasta 6 de cada 10 mujeres experimentan violencia doméstica y/o sexual en el transcurso de sus vidas.

Estas solo son algunas de las razones por la cuales se le debe dar importancia a la educación sexual, para comenzar a brindar esta educación integral es de vital importancia identificar cuáles son los principales puntos a atacar, es decir cuáles conductas de riesgo son las que mayormente se cometen.

2.2 Conductas sexuales de riesgo

El fondo de las Naciones Unidas para la infancia -Unicef (2011) afirma que uno de los principales problemas de salud que enfrentan los adolescentes y jóvenes en el ámbito mundial son las conductas sexuales de riesgo que se manifiestan a muy temprana edad y las cuales traen consecuencias a corto y mediano plazo, (Caban, Castellanos & Uribe, 2016).

Pérez y Pick (2006, como se citó en Jiménez, 2010) 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. Esta habilidad de negociar y poner en claro cuáles son nuestros deseos en cuanto a nuestra sexualidad no todos la podemos desarrollar por nosotros mismos, es necesaria la educación sexual para saber cuáles son nuestros derechos y cómo hacerlos valer.

La conducta sexual de riesgo se considera como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a la salud o la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o embarazo no deseado, (Espada, Quiles & Méndez, como se citó en, Arellano & García, 2017). Es alarmante que a pesar de que los adolescentes sepan que existen consecuencias en algunas ocasiones irreversibles a las conductas de riesgo que tienen, aun así, las sigan ejecutando. Así mismo Robles, Fías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011) encontraron que a pesar de que los adolescentes tenían un alto nivel de conocimientos, seguían mostrando conductas sexuales de riesgo.

Otro factor de riesgo es que los adolescentes comienzan su vida sexual a una edad cada vez más temprana, por lo que la mayoría de las veces sus relaciones sexuales no son planeadas y en ocasiones son forzadas (UNICEF, 2006). Además de que el uso del preservativo está más presente en las relaciones ocasionales, ya que cuando la pareja se torna estable, se puede suponer que su uso se flexibiliza (Souza, 2007, como se citó en, Baiz, Morales & Pereyra, 2016). Esto quiere decir que las personas asocian el uso del condón con la fidelidad y la monogamia, sin tomar en cuenta que su pareja podría tener a más compañeros sexuales y no usar preservativo.

Las conductas de riesgo aumentan la probabilidad de contraer alguna infección de transmisiones sexual, VIH-SIDA, embarazos no deseados, abortos entre otros. Cruz, Ramos y González (2011) mencionan algunas de las conductas que aumentan el riesgo de infección y que además son las más recurrentes, las cuales incluyen:

—Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas, tener varias parejas sexuales simultáneas, cambiar frecuentemente de parejas sexuales, mantener contacto sexual con parejas —cuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección, compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca, tener relaciones sexuales con penetración y sin protección, haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de

volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual, tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.”

Cabe destacar que comienza a darle relevancia a estas conductas, principalmente en los grupos vulnerables ya que: —le virus se propaga principalmente entre los grupos vulnerables: usuarios de drogas intravenosas y no intravenosas, poblaciones carcelarias, adolescentes, habitantes de la calle, y se concentra principalmente en las zonas urbanas y las rutas de transporte” (Cruz Juárez, 2010, como se citó en AIDISTAR, 2012).

Además de los grupos antes mencionados Cruz y González (2011) incluyen algunos grupos más, los cuales son:

—hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero, trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes, hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas, hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados, personas privadas de la libertad, mujeres y hombres que viven violencia sexual, jóvenes sin información y servicios adecuados, poblaciones indígenas o marginadas, población migrante, mujeres embarazadas. El contexto social en el que se encuentran los jóvenes puede favorecer el desarrollo de comportamientos de riesgo (ONUSIDA, 2015)”.

Entre los múltiples contextos que potencializan las conductas de riesgo es el caso de las población privada de la libertad esta es la población en la cual se centrará el trabajo, ya que se ha visto que cuando ellos están en un ambiente carcelario muestran diversas conductas sexuales de riesgo, presentan más riesgo de abuso sexual, relaciones anales sin protección, sexo bajo los efectos del alcohol o drogas sin usar protección, son jóvenes que inician sus relaciones sexuales a edades tempranas (Sánchez & Robles, 2014).

2.2.1 Embarazos no deseados

Otro caso de grupo vulnerables es el de las mujeres embarazadas, las madres adolescentes tienen un riesgo dos veces mayor de tener anemia, preclamsia y complicaciones durante el parto, además de un mayor riesgo de mortalidad durante el mismo. Por otra parte, los hijos de madres adolescentes presentan una tasa de morbilidad y mortalidad dos veces mayor que los bebés de las madres adultas, corriendo el riesgo de experimentar más malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia y parálisis cerebral, (Mariño, 2012)

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2014) reporta —América Latina es la región del mundo con mayor concentración de nacimientos en la edad adolescente, casi el 17% de todos los nacimientos corresponden a mujeres que tienen menos de 20 años (15 a 19 años).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2015) informa que cada año más de 200 millones de mujeres presentan necesidades no cubiertas en materia de anticoncepción, lo que causa aproximadamente 80 millones de embarazos no deseados. La edad de las madres es muy baja y por lo tanto su salud y la de sus hijos se ve comprometida.

Las recientes proyecciones que realiza la ONU demuestran que, para el quinquenio de 2010 a 2015, los países latinoamericanos tienen en conjunto una tasa global de fecundidad de 2.15 hijos por mujer y una tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) de 66.54 hijos por cada mil mujeres de este grupo de edad fue de 82.1 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años, en 2014, esa misma tasa se reportó en 77.4 para el trienio 2011 a 2013. Lo anterior contrasta con lo reportado por las estadísticas vitales, según las cuales, en 2014 ocurrieron cerca de 292 mil nacimientos en madres adolescentes menores de 20 años, mientras que en el año 2000 fueron 366 mil, lo que muestra una disminución de los nacimientos en este grupo de la población (INEGI, 2014).

Así mismo en el artículo de Díaz, Arrieta y González (2014, como se citó en, Baiz, Morales & Pereyra, 2016), se manifiesta que los embarazos no deseados son principalmente causados por relaciones sin protección y bajo efectos del alcohol, en donde el alto consumo de alcohol aumenta la probabilidad de no usar protección durante la práctica sexual.

El que los embarazos no sean planeados es la razón por la cual las madres son principalmente adolescentes, el 18% de los embarazos registrados a nivel nacional en el 2010, correspondió a este grupo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012). Ellas, especialmente las menores de 15 años, tienen una mortalidad materna más alta que las madres adultas, y sus hijos mayor probabilidad de morir en los primeros 28 días de vida (Campero, Walter, Hernández, Espinoza, Reynoso & Langer, 2006, como se citó en Barcena, Díaz- Loving & Robles 2013).

Tal como menciona Mariño (2012), un gran número de embarazos no deseados se

acompañan de una incidencia desproporcionada de mortalidad infantil, descuido y maltrato a los niños, terminando aproximadamente 4 de cada 10 de estos embarazos en aborto o muerte. Por si fuera poco, tanto los padres como sus hijos tienen que afrontar a corto, mediano y largo plazo una serie de adversidades sociales, legales, psicológicas, educativas y económicas.

Los embarazos no deseados es una de las consecuencias de tener conductas de riesgo, como no usar anticonceptivo, entre ellos el condón el cual además de ser eficaz en el control de natalidad, nos protege contra las infecciones de transmisión sexual.

2.3.1 Infecciones de transmisión sexual

En muchos casos preocupa más a los jóvenes evitar embarazo que una ITS, como en el estudio de Alves y Da Silva (2005), donde el principal motivo de uso del preservativo es evitar un embarazo. Por ello éste no se utiliza en prácticas diferentes al coito vaginal. Como se destacó anteriormente, persiste una baja percepción de riesgo a contraer una ITS (Baiz, Morales & Pereyra 2016).

El que no exista percepción de riesgo al tener alguna conducta de riesgo como no usar preservativo en cualquiera de las prácticas sexuales, aumenta el riesgo de contraer una ITS, la ONUSIDA (2010) estimaba que la mitad de los casos de nuevas infecciones ocurren entre los adolescentes y jóvenes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud 2005 (Instituto Mexicano de la Juventud, 2006), 1.6% de los jóvenes encuestados reportó haberse contagiado en algún momento de ITS (Jiménez, 2010).

Las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen un grupo importante dentro de las enfermedades infecciosas, que se traspasan a través de las relaciones sexuales; siendo algunas de ellas de notificación obligatoria a nivel mundial (Cardona, Berbesi & Segura, 2012).

Las ITS se transmiten generalmente mediante el contacto sexual sin protección cuando existe penetración, ya sea vaginal o anal, aunque también es posible adquirir una ITS mediante el sexo oral u otras vías como la sanguínea o perinatal (por ejemplo la sífilis y la hepatitis B).

Es así que Cruz (2011) menciona que las infecciones de transmisión sexual se transmiten generalmente mediante el contacto con:

- Fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B).
- A través de la contigüidad de la piel por medio de heridas micro o macro o membranas mucosas como, por ejemplo, mediante una úlcera en la boca, pene, ano o vagina, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios.
- Juguetes sexuales contaminados.

Cardona y Berbesi y Segura (2012) enlistan las principales infecciones de transmisión sexual, según el centro para control y prevención de enfermedades en el 2010:

Sífilis congénita: puede afectar a la mujer embarazada y se transmite al feto. Se estima que dos terceras partes de estos embarazos resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, cuando son complicaciones prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo.

Clamidia: causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que puede afectar los órganos genitales de la mujer. Aunque generalmente la infección por clamidia no presenta síntomas o se manifiesta con síntomas leves, hay complicaciones graves que pueden ocurrir —en forma silenciosa— y causar daños irreversibles como la infertilidad, antes de que la mujer se dé cuenta del problema. La infección por clamidia es la enfermedad de transmisión sexual bacteriana reportada con mayor frecuencia en los Estados Unidos, aunque muchos casos no son consultados toda persona sexualmente activa la puede contraer; a mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de infección.

Gonorrea: es causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, una bacteria que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero (matriz) y las trompas de Falopio en la mujer; y en la uretra de ambos sexos. Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano; se transmite por contacto con el pene, la vagina, la boca o el ano, sin necesidad de eyaculación.

Tricomoniasis: es causada por el parásito protozoario unicelular *Trichomonas vaginalis*. La vagina es el sitio más común donde ocurre la infección en las mujeres, mientras que en los hombres es en la uretra. El parásito se transmite a través de las relaciones sexuales con una pareja infectada, ya sea por el contacto entre el pene y la vagina o por el contacto de vulva a vulva. Las mujeres pueden contraerla de un hombre o de una mujer que tiene la infección, pero los hombres suelen contraerla solamente por el contacto con mujeres

infectadas.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): es el virus que puede producir el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. Existen dos tipos: VIH-1 y VIH2 y causan daños en el cuerpo humano al destruir células sanguíneas específicas, llamadas células T CD4+, vitales en la defensa de las enfermedades. El SIDA es la etapa avanzada de la infección por el VIH, cuando el sistema inmunitario de una persona está gravemente dañado y tiene problemas para combatir las enfermedades y algunos cánceres.

Es importante profundizar en el tema del VIH-SIDA ya que es el virus de transmisión sexual con mayor índice en los últimos años, además de que la población infectada con el virus sigue creciendo, Chavez & Álvarez (2012), señalan que específicamente en el estado de Coahuila (México) se reportan, según el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) (2009), 1,606 casos de casos de infección por VIH (61.1 por cada 100 mil habitantes). Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es la sexta causa de muerte en el mundo (OMS, 2014).

2.3.2 VIH-SIDA

Los países de América Latina se caracterizan por una epidemia principalmente concentrada del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Esta epidemia ha afectado principalmente a personas que usan drogas, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas transgénero, hombres que practican sexo con hombres, personas privadas de libertad y jóvenes en situación de pobreza y exclusión social (OPS, 2009, como se citó en AIDSTAR, 2012).

En el mundo, y al igual que otras patologías, la infección por VIH prevalece en contextos donde existe mayor desigualdad y pobreza, además de una falta de acceso a servicios sociales y de salud. El ministerio de la protección social (2011) señala que adicionalmente, el hecho de que el Sida sea una infección de transmisión sexual y que haya afectado, mayoritariamente, a sectores específicos de la población que tradicionalmente han sido marginados y excluidos en razón de sus prácticas o su orientación sexual, ha contribuido a que la epidemia se expanda, tal es el caso de las personas privadas de la libertad.

De acuerdo con cifras del Registro Nacional de Casos de VIH y sida (2017), existen 194, 407 casos notificados de VIH SIDA en todo el país, de los cuales el 50% corresponde a jóvenes entre 15 y 29 años de edad, siendo la vía sexual la principal fuente de transmisión.

2.3.2.1 VIH y personas privadas de la libertad

Las personas privadas de la libertad, son un grupo que está en presencia de múltiples conductas de riesgo esto tiene como consecuencia que durante los últimos años el número de personas infectadas por el VIH /SIDA a nivel mundial, ha aumentado alarmantemente. Aunado que muchas veces no se toma en cuenta las necesidades individuales, en especial de los más desfavorecidos, no se llevan a cabo sus derechos, no cuentan con la educación sexual necesaria, son discriminados y no tienen con los servicios médicos sanitarios necesarios.

El uso de drogas es otro factor que contribuye a que las personas privadas de la libertad sean un grupo vulnerable, en México se ha documentado el consumo de metanfetamina y cocaína (Brouwer, 2006, como se citó en, AIDSTAR, 2012), lo que también conlleva riesgo, ya que se dispone de evidencia internacional de la relación entre prácticas sexuales con riesgo de adquirir y transmitir el VIH en usuarios de metanfetamina y cocaína, además de popper.

Es por eso que en América Latina precisan ampliar el conocimiento y las intervenciones dirigidas a prevenir la expansión de infecciones de transmisión sexual y sanguínea entre las personas que usan drogas, sus parejas sexuales y sus hijos (AIDSTAR, 2012).

Sin embargo, el Ministerio de la protección Social de Colombia (2011), observó que la amplia mayoría de infecciones VIH se habían producido a través de la transmisión sexual, pues las minúsculas lesiones que se producen durante la penetración (vaginal y anal) y otras prácticas sexuales, facilitaban que el virus VIH pasará a través del semen y de las secreciones vaginales a la corriente sanguínea de la pareja. Además, factores tales como las relaciones promiscuas, no usar preservativos, la penetración anal o el contacto buco-genital, incrementa el riesgo de adquirir dicha infección.

La importancia que se le da a el VIH es porque además de que el virus se propaga rápidamente entre la población que tiene conductas sexuales de riesgo, este si avanza llega a la etapa del SIDA, el cual consiste en la presentación de una o varias enfermedades como consecuencia de la infección previa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

(VIH). Este se encuentra en numerosos fluidos humanos, aunque sólo en algunos (semen, secreciones vaginales) presenta una concentración suficiente como para provocar una infección. Se puede proteger de estos fluidos mediante métodos de barrera, como lo es el condón, la pregunta aquí sería ¿Por qué las personas no lo usan?, ¿Por qué arriesgarse a contraer una ITS?

En respuesta a estas preguntas, Cardona, Berbesi y Segura, (2012), Considera que las ITS son la puerta de entrada al VIH y a sabiendas que existen métodos de barrera ideal contra ellas, como el uso del condón de látex por su doble protección y su facilidad de acceso, aunque utilizados en todo el mundo como una valiosa estrategia en la batalla contra el VIH/ SIDA, lamentablemente muchas personas carecen de la comodidad y confianza para usar uno de los más “seguros” métodos de barrera. Esta falta de confianza puede deberse a la falta de conocimientos hacia el uso del condón, además de la inhabilidad para negociar usarlo y la poca educación sexual que tienen las personas.

2.3 Factores de protección y prevención de las ITS

Es necesaria la educación sexual para saber cuáles son los factores de protección ante las ITS, además de esto la educación contribuiría al desarrollo de conductas preventivas, así como tener mayor confianza a la hora de usar los métodos de barrera. Las competencias funcionales entendidas como las capacidades que posee un individuo para interactuar de manera efectiva según los requerimientos que una situación establece (Piña & Rivera, 2006). O de otro modo entendido como en tanto conductas de prevención implicaría evitar o posponer relaciones sexuales y usar preservativo en todas las oportunidades en las que se lleve a cabo una relación sexual.

Las medidas de prevención y control de las ITS se basan fundamentalmente en la educación sanitaria y la promoción del sexo seguro, la detección de infecciones sintomáticas y asintomáticas, la investigación de los contactos sexuales de los pacientes, la inmunización frente a las ITS para las que se dispone de vacuna y la vigilancia epidemiológica (Cruz, Ramos & González, 2011). Esto depende de la información que posea la persona y de otros factores como las situaciones interactivas, entendidas como los factores que tienen funciones disposiciones (lugares, competencias sociales, circunstancias como tener un noviazgo, entre otras) y los motivos, entendidos como tendencias de comportamiento, según las preferencias o elecciones que pueden afectar la probabilidad de que se suscite un comportamiento de riesgo o de prevención (Quintana & Rondón, 2014).

Así mismo, el artículo realizado por Dávila y Piña (2008) afirma que si en el grupo social de referencia no se refuerza el uso del preservativo (porque le resta sensibilidad, por ejemplo) la probabilidad de uso es menor, ya que se ha aprendido a practicar comportamientos de riesgo en función de las consecuencias reforzantes inmediatas como pueden ser la gratificación y el placer sexual. Un 64,68% de los estudiantes manifiestan sentir mayor placer cuando no utiliza el preservativo (Uribe, García & Ramírez, 2011).

En el mismo sentido, la comunicación con padres sobre temas vinculados con el cuidado de la salud sexual, también ha promovido que los adolescentes retarden la edad de su primera relación sexual, que esta sea protegida y que usen el condón en subsecuentes relaciones. Por el contrario, la ausencia de comunicación con padres hace más probable que los jóvenes incurran en conductas sexuales de riesgo (Dilorio, Pluhar & Belcher, 2003, como se citó en, Sanchez & Robles, 2014).

Se busca que las personas disfruten de su sexualidad, no que la restrinjan, que la disfruten con responsabilidad, siempre respetando sus derechos y el de sus parejas sexuales, La OPS y la OMS (2008) expresan que el término relaciones sexuales sin riesgo —...se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH”.

Con respecto a las prácticas para reducir el riesgo de contraer ITS y prevenir los embarazos no deseados, existen diferentes métodos como lo puede ser la abstinencia social, la práctica de sexo seguro y lo que es más importante para los que tiene una vida sexual activa, la práctica de sexo protegido a través del uso correcto y consistente del preservativo, (CENSIDA, 2009) el cual también es conocido como uno de los métodos de barrera. Los métodos de barrera incluyen el diafragma, el capuchón cervical, el condón masculino y el condón femenino, así como espumas, esponjas y películas espermicidas, nos centraremos en los métodos que protegen para no contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual y no solo de un embarazo.

La Junta de Andalucía (2012) menciona que el preservativo de látex es muy efectivo para la prevención de las ITS. Su tasa de rotura o deslizamiento durante el coito está en torno al 2%. Para evitar éstos y otros fallos en la prevención se han de usar preservativos homologados, seguir las instrucciones de uso, utilizar lubricantes cuando sea necesario (siempre de base acuosa si se usan condones de látex) y retirar el preservativo con el pene todavía erecto.

El Preservativo de látex es el método más popular y el que más identifican las personas un estudio reveló que tanto los adolescentes como sus padres tienen un nivel insuficiente de conocimientos sobre ITS, VIH/SIDA y embarazo y sobre la forma correcta de usar un preservativo. Los resultados obtenidos en los estudiantes contrastan con los reportados en la Encuesta Nacional de Juventud (2010), que indican que el 90% de los jóvenes sabe cómo prevenir ITS y ubican al condón como el método de prevención de más alta visibilidad y conocimiento entre ellos, (Bárcena, Díaz- Loving & Robles, 2013).

El condón femenino es una membrana de poliuretano o nitrilo, con un anillo en cada extremo, que se inserta en la vagina. Ha demostrado ser una barrera efectiva contra el semen y las ITS, y entre sus ventajas cabe señalar que admite cualquier lubricante, tiene menor riesgo de rotura y deslizamiento y se puede colocar antes del inicio del coito. Como ya se mencionó, impide el paso de los espermatozoides al útero, previene algunas ITS sin embargo hay pocos datos de estudios clínicos que evalúen su eficacia en la prevención del VIH (Ministerio de sanidad y consumo, 2001).

El poliuretano es más fuerte que el látex, inodoro y no produce reacciones alérgicas. Distintos estudios, realizados in vitro, han confirmado que el preservativo femenino es una barrera eficaz frente al VIH, los virus del herpes, la hepatitis B y otros microorganismos incluido el citomegalovirus, (Ministerio de sanidad y consumo, 2003). La ventaja del preservativo femenino ofrece a las mujeres la posibilidad de protegerse a sí mismas de los embarazos y de las ITS, es el único método disponible para ser usado por las propias mujeres y una alternativa adicional al preservativo masculino.

De igual manera Frías et al (2008, como se citó en, Jiménez, 2010) afirman que hablar sobre temas de sexualidad facilita el uso del condón en la próxima relación sexual y, contrariamente a lo que se piensa, el hablar sobre estos temas no propicia en los adolescentes el inicio de la actividad sexual, por lo que la comunicación se relaciona con postergar el debut sexual y con la intención de usar condón, esto es, con comportamientos preventivos. El hecho de comunicarse con la pareja permite planear y negociar el encuentro sexual, así como negociar el uso del condón.

Sin embargo, existen diferentes prejuicios, tal como lo muestra los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Hábitos Sexuales (2003), las formas de vivir la sexualidad expresan las relaciones sociales de desigualdad entre mujeres y hombres, constatándose que

se encuentra todavía marcada por estereotipos y roles de género tradicionales que determinan el papel de unas y otros en las relaciones sexuales. Además, estamos ante la persistencia de un modelo de sexualidad muy condicionado por las etapas del ciclo vital, que limita la sexualidad a las edades centrales de la reproducción, a mucha distancia de un modelo de sexualidad integral desarrollado a lo largo de la vida (García, 2011).

Ejemplo de esto es tal como menciona Ochoa y Vázquez (2012) que la mayoría de investigaciones, ha estudiado a los hombres desde una perspectiva de déficit de participación en salud sexual, en lugar de aproximarse a su sentir, a cuáles son los otros factores por los cuales no participan en este tema; los estudios hacen énfasis en la escasez de servicios y a la baja participación de los hombres en los programas de educación sexual.

Tal es el caso de los hombres privados de la libertad en donde los programas integrales que buscan reducir el riesgo de transmisión de las ITS han fracasado, ya que la infección por el VIH sigue constituyendo una grave amenaza para Centroamérica, donde los niveles de infección del VIH tienden a ser superiores en el medio carcelario que fuera del mismo. (NNUU documento VIH, Sida: prevención, atención, tratamiento y apoyo en el medio carcelario, 2007). En la mayoría de los países, las tasas de infección del VIH son mucho más prevalentes en las cárceles que fuera de ellas, (Ministerio de salud, 2013).

La gran mayoría carecen del reconocimiento por parte del sistema carcelario y penitenciario, dificultando así la eficiencia y efectividad de las estrategias dirigidas a esta población para disminuir el riesgo de estas enfermedades. Conocer esas condiciones que determinan en la población privada de la libertad la práctica de relaciones inseguras, el reconocimiento de vulnerabilidades y necesidades especiales de este grupo de población se convierte en un plus para el direccionamiento de las intervenciones (Guerrero, 2012).

Es por esto que es fundamental comenzar a instalar una cultura de educación para todos, sin importar las edades y a que grupo vaya dirigido, abordando las diferentes necesidades que tiene cada persona, tomando en cuenta su contexto social, sus creencias y su experiencia, enfocados a promover el desarrollo de habilidades con las cuales pueda protegerse y proteger a otros de las conductas de riesgo.

2.3.2 Negociación e importancia del uso del condón

Como se abordó anteriormente las relaciones sexuales sin protección tienen consecuencias negativas como el aborto y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.

Instituciones a nivel internacional (ONUSIDA) han creado campañas preventivas para disminuir los problemas de salud sexual en personas con una vida sexual activa; una de las formas que más se ha difundido es promover la consistencia en el uso del condón, es decir, usarlo en todas y cada una de las relaciones sexuales, sin embargo, las personas no lo utilizan (Bárcena, Rendón & Robles, 2011).

Existen diferentes conductas con las cuales se puede predecir si la personas tienen la intención o no de usar el condón, como son las actitudes hacia sus uso y si cuentan con las habilidades para solicitarlo. Ya que es más probable que usen condón si conversan con su pareja sobre el uso de este. 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 y Díaz-Loving, 2006).

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.

Existen diferentes tipos de negociación en las relaciones sociales y de pareja Díaz-Loving y Sánchez (2000, como se citó en, Jiménez, 2010) proponen 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.

Robles y Díaz-Loving (2006) que hay tres estilos de negociación que son más frecuentes, colaboración-equidad, acomodación-evitación e imposición. Además de esto se

mostró que es más probable el uso del condón cuando se negocia con la pareja con un estilo de colaboración equidad. Esto implica que las personas sean capaces de mencionar argumentos a su pareja para convencer al otro de usar el preservativo, siendo capaces de escuchar los argumentos que expresa su pareja para no usarlo. Estos argumentos pueden ser información que ellos posean sobre las ventajas que representa el uso de preservativo para la salud sexual y sobre las consecuencias que implica para ambos como pareja el no usarlo.

La anticoncepción y el cuidado de la salud sexual representa una responsabilidad conjunta de la pareja; por ende, el método que se escoge debe reflejar las necesidades y las preocupaciones de la pareja. Aun cuando lo ideal es que ambos participen en la elección del método anticonceptivo adecuado, lo cierto es que su uso recae en tan solo uno de los miembros.

Por otro lado, podemos ver que nos enfrentamos a diferentes contextos en donde las personas que no usan preservativo por ejemplo 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, (Peralta, 2009, como se citó en, Guerrero, 2012).

Además de que existen casos donde las instituciones penitenciarias complican los procesos ejemplo, la visita íntima implica todo un proceso administrativo, tal como se establece en el Reglamento Técnico del Sistema Penitenciario, decretado en el año 2007, el cual decreta que los encuentros serán una vez cada 15 días, en un cuarto apropiado, por un lapso de cuatro horas. Los derechos en salud sexual disponen que toda persona tiene derecho al disfrute pleno de su sexualidad, aspecto fundamental para su salud y bienestar físico, psicológico y social; sin embargo, la visita íntima restringe este derecho de todos los privados de libertad en nuestro país, porque no pueden establecer contacto íntimo con su pareja (o con la persona elegida para tal fin) más allá de lo permitido, lo cual contraría el derecho a gozar de autonomía, lo cual redundaría en una imposición de carácter coercitivo (Rivas & Ortiz, 2013). Como se pudo ver, existen diferentes variables por las cuales las personas deciden usar o no preservativo. El siguiente capítulo se abordará los principales factores que contribuyen a que la población privada de la libertad use o no preservativo.

CAPÍTULO 3. FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL CONDÓN EN HOMBRES PRIVADOS DE LA LIBERTAD

ONUSIDA (2010) señala que el contexto social se relaciona con determinados comportamientos que hacen más probable la presencia de problemas de salud sexual, por lo que se debe poner atención en aquellas personas que por diversos factores sociales y económicos aumentan su vulnerabilidad ante la infección; los ambientes carcelarios constituyen un ejemplo de este tipo de contexto (Enríquez, Robles & Sánchez, 2015).

En la mayoría de los países, las tasas de infección del VIH son mucho más prevalentes en las cárceles que fuera de ellas. En un gran número de casos, las altas tasas de infección del VIH pueden relacionarse con el uso y abuso de drogas, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios, y con las relaciones sexuales sin protección que ocurren dentro de las cárceles (Ministerio de salud, 2013).

Bergman y Azaola (2007) mencionan que casi todos los establecimientos penitenciarios, muestran un deterioro y carencias importantes en lo que se refiere al acondicionamiento de sus espacios, al estado de las instalaciones y el mobiliario, así como en la disponibilidad y el acceso universal por parte de los internos a bienes y servicios básicos. Estas deficiencias tienen, no obstante, un indudable impacto negativo sobre la calidad de vida de los internos y, consecuentemente, sobre el tipo de relaciones e intercambios que se generan entre ellos y con el personal.

Es por esto que se debe recordar que la salud no establece distinciones entre seres humanos, dado que es inherente a todo grupo del cual los privados de libertad son parte; por ende, su condición no les niega el derecho a demandar servicios de salud que garanticen, de alguna forma, el respeto a su dignidad y a su integridad física, mental y emocional (Ortiz & Rivas 2013).

3.1 Factores sociales y económicos

Gómez y López, (2015) recalcan que el nivel educativo y los índices de pobreza se siguen relacionando de manera inversamente proporcional con la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales, pues se tiene que las mujeres con escasa educación las inician a una edad de casi 16 años y que ésta se va incrementando en la medida que aumenta el nivel educativo, hasta una mediana de 18 años entre las que tienen educación superior. Otras

investigaciones han demostrado que los jóvenes siguen asignando roles estereotipados para hombres y mujeres en relación a la vivencia de su sexualidad y formas de interacción en ámbitos públicos y prácticas eróticas.

Este hallazgo puede asociarse a la tesis de la privación social de Wilson, la cual propone que, en las clases sociales bajas de las ciudades, las limitadas oportunidades económicas y educativas y una débil estructura familiar, favorecen un estándar de socialización que conduce a comportamientos de riesgo. Esta situación se vería acentuada por la baja participación en actividades prosociales que favorecen comportamientos saludables y mayores conocimientos sobre la salud sexual (Caballero & Villaseñor, 2001).

Algo semejante ocurre con la epidemia del VIH/SIDA la cual también se asocia a desigualdades de clase social debido a que la predominancia de VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores, como es el caso de México (Caballero & Villaseñor, 2001). Además, los datos disponibles en distintas regiones el mundo revelan que las ITS afectan de manera particular a las personas que viven en poblaciones marginadas, ya que generalmente estas personas tienen problemas para acceder a los servicios de salud, a lo que se suma el hecho de que las zonas marginadas carecen de personal calificado y equipo que permita un diagnóstico confiable de las ITS (Cruz, Ramos & González, 2011).

A la vez, los procesos económicos y sociales estructurales pueden afectar a las normas predominantes sobre los riesgos aceptables para determinado grupo social. Por ejemplo, las crisis político-económicas incrementan las condiciones de vulnerabilidad de toda la población al provocar el aumento del desempleo, la destrucción o disminución de organizaciones sociales que atienden y defienden diversas necesidades y derechos, la disminución de expectativas sociales y el aumento de los niveles de violencia en las poblaciones más afectadas (Friedman et al., 2011, así como se citó en AIDISTAR, 2012).

Estas desigualdades económicas y sociales llevan a no cumplir con “los mandatos sociales” los cuales Campos y Salas (2002, así como se citó en Rivas & Obando, 2013) se refieren a “...éxito en el trabajo, en lo económico y en cuanto a desafiar el peligro de manera permanente.” (p.25), razón por la que, debido a la presión social, los hombres se prestan para infringir la ley. En la mayoría de casos el delito que más se comete es el robo para el que grupos integrados por diversos individuos se unen para robar y, de esta manera, mejorar su calidad de vida y convertirse en proveedores y figuras de poder. En principio, los

delitos son “encillos”, luego aumentan en gravedad, lo cual se consideran una vía para recalcar la dominación y la imposición masculina y establecer relaciones violentas que afectan no solo sus vínculos delictivos, sino también su esfera de vida privada.

En los centros penitenciarios del país no habitan, en general, los delincuentes que han cometido los delitos más peligrosos, sino los pobres. La gran masa de la población penitenciaria está compuesta por internos responsables de delitos relativamente menores, lo que contrasta con la magnitud y gravedad de la creciente criminalidad (Vite & Reyes, 2016).

Esto es debido a que la prisión desde el momento en que sistemáticamente se le utiliza ya como pena, ha sido el medio favorito para tratar de manejar a los delincuentes, aun cuando no se han abandonado totalmente otro tipo de penas (multa) que también se encuentran normalizadas en los códigos represores, así como tampoco ha cesado la búsqueda por encontrar otros medios penales con los cuales poder sustituirla; por ejemplo: trabajo a favor de la comunidad, arraigo domiciliario, etcétera (Coca,).).

El Ministerio de salud (2013) menciona que las personas privadas de la libertad tienen el mismo derecho a la salud que el resto de la población, y las vidas y la salud de las personas que viven en las cárceles están conectadas a aquellas que viven fuera de ellas por muchas vías un ejemplo de estas es la familia. Al proteger a las PPL también se defiende a las personas que tienen contacto con ellos, ya que también tienen el derecho de ser cubiertos contra el VIH, y otras ITS, sus necesidades son completamente compatibles a la de sus familiares privados de la libertad.

3.1.1 Familia

La Familia es un conjunto compuesto por un matrimonio y sus hijos, y, en un sentido amplio, todas las personas unidas por un parentesco, ya sea que vivan bajo el mismo techo o en lugares diferentes. Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones (Reyes & Vite, 2016).

Es por esto que cuando a un miembro de la familia lo privan de su libertad, de manera directa la familia también se ve afectada en su cotidianidad, estructura, relaciones con el entorno social y la ruptura de la convivencia que trae consecuencias en hijos, pareja y demás miembros, convirtiéndose además en víctima de las condiciones extremas a las que son

sometidos (Abaunza, Bustos, Mendoza & Paredes, 2016).

Conviene puntualizar que estudios y trabajos revisados se evidencia el hecho de que el grupo familiar puede ser un factor protector o de riesgo para la persona detenida en prisión y que también la familia sufre diversas consecuencias nocivas generadas por el evento del encarcelamiento de uno de sus miembros, llegando muchas veces a ser un evento más traumático para esta última que para el individuo detenido (Reyes & Vite, 2016).

La familia pasa a ser un pilar sumamente importante para las personas privadas de la libertad, el consumo de drogas o las conductas de riesgo marcan la diferencia acerca del cambio en la relación con la familia antes y durante el internamiento (Gómez, 2008).

Mientras que para unos internos la relación actual es dolorosa porque su rol era predominante en temas económicos y emocionales, es decir, el funcionamiento del sistema se ha visto seriamente afectado por esa ausencia, en los casos en los que las conductas extremadamente conflictivas como las asociadas al consumo de drogas, la agresividad, el vivir al límite con aspectos legales, ha convertido la estadía en la cárcel en un momento de descanso para las familias y de acercamiento para el interno. Inclusive en casos en los que se trata de familia por adopción, la relación mejora y el moderador es la disminución en la exposición a conductas antisociales del interno o la satisfacción de necesidades básicas como alimentación o acceso a servicios de salud y el control que ofrece a la familia, la certeza de su ubicación física en la cárcel (Gavira, Hernandez & Osorio, 2015).

En los estudios sobre delincuencia se encuentra constantemente la importancia de las relaciones familiares y las prácticas paternas en el desarrollo infantil y en la prevención de la delincuencia. Ruíz (2002, así como se citó en, Reyes & Vite, 2016) indica que es característico de la vida de sujetos encarcelados unos antecedentes de "hogar roto", lo cual se refiere no tanto a la ausencia de uno de los padres, sino a que eran hogares donde no existía un clima de cariño, de protección y seguridad y con presencia de normas claras de comportamiento.

Las circunstancias socioeconómicas y educativas de los ambientes familiares de jóvenes que delinquen, hacen más probable que los padres pasen fuera del hogar la mayor parte del día, y con ello, los jóvenes tengan más oportunidades de involucrarse en conductas de riesgo (Cohen, Farley, Taylor, Martin & Schuster, 2002, así como se citó en, Sánchez & Robles, 2014). Es por ello que se debe resaltar los factores sociales y económicos por los

cuales una persona toma conductas de riesgo, es importante abordar la contextualización actual de las personas privadas de la libertad, para describir la situación en la que viven y entender como su contexto influye directamente en ellos.

3.1.2 Ambiente carcelario

La falta de coordinación institucional, el endurecimiento de castigos para delitos menores, y la falta adecuada de planificación y recursos convierten a las cárceles de México en un espacio de castigo para pobres y marginados en centros de abuso donde los derechos humanos no parecen ser claramente respetados (Azola & Berman, 2007).

La forma de castigar los delitos y el significado de estos se ha ido modificado con el transcurso del tiempo. Las penas corporales aplicadas desde la antigüedad fueron adquiriendo una connotación negativa, por lo cual entre los siglos XVIII y XIX se sustituyeron por la privación de la libertad. Así, la sociedad moderna recurrió al derecho penal como medio para alcanzar la justicia, el cual es variable en cada latitud. Si una sociedad busca la justicia retributiva, su sistema penal castigará al delincuente (INEGI, 2017).

Desde que las sociedades establecen la privación de la libertad y la reclusión para sancionar a los individuos que transgreden las leyes y las normas, los centros de reclusión han estado indefectiblemente ligados a problemas de higiene y salubridad. En el siglo xvii, hablar de prisiones significaba hablar de tifus y de enfermedades mentales, y en el siglo xxi, estos centros están relacionados con hacinamiento, trastornos psicosociales y enfermedades transmisibles y no transmisibles, por lo cual representan problemas de salud pública, (Organización panamericana de la salud, 2008, como se citó en, Hernández & Mejía, 2010).

Más allá de los propósitos teóricos que deba cumplir la cárcel, es importante que la construcción y el funcionamiento de un sistema penitenciario estén guiados por las obligaciones y responsabilidades que el Estado tiene frente a la sociedad que gobierna, así como por los derechos que tienen los individuos que la conforman, independientemente de su estatus jurídico (Centro de análisis de políticas públicas, 2012).

Sin embargo, al igual que la mayoría de los sistemas carcelarios de América Latina, los centros penitenciarios de México tienen marcadas carencias organizacionales y serias deficiencias funcionales (Azola & Berman, 2007).

Ejemplo de esto es que existe sobrepoblación cuando el número de internos excede

los espacios disponibles en determinado centro penitenciario. En enero de 2013, 242 mil 754 personas estaban privadas de su libertad en México, en un espacio diseñado para 195 mil 278, lo cual indica que la ocupación alcanza 124.3 por ciento. Así, según los datos más recientes, en México hay sobrepoblación en 220 de un total de 420 centros penitenciarios (Centro de análisis de políticas públicas, 2012). Además de esto en la región sur de México, existe sobrepoblación en la mayoría de los penales y deficiencias en todos los campos. Es el caso de la atención en salud donde cada penal cuenta con un médico que solo es para una atención básica (Alarco, 2000, como se citó en, Hernández y Mejía, 2010).

Según el INEGI (2017), diez entidades constantemente han presentado problemas de sobrepoblación: Ciudad de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo y Sonora. Las primeras cuatro han registrado sobrepoblación crítica desde 2010 hasta la fecha. De acuerdo con los levantamientos, el número de estados con problemas de sobrepoblación se ha acrecentado con el transcurso de los años. En 2010, trece entidades presentaban sobrepoblación, pero en 2015 el número creció a veintiuno, esto implica un crecimiento de 62 por ciento.

En estas condiciones, los derechos humanos básicos de los reclusos quedan en total vulnerabilidad: el derecho al trato digno, no degradante; el derecho al no hacinamiento y condiciones de salubridad; y el derecho a la salud y la atención médica. Así, el propósito de reinserción queda fuera del alcance del sistema penitenciario actual, (Centro de análisis de políticas públicas, 2012).

En el contexto carcelario, es preciso reconocer las muchas formas y motivos que sustentan la discriminación y estigma. Por un lado, están aquellas que surgen en la sociedad y que han hecho que, históricamente, se tejen una serie de rechazos por considerarlas personas delincuentes, agresoras de las reglas y el funcionamiento de los esquemas sociales; sin detenerse a contemplar situaciones particulares. Estos prejuicios, asimilados por quienes ingresan a la cárcel, se evidencian en forma de auto-discriminación ante el proceso de reclusión, o por quienes hacen parte de la red de soporte (familia, amistades, pareja, instituciones, etc.) y, entonces, se rompen los vínculos que conllevan situaciones de mayor vulnerabilidad frente al VIH (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2011).

En términos generales, casi todos los establecimientos penitenciarios, muestran un deterioro y carencias importantes en lo que se refiere al acondicionamiento de sus espacios, al estado de las instalaciones y el mobiliario, así como en la disponibilidad y el acceso

universal por parte de los internos a bienes y servicios básicos. Estas deficiencias tienen, no obstante, un indudable impacto negativo sobre la calidad de vida de los internos y, consecuentemente, sobre el tipo de relaciones e intercambios que se generan entre ellos y con el personal (Azaola & Bergman, 2007).

Idealmente, las sociedades deberían disponer de mecanismos suficientes y adecuados para garantizar servicios de salud a toda la población de manera integral y con calidad, oportunidad, transparencia y efectividad, de forma permanente, teniendo en cuenta que la salud es un bien público que no debe estar sujeto a ninguna condición política, económica o social (Hernández & Mejía, 2010). Debemos comenzar a erradicar esos prejuicios que mantiene la sociedad en general, creencias que promueven conductas de riesgo, tales como los estereotipos de género.

3.1.3 Estereotipos de género

Mackie, (1973 citado en González, 1999) define un estereotipo como: –aquellas creencias populares sobre los atributos que caracterizan a cierto grupo social o personas, y sobre las que hay un acuerdo básico; y en relación a los estereotipos de género, éstos hacen referencia a la construcción o comprensión de los hombres y mujeres, en razón de la diferencia entre sus funciones físicas, biológicas, sexuales y sociales” (Cook & Cusack, 2010. pp.2).

Los estereotipos de género están en función de los roles propios de cada género y son conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece. Por ejemplo, tradicionalmente se ha asignado a los hombres roles de políticos, mecánicos, jefes, entre otros, es decir, el rol productivo; y a las mujeres, el rol de amas de casa, maestras, enfermeras, etcétera (rol reproductivo). El concepto sexo se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; son características con las que se nace, universal e inmodificable. En cambio, el género es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construye en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual. De aquí surgen los conceptos de masculinidad y feminidad, los cuales determinan el comportamiento, las funciones, las oportunidades, la valoración y las relaciones entre mujeres y hombres. Es decir, el género responde a construcciones socioculturales susceptibles de modificarse dado que han sido aprendidas (INMUJERES, 2004). Por lo tanto, el sexo es biológico y el género es una construcción social, de manera que ser biológicamente diferente no implica ser socialmente desigual.

Lamas, (2002) señala que «el papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género». pp. 33.

Según Lamas, el hecho de que mujeres y hombres sean diferentes anatómicamente los induce a creer que sus valores, cualidades intelectuales, aptitudes y actitudes también lo son. Las sociedades determinan las actividades de las mujeres y los hombres basadas en los estereotipos, estableciendo así una división sexual del trabajo.

De acuerdo con González, (1999) en la cultura occidental los hombres suelen tener el trabajo fuera del hogar mientras que es muy probable que para la mujer estén reservadas las responsabilidades del hogar y los hijos. Los roles tradicionalmente asignados a los hombres (orientación hacia el trabajo, energía, racionalidad), y que han acabado siendo propios del estereotipo masculino, son resultado del conjunto de rasgos requeridos para el desempeño de sus tareas profesionales, mientras que las cualidades (sensibilidad, calidez, suavidad) características tradicionalmente propias de la mujer, son las requeridas para el desempeño del trabajo de ama de casa y así es como hay que aprenderlo durante la infancia. Tanto mujeres como hombres tienden a actuar de forma apropiada con sus roles sin tomar en cuenta los efectos reales del desempeño de los mismos. Así, las diferencias visibles de sus comportamientos demuestran que los unos están, por naturaleza, orientados hacia el trabajo, y las otras están orientadas hacia las relaciones interpersonales en vez de comprender que se hace por inercia y tradición estereotipadas.

Según Cantera (2001), el análisis de género permite establecer diferencias a partir de las que se infiere una nueva práctica de valores y comportamientos en los denominados «masculinos», no tanto por su naturaleza, sino por un proceso de socialización. Si se pensara que todos los hombres actúan de acuerdo con el modelo, la convivencia estaría dominada por

una visión esquemática del mundo en el cual no habría valores positivos y en el que las mujeres padecerán una explotación y subordinación constantes.

De acuerdo con Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005) al menos en la cultura mexicana la visión del hombre se caracteriza por ser autónomo, fuerte, exitoso y proveedor; mientras que la mujer se percibe como alguien sumisa, abnegada y dependiente. Considerar a la mujer en un rol inferior, por ejemplo, en donde no puede decidir sobre su sexualidad, hace que no tenga la opción de decidir si quiere o no usar condón (El-Bassel, Caldeira, y Ruglass, 2009), o creencias de que lo que puede hacer un hombre o mujer en el terreno sexual (Moreno et al., 2008), de tal manera que los estereotipos pueden limitar la negociación del uso del condón y promover conductas de riesgo sexual (Bárcena, Rendón & Robles, 2011).

Los estudios de Díaz-Loving y Rocha (2006) en la cultura mexicana han evidenciado que la visión del varón está asociada con el prototipo del rol instrumental, esto es, de proveedores y con rasgos vinculados a la autonomía, la fuerza física, el autodomínio, el razonamiento, la actividad, el trabajo productivo y el poder, entre otros aspectos; por otro lado, a la mujer se le relaciona con actividades encaminadas a la expresividad en cuanto a tener un rol reproductivo y poseer rasgos vinculados a la emocionalidad, la vulnerabilidad, la pasividad y la sumisión.

Hay que mencionar que dentro de la sexualidad los estereotipos juegan un papel importante, pues estos determinan la conducta sexual, pues en otras palabras, son creencias generalmente aceptadas como “naturales” y poco cuestionadas que definen cómo hombres y mujeres debemos expresar nuestra sexualidad. El comportamiento sexual de hombres y mujeres está determinado, en gran medida, por estereotipos dicotómicos que permean en nuestra sociedad. Por ejemplo, los hombres, por lo general, son percibidos como personas hipersexuales y más agresivos sexualmente, mientras que a las mujeres se les caracteriza como sexualmente pasivas y se les asigna el rol de complacer y serle fiel a su pareja (Firestone, Firestone, & Catlett, 2006).

Las normas que dictan estos estereotipos nos dicen que al hombre se le exige constantemente que pruebe su masculinidad de múltiples formas. Entre algunas de éstas se encuentran el tener múltiples parejas sexuales, el tomar riesgos, el colocar el placer sexual antes de las medidas preventivas como el uso del condón, y el no admitir que necesita orientación o asistencia médica. Por ejemplo, se ha encontrado que los hombres incursionan más frecuentemente en prácticas y estilos de vida riesgosos que los hacen más vulnerables a

enfermedades crónicas y a tener una muerte prematura (Billy, Tanfer, Grady, & Klepinger, 1993). Por su parte, a las mujeres se les exige el rol de complacer a sus parejas sometiéndose a las decisiones sexuales de éstas lo cual también las hace más vulnerables (Ortiz-Torres, Williams, & Ehrhardt, 2003). Estos estudios permiten analizar de qué forma los estereotipos sexuales y de género promueven ciertos esquemas mentales que pueden influir para que hombres y mujeres incursionen en comportamientos de alto riesgo para su salud y su bienestar.

De acuerdo con lo anterior, es necesario saber en qué medida los estereotipos pueden aumentar la posibilidad de los factores de riesgo, es decir, qué tipo de creencias estereotipadas tienen las personas sobre el uso del condón y en qué medida estas creencias influyen en que la persona decida usar o no preservativo. Hay algunas ideas sobre el preservativo y su uso que tienen que ver con la imagen que muchos hombres se hacen de sí mismos y de su sexualidad. Es decir, que tienen que ver con ideas de lo que es comportarse como hombre, o como "macho", en las relaciones sexuales.

3.2 Creencias hacia el uso del condón

Existe todo un conjunto de estereotipos que asocian el uso del preservativo a un tipo de sexualidad, valorada negativamente, o con la sexualidad entre determinadas personas, o en ciertos contextos. Esto es importante, porque hace que cuando se mantienen relaciones sexuales que no se consideran de esta manera, haya razones poderosas para no usarlo, o no se ve la necesidad del mismo, por no degradar o desvalorizar la relación. (Fundación de Educación para la Salud, 2010).

Existen diferentes obstáculos para usar eficaz y consistentemente los preservativos la OMS (2014) destaca el rechazo social, incluidas las creencias sociales y culturales y las normas que restringen o estigmatizan el uso del preservativo, ya que algunas culturas consideran que la utilización del preservativo no es de "hombres", especialmente aquellas que creen que la eyaculación de semen en la vagina constituye una parte esencial del acto sexual; también está la falta de aptitudes de negociación, o del rechazo social a que sean las mujeres las que propagan dicho uso, las implicaciones de confianza acerca de la fidelidad en las parejas estables. Además de esto se encuentran las dificultades para obtener preservativos como consecuencia de los precios elevados, la falta de intimidad en los puntos de distribución o venta y la reticencia personal a evitar preservativos porque los usuarios consideran que reducen la sensibilidad, son incómodos o interrumpen la espontaneidad del acto sexual (ONUSIDA, 2000). También se han reportado otras razones como que el condón

no es placentero (González, 2000), al usarlo el hombre pierde la erección, falta de habilidades sociales para solicitarlo o negociarlo con la pareja, porque les da pena comprarlos o porque son costosos (Toledo, 2002).

Según el Centro Nacional para la prevención y control del VIH-Sida (CENSIDA, 2001), el grupo de personas mayores de 30 años representa el segundo grupo de riesgo de contraer VIH/SIDA, después del grupo de jóvenes de 15-29 años, lo anterior permite plantear que la mayor parte de las actividades de encuentro sexuales fueron llevada a cabo sin el uso del condón, o usándolo de forma incorrecta, además de que el mayor grupo etario presente en los centros carcelarios es de 30-39 años (INEGI, 2017), lo que representa un factor de riesgo dentro de las cárceles.

Uribe, Vergara y Barona (2009) reportan que un factor predictor de la conducta sexual de riesgo es el rechazo hacia el uso del condón, tanto en hombres como en mujeres; en esta misma línea, Díaz-Loving y Montijo, (2009) citan que los hombres y mujeres que manifiestan intención de usar el condón en sus relaciones sexuales, son quienes más lo usan; sin embargo, la frecuencia del uso del condón en las relaciones sexuales entre jóvenes es baja.

Las intervenciones sobre VIH deben ir más allá de la mera presentación de información, señalamiento fundamentado en los hallazgos de que el conocimiento (qué hacer y cómo) sobre el VIH no es un factor por sí solo asociado significativamente con el intento de sexo seguro o el uso del condón, sino que intervienen también las convicciones y las motivaciones, donde las creencias son el eje central (Raj, 1996).

Según Gómez, Herrera, Herrera, Delgado, Mejía, Venegas y Lerma, (2001) entre los jóvenes especialmente las creencias más comunes frente al condón son que disminuye la sensibilidad, da frialdad a la relación, que en la primera relación no hay necesidad de su uso porque no hay riesgo de nada, el condón realmente no protege y puede causar daño, o quien lo usa es porque es promiscuo. Entre los estudios que han evaluado estas creencias se encuentran el de Martínez, Villaseñor y de la Rosa (2001), quienes identificaron las creencias que tuvieron una muestra de 49 adolescentes sexualmente activos, sobre el condón masculino y su eficacia. En relación a las creencias, se mostró que estas fueron más desfavorables que la información general pues hubo percepción de regular a baja en eficacia para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo. Las creencias más desfavorables fueron las relativas al tamaño, calidad del condón y eficacia contra microorganismos.

Así mismo, 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.

La Organización de Médicos del Mundo (2010), resalta la importancia del uso del preservativo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, pues considera que el preservativo es altamente eficiente para reducir la transmisión vía sexual del VIH (argumento compartido con ONUSIDA, 2015). Su efectividad para prevenir las enfermedades de transmisión sexual se sitúa en el 95%. Los preservativos son muy accesibles, económicos y no necesitan prescripción médica. Además, son fáciles de usar y no tienen efectos secundarios, y se trata de un método fácilmente distribuible lo que le convierte en un método que debe estar accesible en todo el mundo, especialmente en aquellos países con mayor prevalencia de la enfermedad.

Con base en lo anterior, es importante desarrollar habilidades que estén dirigidas en enseñar el uso correcto del condón, pues el hecho de que sea un método de fácil distribución aún no se ha logrado que todas las personas tengan los conocimientos y las habilidades para saber usarlo, no basta con tener un condón en la mano, hay más factores que en conjunto son un arma eficaz para combatir los comportamientos de riesgo ante una ITS y en especial el VIH/SIDA. En la población privada de la libertad es necesario implementar tales habilidades puesto que representa un contexto de mayor riesgo por las personas que convergen en estos espacios, que en conjunto con las necesidades y las limitaciones en materia de salud, representa uno de los grupos de alto riesgo.

3.2.1 Habilidades para el uso correcto del condón

La Secretaria de Salud (2009) menciona que el condón masculino es un método anticonceptivo de barrera que, además de prevenir un embarazo no deseado, contribuye a la prevención del VIH que causa el sida y otras infecciones de transmisión sexual, además de esto nos enlista los pasos para usar un condón, los cuales son:

- Verificar que la fecha de manufactura o fabricación no sea mayor a 5 años.
- Abrir cuidadosamente el paquete para evitar romper el condón. No se debe desenrollar el condón antes de ponerse.
- Si no está circuncidado, jalar la piel (prepucio) que cubre la punta del pene o glande hacia la base de éste antes de colocarse el condón.
- Poner el condón en la punta del pene erecto.
- Dejar un espacio en la punta (entre el glande y el extremo del condón) para que se deposite el semen.
- Desenrollar el condón sobre el pene y desplazar las burbujas que pudieran formarse en su interior.
- Usar un nuevo condón en cada relación sexual y desde el inicio del coito (introducción del pene en la vagina).
- Después de la eyaculación, retirar el pene aún erecto de la vagina, sosteniendo el condón en la base para evitar el derrame del semen, o que éste se quede en la cavidad vaginal.
- Retirar el condón hacia fuera del pene, teniendo cuidado de no derramar el líquido.
- Envolver el condón en papel higiénico y tirarlo a la basura, nunca a la taza del baño.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida ([CENSIDA], 2014), menciona la importancia 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 dirigidos principalmente a garantizar 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:

Derechos sexuales y reproductivos. Es la dimensión salud sexual y derechos sexuales y reproductivos enfocada en promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género y la prevención y atención integral buscando promover las condiciones sociales políticas y culturales, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre y autónomo e informado de la sexualidad (Ministerio Salud y Protección Social, 2013).

De género. Busca fortalecer la equidad y determinación social que la salud es un derecho fundamental de la población, incluida las mujeres en edad adolescentes en fértil, principales contribuyentes al aumento del fenómeno de embarazo en adolescentes, que en la actualidad el abordaje intersectorial no ha logrado intervenir efectivamente, (Manosalva, 2015).

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).

Siguiendo los enfoques antes mencionados, existen diferentes programas integrales sobre educación sexual (Gosende, Salmún, Carassal & López, 2012; Alarcón, Velasco, González & Martínez, 2008; Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno & Robles, 2008; Villa & Madrigal, 2017) en el que desarrollan habilidades para el uso del condón además de otros contenidos como la responsabilidad, las ITS (mitos creencias, estereotipos y saberes acerca del género y la sexualidad, y situaciones de riesgo que afecten a los participantes en relación al género y sexualidad). Sin embargo dichos programas están enfocados hacia la población adolescente, dejando de lado la importancia de seguir implementando estas medidas de prevención integrales en población adulta, y más aún en población privada de la libertad, pues como se mencionaba anteriormente, es importante impactar en esta población debido a que en los entornos carcelarios, de acuerdo con ONUSIDA (2014) los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH y uso del condón no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema del VIH en las cárceles; pues 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.

A pesar de que la Salud es un Derecho Humano universal, esta población es muchas veces percibida como no tener derecho a la misma por su condición de privados de la

libertad. Asimismo, las PPL que son un grupo de alta vulnerabilidad al VIH, no tiene acceso a debates ni a hacer conocer sus desafíos con la misma presencia con lo que se reflejan otros grupos vulnerables que no están privados de su libertad (Ministerio de salud, 2013).

Es por lo anterior que resulta importante desarrollar programas de educación sexual lo más alcanzables y centrados en los recursos hacia esta población, pues como se mencionaba, el condón es un método que por su facilidad y disponibilidad se encuentra más accesible, en especial en los ambientes carcelarios. El condón resulta pues un factor clave dentro de estos ambientes para la prevención de ITS y especial el VIH/SIDA.

3.2.3 Comunicación sexual con la pareja

Se habla de comunicación como un proceso de intercambio de información cuyo fin es que el propósito del hablante tenga impacto en el escucha y que éste retroalimente al hablante (Guardia, 2009).

Se considera a la comunicación un factor clave en toda relación social y más aún si se trata de la pareja ya que así se podrá realizar la negociación, sobre todo en el ámbito sexual, específicamente en el uso del condón. La negociación es la capacidad de identificar un conflicto y proponer de manera asertiva una solución con el fin de que ambas partes lleguen a un acuerdo, (Roth, 1986).

Los problemas de comunicación son los factores más relevantes que intervienen en el problema del malestar conyugal, además de la percepción de equidad y su relación con la capacidad de los miembros de la pareja para conseguir y mantener acuerdos, y la incapacidad para resolver conflictos.

Desde este punto de vista, es relevante centrarnos en la comunicación como área básica del funcionamiento marital. Satir (1986, así como se citó en, Díaz-Living & Sánchez, 2003), plantea seis estilos de comunicación que se definen y funcionan de la manera que se describe a continuación:

1. Aplacar: Es un estilo que consiste en una tendencia clara a hablar congraciándose con los otros, tratando de complacer, de disculparse, de nunca mostrar desacuerdo para no provocar enojo en la otra persona. Es alguien que siempre necesita tener la aprobación de otros.
2. Culpar: Se demuestra al encontrar fallas y defectos en los demás, es un dictador, mandón, se siente superior, y sus sensaciones internas están basadas

en tensión muscular y presión sanguínea alta, lo que favorece el tono de la voz que luce dura, tensa y fuerte. El tercer estilo se denomina

3. **Supra-razonar:** Se caracteriza por expresarse en forma exageradamente correcta y razonable, no demostrando ningún sentimiento por lo que parece calmado, frío, e imperturbable. Esta forma trata de enfrentar a la amenaza como si fuera inofensivo y establecer, además, su propio valer empleando palabras altisonantes.
4. **Distraer:** Es una forma de ignorar la amenaza, comportándose como si no existiera.
5. **Irrelevante:** Dirá o hará cosas que tengan poca relación con lo que digan o hagan los demás, generando una sensación de confusión, pues la voz es como un desacuerdo con las palabras.
6. **Apertura:** Es una reacción en donde todos los elementos del mensaje van en la misma dirección, la voz dice palabras que concuerdan con todo el conjunto, creando un ambiente de intercambio sencillo, libre, honesto que a su vez favorece posibilidad de suavizar rupturas, de eliminar desacuerdos, o de salvar las brechas.

Se espera que se utilice el estilo de comunicación con el cual se cumpla sus dos funciones, en primer lugar, la autorregulación de la relación en cuanto a su papel en la solución de problemas permite estructurar el manejo de situaciones buscando alternativas, implementándolas y evaluando el resultado; la segunda función es la motivacional, que hace referencia a la satisfacción de necesidades emocionales y afectivas (Martínez, 1995).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En múltiples investigaciones se ha planteado la importancia de la salud sexual de los hombres y el impacto negativo que tienen en su salud (Ochoa-Marín & Vásquez-Salazar, 2012; Rivas & Ortiz, 2013); una de esas consecuencias tiene que ver con las infecciones de transmisión sexual (ITS), siendo el virus del VIH el más frecuente entre las infecciones de transmisión sexual; hasta el momento se han reportado 36.7 millones de personas que viven con este virus, (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2016). En México, se reportan 194,407 casos de VIH, siendo mayor la proporción en hombres, con un 80% de los casos registrados (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2017).

Debido a esto diferentes autores (López & Moreno, 1999; Espada, Méndez & Quiles, 2003), se han interesado por comprender las conductas sexuales de riesgo, ya que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto (Bahamon, Tobos & Viancha, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) advierte de que la prestación insuficiente de servicios relacionados con el VIH a los grupos de población vulnerable, como lo son: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas privadas de la libertad, consumidores de drogas inyectables, trabajadores del sexo y transexuales pone en peligro los progresos mundiales de la respuesta al VIH. Ya que a pesar de los múltiples esfuerzos por combatir la infección del VIH este sigue constituyendo una grave amenaza para Centroamérica y particularmente en el medio carcelario el cual representa un entorno social de alto riesgo, ya que al igual que en el resto del mundo, los niveles de infección del VIH tienden a ser superiores en el medio carcelario que fuera del mismo, (Ministerio de salud, 2013).

Así mismo el Ministerio de la Protección Social de Colombia (2011) menciona que las prisiones en Latinoamérica son ambientes altamente vulnerables a la infección por VIH, dado que la prevalencia en esos sitios puede llegar a ser hasta veinte veces más alta que en la población general; además, son más susceptibles de presentar violencia con armas cortopunzantes, maltrato y discriminación por parte de distintos tipos de actores, así como abuso sexual y ejercicio de distintas formas de violencia física y psicológica.

Es por esto por lo que se requiere que las personas que están en un contexto social de alto riesgo adquieran ciertos repertorios, además de esto que sean conscientes de su contexto inmediato para analizar qué apoyo pueden o no recibir de su medio social, y que puedan saber cuáles podrían ser las consecuencias de su proceder (Enriquez, Robles &

Sanchez, 2015).

Debido a esto, los estudios de comportamientos sexuales en poblaciones específicas son pilares fundamentales de la llamada vigilancia epidemiológica de segunda generación de la infección por VIH y SIDA, con la cual son monitoreadas las tendencias de la epidemia combinando la vigilancia biológica con el estudio de los comportamientos que determinan estas tendencias en las poblaciones objeto de vigilancia. Al mismo tiempo la evaluación de los factores de riesgo psicosocial asociados a la infección por VIH en estas poblaciones permite identificar áreas de intervención en prevención primaria con el fin de disminuir la probabilidad de infección de la población vulnerable (Garavito & Sánchez, 2002).

Sin embargo los programas de prevención y apoyo contra el VIH, son inapropiados, ya que no responden a las problemáticas que conlleva el problema del VIH en los centros de reclusión; en estos entornos no se abordan las necesidades específicas de cada género, además de que no se toma en consideración que la conducta sexual de las personas privadas de la libertad puede afectar además de a ellos mismos a las personas que tienen contacto con ellos, principalmente sus parejas sexuales (ONUSIDA, 2014).

Trabajar la prevención del VIH es sumamente complejo, ya que existen infinidad de factores que se encuentran entremezclados (DiClemente, Salazar & Crosby, 2007); algunos programas estiman que es indispensable ofrecer información y reformar algunos aspectos psicosociales, como lo son las creencias, intenciones y actitudes, entre otras (Operario, Smith, Arnold & Kegeles, 2010); a pesar de que, estas acciones por sí solas no son suficientes, ya que se logran cambios en estas variables, pero no necesariamente se vinculan con el comportamiento sexual siendo uno de los casos, el uso del condón. En ese sentido, se requiere el desarrollo de habilidades conductuales que coadyuven a tener un comportamiento sexual seguro (Zimmerman et al., 2008).

De acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, toda persona en proceso de readaptación debe ser tratada humanamente, con irrestricto respeto a su dignidad inherente, a sus derechos y garantías fundamentales. Hernández y Mejía (2010) realizaron un análisis sobre la accesibilidad a los servicios de salud en la población en proceso de readaptación, ellos encontraron que a pesar de que se han realizado avances para garantizar la atención en salud, es necesario dirigir los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las personas en entornos carcelarios.

Según la ONUSIDA, (2016) es necesario ampliar los programas de prevención combinada, implementados por los países y redes de organización comunitaria, a todas las ciudades y lugares donde viven y trabajan los grupos de población vulnerable. De esta manera se contribuirá a que los esfuerzos de prevención vuelvan a emprender su camino

para lograr el objetivo de reducir las nuevas infecciones por el VIH en un 75% para el año 2020.

Con base en todo lo anterior se, pretende en esta investigación analizar cuáles son los factores psicosociales asociados al uso del condón en hombres privados de la libertad, y determinar cuáles son las habilidades y conductas sexuales que tiene cada uno dependiendo las creencias en cuanto al uso del condón y la comunicación que se tiene con la pareja en el ámbito sexual. Se considera que conociendo esta información 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

¿Cuáles son los factores culturales, psicosociales y conductuales que están asociados a la consistencia del uso del condón en población privada de la libertad

Objetivo General

Analizar cuáles son los factores culturales, psicosociales y conductuales asociados al uso del condón en hombres privados de la libertad.

Objetivos específicos

- Describir el patrón de comportamiento sexual en hombres privados de la libertad.
- Comparar las variables psicosociales que se asocian la consistencia del uso del condón en hombres privados de su libertad
- Comparar las variables conductuales que se asocian la consistencia del uso del condón en hombres privados de su libertad
- Comparar variables culturales que se asocian la consistencia del uso del condón en hombres privados de su libertad.
- Analizar qué variables predicen la consistencia en el uso del condón.

MÉTODO

Participantes

El proyecto se llevó a cabo con 687 internos del Centro Varonil de Reinserción Social de Santa Martha Acatitla ubicado en la Ciudad de México. Se utilizó un procedimiento de selección de la muestra llamado muestreo intencionado (Kerlinger & Lee, 2002).

Criterios de inclusión:

Hombres 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 observan los porcentajes en relación con cada categoría demográfica.

Tabla 1. Datos demográficos de los participantes.

Características	Hombres (n= 687)
Estudios	
Ninguno	3.3%
Primaria	21.3%
Secundaria	61.2%
Preparatoria	
Universidad	12.3%
	1.9%
Con quién vivía antes del ingreso	
Solo	9.4%
Con padre	5.9
Con madre	21.8
Con ambos	18.4
Con pareja	23.3
Pareja y padres	7.9
Con padres de pareja y pareja	3.4%
Otros	9.8%
Ingresos familiares	
Menos de \$2,000	27.5%
\$2,000 a \$3,999	18%
\$4,000 a \$5,999	15.3%
\$6,000 a \$9,999	7.9%
Más de \$10,000	6.4%
No saben	25%
Delito	
Robo	84.1%
Extorsión	2.2%
Homicidio	2.4%
Privación ilegal de la justicia	0.6%
Delincuencia organizada	0.6%
Otros	6%

En cuanto al nivel de estudios se observa que el 61.2% de la población tiene la secundaria concluida o trunca (ver tabla 1), seguido de la primaria con el 21.3% y la preparatoria con 12.3%, se observa que sólo el 5.2% de la población se distribuye entre el nivel nulo y el nivel máximo de estudios (ver tabla 1). Se muestra en la tabla 1 que el 23.3% de la población vivía con su pareja antes de su ingreso, seguido del 21.8% que reportó haber vivido con su madre y el 18.4% vivía con ambos padres. Únicamente el 5.9 vivía con su padre.

En el apartado de los ingresos mensuales, el 25% de los participantes no sabe realmente de qué cantidad eran sus ingresos mensuales antes de ingresar al centro de readaptación, sin embargo, el 27.5% de los participantes tenía un ingreso mensual de menos de \$2000 y se puede ver que seguido de los que tenían un ingreso mensual de menos de \$2000, el 15.3% percibía ingresos arriba de \$4000 y sólo el 6.4% tenía ingresos arriba de \$10000. Referente al delito por el cual ingresaron, se observa que el 84.1% ingresó por el delito de robo, siendo este el porcentaje más alto de la población, seguido del 2.4% que ingresó por homicidio, y el 2.2% por extorsión

Escenario

Se llevó a cabo en el salón del centro escolar del Centro Varonil 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 85 m de ancho y 65 sillas.

Tipo de Investigación

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de tipo correlacional para conocer qué relación existe entre las variables psicosociales y el uso del condón, y determinar si esta relación es positiva o negativa (García, 2013).

Diseño de investigación

Para fines de esta investigación se implementó 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, estado civil, último nivel de estudios; delito y número de veces que han ingresado a la Comunidad. Además, se obtuvo información sobre el consumo de sustancias (Haber consumido drogas o alcohol alguna vez en su vida y con qué frecuencia) y *apoyo social* (De

quien recibe apoyo y cuál es el modo).

Consumo de sustancias. Haber consumido sustancias alcohólicas y/o drogas algunas veces en su vida.

Apoyo social. De quien recibe apoyo cuando se presentan dificultades.

VARIABLES DE COMPORTAMIENTO SEXUAL

Patrón de comportamiento sexual. Comportamientos específicos durante la relación sexual que implican responder de forma riesgosa o preventiva (Enríquez & Sánchez, 2004).

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

VARIABLES CONDUCTUALES

Estilos de 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 et al., 2011).

Comunicación sexual con la pareja. Abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad con la pareja (Robles et al., 2011).

VARIABLES PSICOSOCIALES

Conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS. Nivel de información que se posee en relación con la sintomatología y los mecanismos de transmisión y prevención del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual (Robles et al., 2011).

Actitudes hacia el uso del condón. Valoración positiva o negativa para el uso del condón (Ajzen & Fishbein, 1980).

Intención para usar condón en relaciones sexuales. Se refiere a percibir la posibilidad de realizar la conducta, por ejemplo, usar condón en su próxima relación sexual (Ajzen & Fishbein, 1980).

Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales. Creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas (Bandura, 1999).

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).

VARIABLES CULTURALES

Estereotipos de género. Creencias relacionadas con el papel que hombres y mujeres juegan dentro de una sociedad (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron se describen a continuación y en el apéndice se

encuentran la presentación del cuadernillo que se aplicó.

Datos Sociodemográficas

Se obtuvo información sobre edad (años cumplidos), estado civil (soltero, casado, unión libre), nivel de estudios (ninguno, primaria, secundaria, preparatoria, universidad, posgrado, carrera técnica, otro), con quién vivían en el momento de su detención (con su padre, con su madre, con ambos padres, otros) 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 adolescentes. Asimismo, se obtuvo información sobre datos jurídicos referentes al delito por el cual fueron acusados (robo, extorsión, lesiones, violación, homicidio, privación ilegal de la libertad, delincuencia organizada u otras causas).

Consumo de sustancias. Se diseñaron 6 reactivos del apartado correspondiente a consumo de sustancias, que permitieron obtener información sobre: Si había consumido bebidas alcohólicas (sí/no), que tipo de bebidas alcohólicas, con 6 opciones de respuesta, con qué frecuencia con cinco opciones de respuesta, además de si había consumido drogas, qué tipo de drogas y con qué frecuencia.

Apoyo social. Se diseñaron dos reactivos del apartado correspondiente a apoyo social con estos reactivos se permitió obtener la información acerca de si habían recibido apoyo cuando se había presentado un problema, con cinco opciones de respuesta, además de que tipo de apoyo había obtenido, con tres opciones de respuesta siendo una de ellas de respuesta abierta.

Patrón de comportamiento sexual. De la Encuesta sobre Salud Sexual validada por Robles y Díaz-Loving (2011) se retomaron 5 reactivos del apartado correspondiente a comportamiento sexual, que permitieron obtener información sobre: Edad de inicio de vida sexual, uso de condón en la primera y última relación sexual (sí/no), frecuencia de relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o drogas, en los últimos seis meses previos a su ingreso, con 5 opciones de respuesta de nunca (1) a siempre (5); si han tenido alguna ITS en su vida (sí, no, no sé) (ver apéndice).

Consistencia del uso del condón. Se diseñaron dos reactivos para evaluar el número de veces que se han tenido relaciones sexuales en un periodo de tres meses antes de su ingreso y el número de veces que usaron condón en ese periodo. Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno, que fue el resultado de dividir la frecuencia del uso del condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales.

Escala de estilos de negociación sobre el uso del condón. De la escala validada por Robles y Díaz-Loving (2011) se retomaron 15 reactivos que miden los estilos equidad, colaboración, acomodación, contender y evitación; el participante debe indicar el grado de acuerdo que tenga en cada afirmación (*Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos*

sexualmente), con opciones de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

Escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja. Se utilizó una versión corta de la escala validada por Moreno, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2011), con diez reactivos que miden la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su pareja sobre temas sexuales (*La posibilidad de tener relaciones sexuales*); las opciones de respuesta tuvieron valores de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS. Se utilizó una versión corta de la prueba validada por Robles y Díaz-Loving (2011), con 14 reactivos relacionados con conocimientos sobre VIH/SIDA relacionados con la prevención (*Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH*), transmisión (*La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección*), sintomatología (*Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años*) y sobre características de ITS (*El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital no tienen cura*). Los reactivos tuvieron un formato de respuesta de *cierto, falso y no sé*. La respuesta a cada reactivo se codificó como correcta (1) o incorrecta (0) y la opción de respuesta *no sé*, se consideró incorrecta.

Escala de actitudes hacia el uso del condón. Se utilizó la escala validada por Robles y Díaz-Loving (2011) que consta de cinco reactivos con opciones de respuesta definidas en una escala de diferencial semántico de 1 a 7 (placentero – no placentero). La escala se aplicó para evaluar actitudes con pareja regular y con pareja ocasional.

Intención para usar condón en relaciones sexuales. Se evaluó a través de un reactivo (*Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales con tu pareja estable, uses condón*) en escala de 7 puntos (1=nada probable; 7=totalmente probable), este reactivo evaluó la intención para usar condón con pareja regular y con pareja ocasional

Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales con pareja regular y con pareja ocasional. Se diseñó un reactivo en una escala de 1 a 7 que evalúa *qué tan seguro estás de que puedas usar un condón cada vez que tienen sexo vaginal con tu...*, este reactivo se evaluó con pareja estable y ocasional, en donde 1 es muy seguro de no poder usarlo y 7 muy seguro de poder usarlo.

Escala de creencias hacia el uso del condón. Se utilizó la escala validado por Robles y Díaz-Loving (2011) que consta de 12 reactivos que evalúa creencias que tienen al usar condón, tanto con pareja regular, como con pareja ocasional, en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Cuatro de estos reactivos están orientados a creencias negativas (*Disminuye el placer sexual*) y ocho reactivos orientados a creencias de valoración propia (*Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo*).

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.

Escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual de riesgo en hombres privados de la libertad. Del instrumento validado por Enríquez y Sánchez (2017) se retomaron tres factores con 20 reactivos que evalúan la responsabilidad y riesgos sexuales, los estereotipos de género sobre la confianza en la pareja además de los estereotipos de sobre la masculinidad y comportamiento sexual.

Procedimiento

El estudio fue aprobado previamente por la Subsecretaría del Sistema Penitenciario de la Ciudad de México (SsP/DEPRS/03774/2017) y por la comisión de ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (CE/FESI/012018/1213). 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.

RESULTADOS

Patrón de comportamiento sexual

Se hizo un análisis del patrón de comportamiento sexual de la población que incluyó: edad de inicio de la primera relación sexual, número de personas con las que se ha tenido relaciones sexuales, frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con alguien del mismo sexo, frecuencia de uso de condón con pareja regular (vaginales), planeación de la primera relación sexual, utilización del condón en la primera y última relación sexual y por último, tipo de prácticas sexuales dentro de las instalaciones (vaginales, anales, orales, masturbación, ninguna).

Tales análisis de las variables fueron en función de la consistencia e inconsistencia del uso del condón entre ambos grupos y después se hicieron análisis para identificar diferencias entre tales grupos a través del estadístico t de Student para muestras independientes y chi-cuadrado para muestras independientes.

En relación con la edad de inicio de la primera relación sexual, se obtuvo una media de 14.31 en el grupo de los consistentes, y una media de 14.19 años en el grupo de inconsistentes. Al analizar los datos, no se encontraron diferencias entre ambos grupos.

Respecto al número de parejas sexuales, se obtuvo una media de 53.75 para el grupo de consistentes, mientras que el grupo de inconsistentes obtuvo una media de 27.14. De igual forma tampoco se encontraron diferencias entre ambos grupos.

En la variable de frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con alguien del mismo sexo, se obtuvo una media de 1.38 en el grupo de consistentes y en el grupo de inconsistentes obtuvo una media de 1.36, así mismo, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

Por último, en la variable de la frecuencia de uso del condón con pareja regular, el grupo de consistentes obtuvo una media de 3.43, mientras que el grupo de inconsistentes una media de 2.03. Al realizar el análisis ($t=8.5$, $p=.001$) se mostró que existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 2. Comparación del patrón de conducta sexual entre los grupos consistentes e inconsistentes en el uso del condón

Características	%total	% Grupo consistentes	%Grupo inconsistentes	Prueba estadística	
Planeación de la primera relación sexual				$\chi^2=5.45$	$p=.02$
Sí	32.7	42.3	30.0		
No	67.3	57.7	69.8		
Utilización de condón en primera relación sexual				$\chi^2=17.29$	$p=.001$

Sí	32.7	49.5	28.3		
No	67.3	50.5	71.7		
Utilización de condón en última relación sexual				$\chi^2=104.5$	$p=.001$
Sí	29.5	69.8	19.0		
No	70.5	30.2	81.0		
Prácticas sexuales dentro de las instalaciones					
Vaginales	74.1%	52.8	66.8	$\chi^2=7.28$	$p=.001$
Anales	75.3%	12.0	11.7	$\chi^2=1.33$	$p=.51$
Orales	75.3%	13.0	21.0	$\chi^2=5.11$	$p=.07$
masturbación	75.3%	22.2	26.7	$\chi^2=2.64$	$p=.26$
Consumo de sustancias					
Alcohólicas	72.2	76.2	81.0	$\chi^2=1.20$	$p=.27$
Drogas	80.9	73.8	80.3	$\chi^2=2.05$	$p=.15$
Apoyo social					
Padres	26.5	21.5	19.6	$\chi^2=.18$	$p=.66$
Amigos	89.8	78.5	87.3	$\chi^2=5.32$	$p=.02$
Pareja	81.9	91.6	74.4	$\chi^2=14.50$	$p=.00$
Nadie	88.9	93.5	97.0	$\chi^2=2.91$	$p=.08$

En la tabla 2 se presenta la comparación del patrón de conducta sexual entre los grupos consistentes e inconsistentes en relación con el uso del condón. Se puede observar que, en relación con la planeación de la primera relación sexual de acuerdo con el estadístico, se encontraron diferencias entre ambos grupos (ver tabla 1).

En la variable de utilización del condón en la primera relación sexual, por un lado, se muestra en la tabla 2 que los porcentajes son consistentes al hacer la comparación, lo que indica diferencias significativas entre ambos grupos.

Por otro lado, en la utilización del condón en la última relación sexual, los datos parecen no alejarse mucho de los anteriores, pues las disimilitudes entre éstos se reflejan en el estadístico (ver tabla 2) que indica que hay diferencias significativas.

En la variable del tipo de prácticas sexuales dentro de las instalaciones, se muestra así mismo en la tabla 2 que, en relación con las prácticas de tipo vaginales, se encontraron diferencias entre ambos grupos. En cuanto a las relaciones de tipo anales, no se encontraron diferencias entre grupos. Lo mismo ocurre con las variables de masturbación y orales.

Respecto al consumo de sustancias, éstas se dividieron en alcohólicas y drogas. Al hacer la comparación entre los grupos, en ambas variables, se mostró que no hubo

diferencias significativas.

Por último, en la variable de apoyo social, ésta fue dividida a su vez en las personas de quienes recibían el apoyo los participantes. Por un lado, los padres, en donde no se encontraron diferencias entre ambos grupos. Por otro lado, en la parte del apoyo recibido de los amigos, los resultados muestran diferencias entre estos grupos. Tales resultados son semejantes en la parte del apoyo por la pareja, pues la diferencia fue significativa de acuerdo al valor del estadístico (ver tabla 2).

Variables psicosociales y conductuales

Se realizó el análisis correspondiente a las variables que conforman las variables psicosociales y conductuales de los datos, los cuales fueron comparados entre los grupos de consistentes (grupo 1) e inconsistentes (grupo 2), para tales fines se utilizó el estadístico t de Student para muestras independientes.

Tabla 3. Comparación de las variables psicosociales, conductuales entre los grupos de consistentes e inconsistentes en el uso del condón.

	Grupo Consist entes	Grupo Inconsiste ntes	t	P
Variables psicosociales				
Conocimientos sobre ITS	6.73	7.02	-1.22	.22
Sintomatología	2.11	2.25	-1.47	.89
Prevención	1.62	1.65	-.30	.15
Transmisión	1.36	1.30	.82	.40
Conocimientos del uso del condón	2.80	2.82	-.13	.76
Actitudes hacia el uso del condón	4.84	4.14	2.79	.001
Intención para usar condón en relaciones sexuales	5.59	4.29	5.34	.001
Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales	5.36	3.85	3.18	.001
Creencias acerca del uso del condón				
Creencias positivas	4.07	4.27	-1.27	.15
Creencias negativas	2.55	2.46	.62	.20
Variables conductuales				
Estilos negociación	3.68	3.61	.49	.61
Colaboración-equidad				
Estilos de negociación contender	2.85	2.88	-.15	.87
Comunicación sobre temas sexuales con pareja	3.56	3.22	2.29	.02
Variables culturales				

Estereotipos de género en el ámbito social	2.74	2.48	1.80	.07
Estereotipos de género en el ámbito personal	2.20	1.95	1.82	.07
Estereotipos sobre masculinidad y comportamiento sexual	2.41	2.25	1.13	.25
Estereotipos de género sobre la responsabilidad y prevención de riesgos sexuales	2.29	1.95	2.39	.01
Estereotipos de género sobre la confianza en la pareja	2.83	2.69	1.10	.30

En la tabla 3 se presenta la comparación de las variables psicosociales y conductuales entre ambos grupos de consistencia en el uso del condón, en los factores psicosociales, se puede observar que, en la variable de conocimientos sobre ITS, se muestra que no existieron diferencias entre ambos grupos. Lo mismo ocurre con los otros factores derivados de los conocimientos sobre ITS, en donde tampoco se muestran diferencias.

Respecto a las actitudes hacia el uso del condón, se observa que existieron diferencias entre los dos grupos, al igual que en la variable de intención para usar el condón en relaciones sexuales (ver tabla 3). De acuerdo con la variable de autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales, también estuvo presente una diferencia significativa.

La variable de creencias acerca del uso del condón se dividió en creencias positivas y negativas cuyos resultados, por un lado, de las creencias positivas arrojan que entre ambos grupos no se encontraron diferencias significativas. Por otro lado, en las creencias negativas, tampoco se mostraron diferencias significativas.

De acuerdo con las variables conductuales, en relación con los estilos de negociación que también fueron divididos en dos factores, por un lado, el estilo de negociación colaboración equidad, mostró que no hubo diferencias significativas. Por otro lado, se muestra también que en el factor de los estilos de negociación contender, tampoco hubo diferencias entre los grupos de consistentes e inconsistentes. Por último, en la comunicación sobre temas sexuales con pareja, se observa que no se mostraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Posteriormente se realizó el análisis de los factores sociales que incluyó estereotipos de género en el ámbito interpersonal y ámbito social, así como estereotipos de género sobre la responsabilidad y prevención de riesgos sexuales, estereotipos de género sobre la confianza en la pareja y estereotipos sobre masculinidad y comportamiento sexual.

Al realizar los análisis y establecer diferencias entre los grupos 1 y 2, se obtuvo que, en relación con los estereotipos de género en el ámbito social, no se obtuvieron diferencias entre ambos grupos. Este resultado es semejante con el segundo factor de los estereotipos el de acuerdo a los datos obtenidos (ver tabla 3) tampoco hubo diferencias entre consistentes e inconsistentes.

En relación a los estereotipos sobre masculinidad y comportamiento sexual, así como en estereotipos de género sobre la confianza en pareja, no se mostraron tampoco diferencias entre los grupos. Lo contrario ocurre en la variable de estereotipos de género sobre la responsabilidad y prevención de riesgos sexuales, ($p=.01$) en donde de acuerdo con el valor, hubo diferencia entre los grupos.

Consistencia del uso del condón y factores psicosociales

En relación con la consistencia del uso del condón y los factores psicosociales, 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.

Tabla 4. Relación de la consistencia del uso del condón y factores psicosociales, conductuales y culturales.

Variables psicosociales	Conocimientos sobre transmisión	Conocimientos sobre prevención	Conocimientos sobre características ITS	Total de conocimientos	Conocimientos sobre el uso del condón	Creencias positivas
Consistencia del uso del condón	.04	.001	.001	-.02	.02	-.03
Variables psicosociales (continuación)	Autoeficacia para usar condón con pareja regular	Intención para usar condón en la próxima relación sexual	Actitudes hacia el uso del condón	Comunicación sobre temas sexuales con la pareja	Creencias negativas	
Consistencia del uso del condón	.32**	.28**	.23**	.20**	.01	
Variables Conductuales	Estilos de negociación colaboración-equidad	Estilos de negociación contender				
Consistencia del uso del condón	.09**	.001				
Variables culturales	Estereotipos en el ámbito interpersonal	Estereotipos en el ámbito social	Estereotipos sobre la responsabilidad y prevención de riesgos sexuales	Estereotipo de género sobre la confianza en la pareja	Estereotipos sobre masculinidad y comportamiento sexual	
Consistencia del uso del condón	.07	.06	.06	-.001	.01	

* $p < .05$ ** $p < .01$

En la tabla 4 se muestran los valores de las correlaciones entre la consistencia del uso del condón y los factores psicosociales, donde se puede observar que existen asociaciones entre las distintas variables, por ejemplo, la consistencia del uso del condón mantiene una asociación con las actitudes hacia el uso del condón, es decir que aquellos participantes que son consistentes en el uso del condón tienden a tener una actitud hacia su uso, de igual forma se muestran asociaciones con la comunicación sobre temas sexuales con la pareja y

con la autoeficacia para usar condón con pareja regular en la próxima relación sexual. También se muestran asociaciones con la intención para usar condón con la pareja regular en la próxima relación sexual, lo que puede indicar que los participantes que son consistentes en el uso del condón tendrán el propósito de usarlo en su siguiente relación sexual.

Sin embargo, existieron también variables que no se asociaron con la consistencia del uso del condón, por ejemplo, los estereotipos de género, los conocimientos sobre el uso del condón, las creencias positivas y negativas.

Predictor de consistencia en el uso del condón

Posteriormente se realizó un análisis factorial a través de una regresión lineal múltiple para poder discriminar entre variables predictoras de la consistencia del uso del condón. Obteniendo que el grupo de variables que lograron dicha predicción estuviera conformado por la autoeficacia para usar condón con pareja regular, la intención para usar condón con la pareja regular en la próxima relación sexual, las creencias positivas hacia el uso del condón y la comunicación sobre temas sexuales con la pareja (ver tabla 5). Lo que indica que el hecho de que un participante presente cualquiera de las variables descritas, será por lo tanto consistente en el uso del condón.

Tabla 5. Predictores de la consistencia en el uso del condón y consistencia del modelo predictor

Variables predictoras	R ²	R corregida	β	t	p	Media cuadrática	F	p
Autoeficacia para usar condón con pareja regular			.196	4.48	.001			
Intención para usar condón con pareja regular en próxima relación sexual	.103	.097	.131	3.00	.001	2.12	19.45	.001
Creencias positivas hacia el condón			.088	2.36	.01			
Comunicación sobre temas sexuales			.084	2.17	.03			

En la tabla 5 se muestra la consistencia del modelo predictor en el uso del condón, para tales resultados se utilizó en estadístico ANOVA, que, según el resultado, hay consistencia en dicho modelo, lo que indica que tales variables predicen el uso del condón.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar cuáles son los factores culturales, psicosociales y culturales asociados al uso del condón en hombres privados de la libertad. Se analizaron los resultados encontrando que existen factores que predicen el uso del condón en hombres privados de la libertad.

Para analizar los resultados más objetivamente, se contrastaron entre los grupos de participantes consistentes en el uso del condón y los inconsistentes, encontrándose que en relación al patrón de comportamiento sexual, halló que existen factores en donde no se encontraron diferencias, tal es el caso de la edad promedio de la primera relación sexual, los resultados mostraron que es de 14 años para ambos grupos, así mismo, se encontró que el 69.8% del grupo de participantes que no usan condón consistentemente no planeó su primera relación sexual, esto representa un factor de riesgo, ya que según la UNICEF (2006), la mayoría de las veces estas relaciones no son planeadas y en ocasiones son forzadas. De modo que esto representa varias conductas de riesgo, las cuales aumentan la probabilidad de contraer alguna infección de transmisiones sexual, en especial el VIH-SIDA, embarazos no deseados, abortos, entre otros (Cruz, Ramos y González, 2011).

De igual forma, los participantes que usan consistentemente el condón, reportaron tener más apoyo de su pareja cuando existen conflictos, así como entablar temas sexuales la pareja, siendo así la comunicación un factor clave (Martínez y Ballesteros, 1998, así como se citó en, Ballesteros, García, García & Novoa, 2003), cuando la pareja no se comunica, su relación se hace vulnerable ante eventos que en condiciones óptimas de comunicación podrían ser enfrentados con mayor solidez.

Además, se pudo observar cuáles son los factores que están presentes en las personas que usan el preservativo consistentemente. Ejemplo de esto es el uso del condón con la pareja regular, en donde existieron diferencias significativas entre ambos grupos, mostrando que el grupo de las personas que usan consistentemente el condón, lo siguen usando aun cuando su pareja ya es estable, mientras los de grupo de los inconsistentes no usan condón con su pareja estable, en relación a esto Souza (2007, como se citó en, Baiz, Morales & Pereyra, 2016) menciona que el uso del preservativo está más presente en las relaciones ocasionales, ya que cuando la pareja se torna estable, se puede suponer que su uso se flexibiliza. A todo lo anterior se resalta la importancia de que el uso del condón es un factor de protección contra las ITS y en especial el VIH, sin embargo, el que se use únicamente con parejas ocasionales disminuye drásticamente el factor de protección, pues el uso con una pareja regular no garantiza que se pueda estar exento de una ITS.

La población no consistente podría reforzar el uso del condón de una manera más estable si se hace hincapié en la información sobre las ITS y en especial el VIH/SIDA, por lo tanto, se recomienda que para futuras investigaciones se trabaje con esta población a través una intervención enfocada en concientizar sobre las consecuencias negativas de no usar condón y también sobre los beneficios de ser consistente en su uso. Otro rasgo a resaltar es que se encontraron seis factores en donde existen diferencias significativas entre ambos grupos, estos factores son, actitudes hacia el uso del condón intención para usar condón,

comunicación y apoyo sobre temas sexuales con la pareja, los estereotipos de género sobre la responsabilidad y la prevención de riesgos sexuales, en donde se discutirán a continuación.

Las personas privadas de la libertad se enfrentan diferentes obstáculos los cuales hacen más difícil su estancia en los reclusorios, siendo una de ellas el rol que tienen que cumplir, el papel de macho, se le exige constantemente que pruebe su masculinidad de múltiples formas. Entre algunas de éstas se encuentran el tener múltiples parejas sexuales, el tomar riesgos, el colocar el placer sexual antes de las medidas preventivas como el uso del condón, y el no admitir que necesita orientación o asistencia médica, (Billy, Tanfer, Grady, & Klepinger, 1993), por ejemplo, se encontró que los hombres inconsistentes en el condón presentan estereotipos de género sobre la responsabilidad y prevención de riesgos sexuales, los hombres que presentan estas creencias incursionan más frecuentemente en prácticas y estilos de vida riesgosos que los hacen más vulnerables a enfermedades crónicas y a tener una muerte prematura

Por otro lado, se puede decir que la intención puede ser un precedente hacia el uso del condón, así mismo, alguien que tenga conocimientos sobre las consecuencias de no usar preservativo presentará conductas preventivas, lamentablemente esto no sucede los establecimientos penitenciarios, ya que casi todos muestran un deterioro y carencias importantes en lo que se refiere al conocimientos básicos de higiene y salud sexual, acondicionamiento de sus espacios, así como en la disponibilidad y el acceso universal por parte de los internos a bienes y servicios básicos. Estas deficiencias tienen, no obstante, un indudable impacto negativo sobre la calidad de vida de los internos y, consecuentemente, sobre el tipo de relaciones e intercambios que se generan entre ellos y con el personal (Azaola & Bergman, 2007).

Así mismo, hallazgos de este estudio mostraron una correlación significativa entre la consistencia del uso del condón y la comunicación con la pareja sobre temas sexuales, sugiriendo que el tener una buena comunicación con las pareja podría tener un efecto positivo sobre el uso del condón, esto se relaciona con lo que menciona Roth, (1986) donde afirma que un factor importante en todas las relaciones sociales y de pareja es la negociación, sobre todo en el ámbito sexual específicamente en el uso del condón. Además de esto menciona que la negociación es un factor importante para usar el método de barrera esto se relaciona con la relación significativa que encontró entre estilos de negociación y consistencia del uso del condón.

Sin embargo, también existieron variables que no fueron significativas en el uso consistente del condón, tal es el caso de los conocimientos sobre ITS, la prevención y la transmisión, pues estos resultados confirman lo dicho con Micher & Silva, (1997), quienes han comprobado en un estudio que los conocimientos como tal no se traducen en conductas

preventivas. Tales resultados podrían indicar que el hecho de que los participantes tengan ciertas creencias acerca de las ITS, no quiere decir que tengan las herramientas necesarias para prevenirlas a través de factores de protección. Por lo tanto, es necesario dotar a la población privada de la libertad de dichas herramientas que se traduzcan en conductas preventivas, para que así puedan reforzarse dichas creencias.

Otro de los estudios significativos fue el de Urquidí y Piña, (2005) quienes hicieron una investigación en una muestra de 287 hombres estudiantes acerca de los conocimientos y creencias del uso del preservativo, cuyos resultados obtenidos mostraron que no se encontró una asociación entre los conocimientos y las creencias relacionadas con el condón y su uso consistente al momento de tener relaciones sexuales con penetración, datos con los que coincide la presente investigación, ya que no se presentó relación alguna entre los conocimientos y las creencias, hacia el uso consistente del condón.

Entre las variables predictoras de la consistencia del uso del condón, se resalta la intención para usar el condón con pareja regular en la próxima relación sexual, tal resultado afirma lo dicho por Fishbein (2000, como se citó en Jiménez, 2010) que menciona que el mejor predictor del uso consistente del condón es la intención. Así, esto se traduce en que no solo las creencias son necesarias para usar condón, sino que también tiene cabida la actitud y la autoeficacia para querer usarlo, además de tener una creencia favorable hacia este método, pues de igual forma, las creencias positivas hacia el condón fue una variable predictora de la consistencia. Más aún, otra variable predictora fue la comunicación sobre temas sexuales con la pareja, resultados que parecen estar de acuerdo con lo expuesto por Roth, (1986) quien afirmó que un agente significativo en las relaciones de pareja es la negociación. No obstante, habría que tener datos más objetivos de la consistencia del uso del condón, pues una limitación en el presente estudio es que, al ser una muestra grande los datos para la medición de esta consistencia se tomaron de las respuestas en el cuestionario. Como recomendación para futuros estudios se propone trabajar con una población más pequeña y medir esta consistencia con base en datos de auto registro que puedan llenar los participantes.

Por último, se mostró que los factores de autoeficacia para usar condón con la pareja regular, intención para usar condón con la pareja regular en la próxima relación sexual, creencias positivas hacia el uso del condón y la comunicación sobre temas sexuales con las parejas son factores que predicen el uso consistente del condón. Con estos resultados, se recomienda ampliar este estudio, en donde pueda desarrollarse un taller para las personas privadas de la libertad, buscando con esto que obtengan mejores habilidades para enfrentar el contexto y las adversidades que se les presentan, ONUSIDA, (2016) menciona es

necesario ampliar los programas de prevención combinada, implementados por los países y redes de organización comunitaria, a todas las ciudades y lugares donde viven y trabajan los grupos de población vulnerable. De esta manera se contribuirá a que los esfuerzos de prevención vuelvan a emprender su camino para lograr el objetivo de reducir las nuevas infecciones por el VIH en un 75% para el año 2020, con este taller estarían no solo protegiendo a las personas privadas de la libertad de las enfermedades de transmisión sexual sino también al resto de la población que tiene contacto con ellos.

Se considera que los resultados de dicho estudio pueden permitir ampliar desde distintos puntos los hallazgos discutidos, en primer lugar, se recomienda que para futuras investigaciones se pueda desarrollar la parte de la consistencia del uso del condón, pues como es sabido, existen grupos en la población privada de la libertad que usan consistentemente el condón, sin embargo no se sabe si esta parte de la población está dotada de las habilidades necesarias para el uso correcto del condón, pues en caso de que carezcan de dichas habilidades, podría restar eficacia a esta consistencia, por lo tanto es necesario intervenir en esta parte para reforzar dichas conductas de los participantes y así poder medir estas habilidades sobre uso correcto del condón, y realizar un seguimiento a través de estudios longitudinales.

Así mismo se resalta la importancia de intervenir en los grupos no consistentes, de igual forma brindando información sobre el uso del condón, la importancia y las consecuencias que conlleva no usarlo. Al ser una población que se encuentra en contexto de encierro, sería más fácil poder brindar intervenciones más homogéneas. De igual forma se considera que una limitación en dicho estudio fue que al ser una población grande, la forma de recabar los datos fue por medio de cuestionarios, obteniendo así información que se limita a respuestas que pudieron estar sesgadas de algún modo por los participantes, o que también pudieron haberse respondido con respuestas poco honestas, esto pudo haberse debido también a cuestiones de deseabilidad social. Por lo tanto, se recomienda que, en futuros estudios, se trabaje con grupos más reducidos, y que, dependiendo de la variable a investigar, se recabe información a través de entrevistas, o bien, que los resultados de los cuestionarios puedan complementarse con entrevistas para contrastar las respuestas obtenidas en ambos instrumentos y así tener datos más precisos.

Sin embargo, tales resultados expuestos anteriormente, pueden servir de parteaguas para que en otros estudios se desarrolle, o se complemente dicha información con base en la dirección ya trazada en este proyecto.

El desarrollo de este tipo de proyectos puede formar parte de aquellos factores que aporten a la reinserción social de la población privada de la libertad.

REFERENCIAS

- Abaunza, C., Bustos, P., Mendoza, M. & Paredes, G. (2016). *Familia y privación de la libertad en Colombia*. Editorial Universidad del Rosario Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/Accion-Social-SERES/Documentos/Familia-y-privacion-de-la-libertad_.pdf
- Aguilar, A., Aguilar, J., Uribe, I. & Zacarías, X. (2015). Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Facultad de investigación Psicológica*. 5(1), 1904-1915. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S2007471915300107/1-s2.0-S2007471915300107-main.pdf?_tid=d42b6d0d-bf3e-4efa-af53305328776d98&acdnat=1528142415_8afd8a134dbc0274ed4a8e85fae3a6ef
- AIDSTAR-One. (2012). *Uso de drogas y transmisión del VIH en América Latina*. Retrieved from http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_uso_de_drogas_y_transmision_del_VIH_en_america_latina.pdf
- Alarcón, D., Velasco, C., Alvarez, M & Martínez, P. (2008). *Taller Afectivo-sexual con adolescentes*. Recuperado de: <http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/cf1cc81e-0144-49b5-9b2b-74bda420df3e/3f875a7b-49c5-4240-91c4-648cbdf00cc0/>
- Alvarez, E. (2018). Características de padres y sus hijos con discapacidad vinculadas a la comunicación sobre sexualidad. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2018/enero/0768902/Index.html>
- American Psychological Association (2016). División 38. Health psychology. Recuperado de <http://www.health-psych.org/AboutWhatWeDo.cfm>
- Arellano, A. & García, K. (2017). *Conductas sexuales de riesgo para embarazos no deseados e ITS en jóvenes universitarios de la ENEO-UNAM*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2017/octubre/309058825/Index.html>
- Arias, J., Aller, M., Fernández- Miranda, E., Arias, J. y Lorente, L. (2004). *Propedéutica quirúrgica. Preoperatorio, operatorio, postoperatorio*. Sevilla: Tebar.
- Azola, E. & Berman, M. (2007). Cárceles en México: Cuadros de una crisis. *Revista latinoamericana de seguridad ciudadana*. 1, 74-87. Recuperado de <file:///Users/proyectossss/Downloads/Dialnet-CarcelesEnMexico-5407124.pdf>
- Bahamon, M., Tobos, A. & Viancha, M. (2012). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el caribe*, 31(2), 327-353. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v31n2/v31n2a08.pdf>

- Baiz, J., Morales, F. & Pereyra, L. (2016). Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. *Salud y Sociedad*, 7(2), 180-195. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576004.pdf>
- Ballesteros, B., García, D., García, M. & Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 2(2), 199-214. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64720209.pdf>
- Barcena, S. Rendón, G. & Robles, S. (2011) *Factores asociados a la conducta sexual protegida: una revisión*. En R. Díaz- Loving y S Robles (eds.), *Salud y Salud sexual* (pp 5-47). México: Facultad de estudios superiores Iztacala.
- Bárcena, S., Díaz-Loving, R. & Robles, S. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968.
- Barragán, F. (sin año). *“Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria”*. Recuperado de <http://educagenero.org/ESJunta/Secundaria/tomo%20I%20general.pdf>
- Barroso, R., Frías, B., Robles, S., Rodríguez, D. & Rodríguez, M. (2011). Conocimientos sobre el VIH-SIDA comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(4), 317-340. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art17.pdf>
- Biblioteca nacional de salud y seguridad social (s.f.). *Sexualidad y salud sexual reproductiva*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Sexualidad%20y%20salud.pdf>
- Billy, J. O., Tanfer, G. K., Grady, W. R., & Klepinger, D. H. (1993). The sexual behavior of men in the United States. *Family Planning Perspectives*, 25(2), 52-60.
- Buela-Casal, G. & Carrobbles, J. (1996). *Concepto de Psicología Clínica, Medicina Conductual y Psicología de la Salud*. En: Buela-Casal, G., Caballo, V.E., Sierra, J.C. (Comps.). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballero, R. & Villaseñor, S. (2001). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Revista de salud pública*, 35(6), 531-538. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v35n6/7065.pdf
- Caban, M., Castellanos, J. & Uribe, A. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 27-48. DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a03

- Cardona, D., Berbesi, D., & Segura, Á. (2012). *Comportamiento de las consultas por infecciones de transmisión sexual. Investigaciones Andina*, 14(25), 560-575.
- Cardoso, C. & Rondón, J. (2014). Salud desde una perspectiva psicológica. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1079- 1106.
- Carrobles, J. (1993). *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide
- CENSIDA, (2014). *Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida*. Recuperado http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf
- Centro de análisis de políticas públicas. (2012). *La cárcel en México: ¿Para qué?* Recuperado de: http://mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2016/05/MEX-EVA_INDIX-CARCEL-MEXICO_10142013.pdf
- Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA. (2009) *El VIH/SIDA en México 2009*. Recuperado <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>
- Chaves, E. M., Gomes, N., Russel, R. & Werner Sebastiani, R. (2005). Psicología da Saúde Hospitalar: Da formação a realidade. *Universitas Psychologica*, 4, 49-54.
- Chávez, M., & Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/22-1/Mayra%20Ch%E1vez.pdf>
- Coca, J. (2007). El sistema penitenciario mexicano: a un paso del colapso IUS. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C*, 19, 168-187. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2932/293222926010.pdf>
- Cook, R. & Cusack, S. (2010). *Estereotipos de Género. Perspectivas Legales Transnacionales* (Traducido al español de Andrea Parra). EUA: University of Pennsylvania.
- Correa, C. & Cubillán, F. (2009). *Manual de Capacitación Salud Sexual y Reproductiva Desde una Mirada de Género*. Recuperado de http://hum.unne.edu.ar/generoysex/seminario4/s4clase3_4.pdf
- Cruz Roja. (2011). *Sexualidad*. Recuperado de <http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/003.pdf>
- Cruz, C., Ramos, U., & González, A. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud A.C.
- Dávila, M. & Piña, J. (2008). Caracterización, predictores de comportamientos sexuales de riesgo y uso de preservativo en mujeres universitarias. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(2), 279-299. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29213206.pdf>

Departamento administrativo distrital de salud de cartagena. (2011). Promoción de la salud sexual y reproductiva, y prevención de la violencia sexual. Recuperado de https://www.google.com/url?q=http://dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/saludsexual/guiasy_protocolos_vif_vs_y_vbg/modelo_de_atencion_a_victimasy_vbg/capitulo3.pdf&sa=D&ust=1525977574818000&usq=AFQjCNGLXT4rQIBrn4M7D4WIAIjRofFDug

Díaz-Loving, R. & Montijo, R. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e investigación en psicología*, 2(14), 215-228.

Enríquez, D. & Sánchez, R. (2017). Validación de una escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual de riesgo en hombres privados de la libertad. *European journal of health research*, 3(2), 127-136.

Enríquez, J., Robles, S. & Sánchez, R. (2015). Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 257-268. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n2/es_v19n2a11.pdf

Firestone, R., Firestone, L., & Catlett, J. (2006). *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC: American Psychological Association.

Fundación Eroski. (2017). *Guía práctica sobre sexualidad*. Recuperado de: <http://sexoysalud.consumer.es/>

Garavito & Sánchez. (2002). Evaluación y medición de factores psicosociales relacionados con la infección por VIH en la población de sindicados y condenados de la cárcel distrital de varones y anexo de mujeres de bogotá. *Ministerio de salud de Colombia*. Recuperado de: <http://psicologiajuridica.org/psj28.html>

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: McGRAW-HILL.

García, M. (2011). *Programa de educación sexual con familias desde atención primaria*. Recuperado de https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20a%20Salud/Programas%20de%20Educaci%C3%B3n/Educaci%C3%B3n%20afectivo%20sexual/EDUCACION%20SEXUAL%20PRIMARIA%201%20web.pdf

García, M., Ramírez, L. & Uribe, I. (2011). Relación entre estilos de comunicación y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 157-167. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28422741006.pdf>

Gavira, L., Hernández, M. & Osorio, C. (2015). Familia y contexto penitenciario: estrategias de

afrontamiento frente al proceso de privación de la libertad. Tesis para obtener el título de licenciado. Universidad de la Salle, Bogotá.

- Godoy, J. (1999). *Psicología de la Salud: delimitación conceptual*. En: Simón, M.A. (Ed). Manual de Psicología de la Salud.
- Gomez, E, (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista internacional de psicología y educación*, 10(2), 105-122. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387006.pdf>
- Gómez, R., Herrera, C., Herrera, L., Delgado, HA., 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, Y. & López, V. (2015). Significados acerca de la sexualidad en estudiantes de psicología en Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 21, 136-156. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sexs/n21/1984-6487-sexs-21-00136.pdf>
- González, T. & Rosado, A. (2000). Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional. *Revista Cubana Enfermería*, 16(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192000000100007&script=sci_arttext
- González, B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, 12, 79-78.
- Gosende, E., Salmún, C., Carassai, M. & López, M. (2012). ¡De sexo sí se habla! Talleres de educación sexual y género para adolescentes. *Universidad Nacional de Quilmes*, 2(2), 82-87.
- Grau, J. & Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud: Aspectos históricos y conceptuales*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.
- Grau, J. (1981). *La Patopsicología: su objeto y tareas. Panorama histórico. Impresiones ligeras*. Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba.
- Grau, J. (octubre 2002). *La Psicología de la Salud en América Latina: tendencias y retos para el siglo XXI*. Conferencia magistral en el I Congreso Nacional de Psicología de la Salud, Monterrey, México.
- Grau, J., Morales, F. (1989). *Los servicios de Psicología en la atención primaria de salud: del modelo clínico al epidemiológico-comunitario*. Ponencia al Taller Internacional sobre —Aspectos Psicosociales en la Atención Primaria”, OPS-MINSAP, La Habana.
- Guardia, N.(2009). *Lenguaje y comunicación*. San Jose, Centro América: Colección Pedagógica Formación Inicial de Docentes Centroamericanos de Educación Básica.
- Guerrero, M. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/sida en*

población privada de la libertad. (Tesis de Magister Universidad Nacional de Colombia, Bogotá). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/10440/1/597698.2012.pdf>.

Heman, A. & Oblitas, L. (2005). *Terapia cognitivo conductual. La contribución iberoamericana*. Bogotá: PSICOM

Hernandez, J. & Mejía, L. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), 132-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12016346005.pdf>

Holtzman, W., Evans, R., Kennedy, S. & Iscoe, I. (1988). Psicología y salud: contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 105, 245-282
https://docs.google.com/document/d/1FFFfnRf8ZgypqiKRb79bCCB0Fv3RI0qao9e42vE_aMY/edit

INEGI. (2017). *Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL). Principales Resultados*. Recuperado de: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/encotras/enpol/2016/doc/2016_enpol_presentacion_ejecutiva.pdf

INEGI. (2017). *Estadísticas sobre el sistema penitenciario estatal en México*. Recuperado de: http://www.cdeunodc.inegi.org.mx/unodc/wp-content/uploads/2018/01/en_numeros2.pdf

INMUJERES (2004). *El ABC de género en la administración pública, Instituto Nacional de las Mujeres/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), México*.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México*. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvini/inegi/productos/nueva_estruc/702825089627.pdf

Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 15(1), 107- 129.

Junta de Andalucía. (2012). *Buenas prácticas en infecciones de transmisión sexual. Manual básico*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/vih_sida/its_buenas_practicas_manual.pdf

Manosalva, D. (2015). *Desarrollo estrategias de promoción y prevención de una sexualidad sana y responsable con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes de una institución educativa de la ciudad de Bogotá*. (Tesis de licenciatura). Universidad cooperativa de Colombia, Colombia.

- Mariño, M. (2012). Estudio de relación entre Niveles de Violencia en Población masculina Privada de Libertad (PPL) en El Salvador y conocimientos de VIH, Vulnerabilidad asociada con VIH/Sida. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(2), 1-12.
- Martínez, P. (1995). Factores de riesgo del conflicto marital. *Suma Psicológica*, 2 (1), 69-101.
- Martínez, A., Villaseñor, M. & de la Rosa, A. (2001). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Médica IMSS*, 40(1), 35-41.
- Médicos del mundo. (2010). *La importancia del preservativo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/la-importancia-del-uso-del-preservativo-para-la-prevencion-de>
- Méndez, R., Montero, L. & Rojas, M. (2016). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia una promoción de la salud*, 21(1), 52-61. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a05.pdf>
- Mercado, J. (2016). *El psicólogo de la salud y su intervención profesional en instituciones hospitalarias*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de México, México.
- Ministerio de salud. (2013). *Fortalecimiento de la respuesta regional al VIH y las ITS en personas privadas de la libertad*. Recuperado de <http://mcr-comisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/Proyecto%20Privados%20de%20Libertad.pdf>
- Ministerio de Sanidad y consumo. (2001). *Secretaría del plan nacional contra el SIDA y centro nacional de epidemiología*. Recuperado de www.msc.es/SIDA
- Ministerio de Sanidad y consumo. (2003). *Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución*. Recuperado file:///C:/Users/proye/Downloads/prevención-del-vih-sida-y-otras-infecciones-de-transmision-sexual-en-personas-que-ejercen-la-prostitucion.pdf
- Ministerio de salud y protección social. (2013). *Registro individual de prestación de servicios. Sistema Integral de Información de la Protección Social*
- Ministerio-de-la-Protección-Social-de-Colombia. (2011). *Guía de Prevención VIH/SIDA*.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. México: Editorial UniSon.
- Morales, F. (1999). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Científico Técnica.
- Morrison, V & Benett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Prentice Hall.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: PSICOM.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. 2da. ed. México: Plaza y Valdés

Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM.

Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Unife.*, 16(1), 9-38.

Ochoa, S. & Vásquez, E. (2012). Salud sexual y reproductiva en hombres. *Revista de Salud Pública*, 14(1). 15-27. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.as>

OMS. (2014). *Las personas con más riesgo de contraer la infección por el VIH no están recibiendo los servicios de salud que necesitan*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/es/>

ONUSIDA. (2014). *The GAP Report*. Recuperado de: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/>

ONUSIDA. (2015). *El SIDA en cifras 2015*. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

ONUSIDA. (2000). *El preservativo masculino*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc302-tu18-malecondom_es.pdf

ONUSIDA. (2014). *Prevenir el VIH en grupos de población clave*. Recuperado de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121_key_pops

ONUSIDA. (2015). *Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado*. Recuperado de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention

OREALC/UNESCO Santiago. (2014). *Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/71/es/>

Organización Mundial de la salud. (2015). *Programa sobre el VIH: Alcanzar nuestros objetivos*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129447/9789243507118_spa.pdf;jsessionid=88D2537994F8FB0DB2E802F348F799D7?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Recuperado de

http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/Al/salud_sexual.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual*. Recuperado de http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion_de_Salud_Sexual%20OMS%202000.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La salud sexual y reproductiva del joven y del adolescente: oportunidades enfoques, opciones*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/salud_sexual_FINAL.pdf

Organizaciones de las naciones unidas para la ciencia y la cultura. (2010). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación y sexualidad*. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>

Ortiz, A. & Rivas, D. (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.

Ortiz-Torres, B., Williams, S. P., & Ehrhardt, A. A. (2003). Urban women's gender scripts: Implications for HIV prevention. *Culture, Health, and Sexuality*, 5, 1-17.

Osorio, M. & Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud infantil*. Bogotá: PSICOM.

Paco, O. & Peña, A. (2002). *El concepto general de enfermedad, revisión crítica y propuesta primera parte*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Perea, R. (2004). *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.

Piña, J. & Rivera, B. (2006). *Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué*. Universidad. Psychol. Bogotá: Colombia. 5(3), 669-679.

Piña, L. (2003). Psicología clínica y psicología de la salud: En defensa de la psicología de la salud. *Suma Psicológica*, 10(1), 67-80. Recuperado de http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/guia_preencion_vih_ppl_1672011_074907.pdf

Programa nacional de educación sexual integral. (2013). *Educación sexual integral en la modalidad de jóvenes y adultos*. Recuperado de http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_esiadultos.pdf

Quintana, C. & Rondón, J.(2014).Salud desde una perspectiva psicológica. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1079- 1106.

Raj, A. (1996). Identification of social cognitive variables as predictors of safer sex behavior and intent in heterosexual college students. *J Sex Marital Ther (USA)* 19, 22(4), 247-258.

- Restrepo, H. (2002). *Promoción de la salud cómo construir una vida saludable*. Colombia: Editorial médica panamericana.
- Reyes, N, & Vite, E. (2016). Afectación familiar por la privación de la libertad. *Revista científica, dominio de las ciencias*, 2, 257-268. Recuperado de <file:///Users/proyectossss/Downloads/Dialnet-LaAfectacionFamiliarPorLaPrivacionDeLibertad-5761583.pdf>
- Robles, S. & Sánchez, R. (2014). Apoyo, Supervisión y Comunicación con Padres y su Relación con el Comportamiento Sexual de Jóvenes en Conflicto con la Ley. *Psychological Research Records*, 4(1), 1398-1412. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3589/358933346007.pdf>
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2006). Estilos de negociación en la pareja vinculados con el uso del condón en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 11(2), 882-888.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.
- Rodríguez, G. & Palacios, J. (1989). Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En J. Urbina (Comp.), *El Psicólogo. Formación, ejercicio profesional, prospectiva* (pp. 473- 482). México: UNAM.
- Rodríguez, M., Barroso, V., Frías, B., Moreno, D. & Robles, M. (2008). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y salud*, 19(1), 103-109.
- Roth, E. (1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina clínica*, 102(1), 5- 12. Recuperto de: <http://www.sisman.utm.edu.ec>
- Sánchez, R. (2014). Factores asociados al uso del preservativo en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social International Digital Journal of Psychology & Social Science*. Recuperado de http://cuvd.unam.mx/rdipycs/wp-content/uploads/2015/08/02_Dictamen_uno_111014.pdf
- Schiappacasse, V. (2016). *Métodos anticonceptivos de barrera*. Instituto chileno de medicina.
- Secretaria de salud. Planificanet. (2009). *Condón masculino*. Recuperado de: <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/pdf/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/condon-masculino.pdf>
- Stone, C. (1988). Psicología de la salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de*

Psicología, 20(1), 15-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80520102.pdf>

Toledo H, Navas J, Navas L, Pérez N. (2002). Los adolescentes y el SIDA. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 54(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602002000200012&script=sci_arttext

Torres, I. & Beltrán, F. J. (1996). *La Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. México: Universidad Veracruzana.

UNESCO. (2014). *Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800s.pdf>

UNICEF (2006). *Prevention of infection among adolescents and young people*. Recuperado de: <http://www.childinfo.org/areas/hiv aids/young.php>

Uribe, R. F., Vergara, V. T. & Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali Colombia. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 7(2), 1513-1533.

Urquidi, L. & Piña, J. (2005). Efecto de los conocimientos, creencias y motivos sobre el uso del condón en hombres. *Enseñanza e investigación en psicología* 10(2), 369-380.

Villa, P. & Madrigal, C. (2017). Conocimiento del uso correcto del condón masculino en alumnos de preparatoria de una población indígena del estado de Michoacán. *Medicina Interna México*, 33(5), 580-60.

Villaseñor S., Caballero H., Hidalgo S. & Santos P. (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.

APENDICE

Encuesta para
HOMBRES (PPLs) 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: ____/____/____
Día Mes Año

Folio: _____

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

REPORTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

CS1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas?

(1) Si (2) No (pasa a la pregunta CS4)

CS2. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas son las que consumes regularmente? (Puedes marcar más de una opción).

(1) Mezcal (2) Vinos (3) Licores (4) Cerveza (5) Tequila
(6) Otro. ¿Cuál? _____

CS3. ¿Con qué frecuencia consumiste bebidas alcohólicas, en los últimos seis meses previos a tu ingreso a la COMUNIDAD?

(1) Nunca (2) De 1 a 3 veces al mes (3) Sólo los fines de semana
(4) De 2 a tres veces a la semana (5) Todos los días

CS4. ¿Has consumido drogas?

(1) Si (2) No (pasa a la siguiente sección)

CS5. ¿Qué tipo de droga es la que consumes? (Puedes marcar más de una opción).

(1) Marihuana (2) Cocaína (3) Crack (4) Alucinógenos
(5) Solventes (6) Heroína (7) Fármacos (8) Otro. Cuál? _____

CS6. ¿Con qué frecuencia consumiste drogas, en los últimos seis meses previos a tu ingreso a la COMUNIDAD?

(1) Nunca (2) De 1 a 3 veces al mes (3) sólo los fines de semana
(4) De 2 a tres veces a la semana (5) Todos los días

APOYO SOCIAL

AP1. Cuando has tenido algún problema. ¿Has tenido apoyo de...?

Padres (1) Amigos (2) Pareja (3) Nadie (4) Otro (5) ¿Quién? _____

AP 2. ¿El tipo de apoyo que has recibido es?

(1) Económico (2) Moral/emocional Otro: _____

SALUD SEXUAL

VIH/SIDA/ITS

A continuación, se te presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazos y el uso

del condón. Marca con una “X” la opción que consideres correcta para cada una de las afirmaciones. Si no posees la información suficiente para contestar a alguna afirmación tacha con una “X” la opción de respuesta No sé.

CO1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto	Falso	No sé
CO2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Cierto	Falso	No sé
CO3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	Cierto	Falso	No sé
CO4	Colocar el condón en el pene erecto hasta llegar a la base del pene hace más probable que se salga durante el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	Cierto	Falso	No sé
CO6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	Cierto	Falso	No sé
CO7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	Cierto	Falso	No sé
CO8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus.	Cierto	Falso	No sé
CO9	Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, sin dejar espacio en la punta.	Cierto	Falso	No sé
CO10	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	Cierto	Falso	No sé
CO11	El virus del <i>papiloma humano</i> y el virus del <i>herpes genital</i> no tienen cura.	Cierto	Falso	No sé
CO12	Los lubricantes a base de aceite sólo pueden usarse con los condones de látex.	Cierto	Falso	No sé
CO13	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	Cierto	Falso	No sé
CO14	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	Cierto	Falso	No sé
CO15	Una persona con VIH pero sin síntomas puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO16	Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO17	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO18	Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	Cierto	Falso	No sé

TUS CREENCIAS

A continuación, se presentan afirmaciones que se refieren a tus creencias sobre diferentes temas sobre el uso del condón al tener relaciones sexuales. Marca con una —X que tan de

acuerdo o en desacuerdo estás con las afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo te pedimos tu opinión.

Aun cuando nunca hayas tenido relaciones sexuales con penetración, responde qué tan de acuerdo estás en las siguientes afirmaciones.

Las opciones de respuesta van de menor a mayor acuerdo, y son:

**TD(1)=Totalmente en Desacuerdo D(2)=Desacuerdo I(3)=Indeciso
A(4)=Acuerdo TA(5)=Totalmente de Acuerdo**

1. El hecho de que siempre uses condón cuando tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable** (*compañero/a con el cual existe un vínculo afectivo y con quien llevas un determinado tiempo de convivir como pareja, ejemplo: novio/a*)...

		TD	D	I	A	TA
CRUC1	Disminuye el placer sexual	1	2	3	4	5
CRUC 2	Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo	1	2	3	4	5
CRUC 3	Protege a tu pareja contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 4	Podría hacer que te preocupes menos	1	2	3	4	5
CRUC 5	Serías una persona responsable	1	2	3	4	5
CRUC 6	Te protege de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 7	Podría ser muy problemático	1	2	3	4	5
CRUC 8	Te protege contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 9	Tu compañero podría pensar que tú tienes una ITS	1	2	3	4	5
CRUC 10	Podría hacer que tu pareja se enoje	1	2	3	4	5
CRUC 11	Protege a tu pareja de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 12	Podría hacer que te sintieras más limpio	1	2	3	4	5

ACTITUDES

Aun cuando nunca hayas tenido relaciones sexuales con penetración, marca con una **X** lo que piensas de las siguientes afirmaciones. Los valores de tus respuestas van de 1 (muy negativo a 7 (muy positivo) para el aspecto que describe a cada afirmación.

1. Dirías que usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable** podría ser...

AC1	Nada excitante	1	2	3	4	5	6	7	Muy excitante
AC2	Incómodo	1	2	3	4	5	6	7	Cómodo
AC3	Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy agradable
AC4	Nada erótico	1	2	3	4	5	6	7	Muy erótico
AC5	Nada placentero	1	2	3	4	5	6	7	Muy placentero

LO QUE SERÍAS CAPAZ DE HACER

1. En una escala de 1 a 7, marca con una X qué tan seguro estás de que puedas usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu...

	Muy seguro de						Muy seguro
--	---------------	--	--	--	--	--	------------

		NO poder usarlo						de SÍ poder usarlo
AEUC1	Pareja regular o estable	1	2	3	4	5	6	7
AEUC2	Pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5	6	7

2. En una escala de 1 a 7, marca con una "X" qué tan seguro estás de poder usar siempre un condón con tu **pareja regular o estable** durante el sexo vaginal cuando:

		Absolutamente seguro de que NO puedo						Absolutamente seguro de que SÍ puedo
AESR1	Tú has bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR2	Tú has consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7
AESR3	Tu pareja ha bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR4	Tu pareja ha consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7

LO QUE ESPERAS HACER

Marca con una X el número que mejor te represente.

1. ¿Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales (sexo vaginal o anal) uses condón con tu...?

		Nada probable						Totalmente probable
INUC1	Pareja regular o estable	1	2	3	4	5	6	7
INUC2	Pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5	6	7

COMO TE PERCIBES

A continuación se presentan afirmaciones que se refieren a cómo te percibes, marca con una "X" si estás de acuerdo o en desacuerdo con estas afirmaciones.

TA (1)= Totalmente de Acuerdo, A (2)= Acuerdo,
D (3)= Desacuerdo, TD (4)= Totalmente en Desacuerdo

		TA	A	D	TD
AU1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
AU2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	1	2	3	4
AU3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
AU4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a).	1	2	3	4

		TA	A	D	TD
AU5	En general estoy satisfecho (a) conmigo mismo (a).	1	2	3	4
AU6	Siento que no tengo mucho de lo que debo estar orgulloso.	1	2	3	4
AU7	En general me inclino a pensar que soy un (a) fracasado (a).	1	2	3	4
AU8	Me gustaría sentir más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
AU9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	1	2	3	4
AU10	A veces creo que no soy buena persona.	1	2	3	4

COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES

Señala con una "X" la frecuencia con la que **platicas** con tu pareja actual (o última pareja) sobre los siguientes temas sexuales. Considera que las opciones de respuesta que tienes van de:

**1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (algunas veces),
4 (casi siempre), 5 (una gran cantidad de veces)**

Temas						
C1	Cómo usar los métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
C2	Cómo protegerte en las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C3	Dónde comprar los condones masculinos	1	2	3	4	5
C4	La posibilidad de tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C5	El posponer un encuentro sexual	1	2	3	4	5
C6	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
C7	Cómo usar un condón masculino	1	2	3	4	5
C8	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
C9	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
C10	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5

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.

PS1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal)?
(1) Sí (2) No (fin del cuestionario)

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

PS5. ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?
(1) Un hotel (4) En mi casa
(2) En casa de mi novio(a) (5) En casa de un amigo(a)
(3) En un auto (6) En un antro/bar/disco
(7) Otra. ¿Cuál? _____

PS6. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?
(1) Sí (2) No

PS7. Marca los métodos que utilizaste en tu primera relación sexual (puedes marcar más de una opción):
(1) Ninguno (2) Condón masculino
(3) Condón femenino (4) Pastillas anticonceptivas
(5) Pastillas del día siguiente/emergencia (6) Otros. ¿Cuál? _____

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",

—ocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): _____ **personas.**

PS9. Las relaciones sexuales que has tenido han sido:

- (1) **Vaginales** (2) **Anales** (3) **Orales**
(4) **Vaginales y anales** (5) **Vaginales y orales** (6) **Anales y orales**
(7) **Vaginales, anales y orales**

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**

PS11. ¿Alguna vez te has hecho la prueba para detectar el VIH?

- (1) **Sí** (2) **No** (3) **No sé como hacérmela**

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

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

PS13. ¿Alguna pareja tuya ha tenido un embarazo no planeado por tener relaciones sexuales contigo?

- (1) **Sí** (2) **no** (3) **No sé**

PS14. ¿Alguna vez tu pareja ha tenido un aborto por tener relaciones sexuales contigo?

- (1) **Sí** (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”, —ocas”, 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”, —ocas”, 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!!!