



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Comparación de los niveles de ansiedad, depresión y resiliencia
sobre el uso del condón en relaciones sexuales de hombres
mexicanos privados de la libertad**

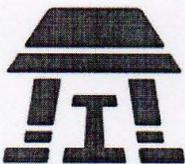
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

**Alejandra Sevilla Rodríguez
Zaira Nayely Martínez Cuevas**

Director: Dr. **Ricardo Sánchez Medina**

Dictaminadores: Dra. **Anabel de la Rosa Gómez**

Mtra. **Consuelo Rubí Rosales Piña**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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”.

Muchas gracias Doctor Ricardo Sánchez Medina por su confianza y apoyo

Zaira Nayely Martínez Cuevas: Con orgullo, agradezco con todo mi corazón a mis adorables padres, Elfego Martínez Evadista y Claudia Cuevas Buendía por cuidarme, criarme, amarme e inculcarme los valores suficientes, para ser la persona de hoy. A mi hermana Alejandra Martínez Cuevas, por ser una parte de mi vida. También quiero agradecer a mis abuelos, Regina Buendía Terán y Faustino Cuevas Orozco, por darme tanto amor, paciencia y cuidarme como a su hija. A mis tías y tíos por ser los padres que necesitaba y a mis primos por ser los hermanos que quería. Erick, gracias por amarme y apoyarme en todo este proceso, sin tu paciencia y cariño hubiera sido más difícil. Gracias por todo.

Alejandra Sevilla Rodríguez: Me gustaría poder describir en sólo unas cuantas líneas todo el agradecimiento que le tengo a esa persona especial que me sacó adelante desde que sabía que venía en camino, sin importarle los obstáculos que tuvo para hacerlo, es la persona más sagrada de mi vida, mi mamá, Rosa Rodríguez Cruz, gracias por cada uno de los segundos que has dedicado a mi hermano Luis Fernando Sevilla Rodríguez y a mí, cuidando de nosotros y llenándonos de amor. Gracias a esa segunda madre que solamente pocas personas tenemos el gusto de conocer y de amar, Victorina Rodríguez Cruz, siempre has apoyado a mi mamá, a mi hermano y a mí de manera incondicional. Sebastián Carrillo, gracias por apoyarme en cada paso que doy, gracias por darme la firmeza para seguir caminando a pesar de cada dificultad, sobre todo por comenzar conmigo la mejor etapa de mi vida. Ustedes cuatro son quienes me dan la fuerza para lograr cada meta que me propongo, los amo inmensamente.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1. SALUD EMOCIONAL	13
1.1. Las emociones	13
1.1.1. Emociones positivas y negativas	16
1.2. Distrés psicológico	18
1.2.1. Depresión	19
1.2.2. Ansiedad	20
1.3. Relación entre emociones y uso del condón	22
CAPÍTULO 2. RESILIENCIA	24
2.1 Factores de la resiliencia	25
2.2 Factores de Riesgo	27
2.3 Factores protectores, comportamientos preventivos y salud sexual	28
CAPÍTULO 3. SALUD SEXUAL	31
3.1 Sexualidad humana	31
3.2 La pareja sexual	33
3.3. Autocuidado	36
3.4 Uso del condón	38
3.5 Toma de decisiones sobre el uso del condón	40
3.6 Sexualidad en hombres privados de la libertad y uso del condón	43
JUSTIFICACIÓN	47
MÉTODO	51
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	75
APÉNDICE A	89

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar la diferencia que existe entre la depresión, ansiedad y ansiedad fóbica, así como las dimensiones de la resiliencia con el cuidado de la salud sexual, centrado en la consistencia en el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para ampliar el conocimiento que se tiene sobre el contexto sexual de esta población. Participaron 687 hombres mexicanos privados de la libertad en el Centro de Reinserción Social (CEVARESO) de la Ciudad de México los cuales, respondieron la Lista de Síntomas SCL-90 para conocer el tipo y nivel de distrés psicológico, La Escala de Resiliencia Mexicana y el Cuestionario del Patrón de Comportamiento Sexual. Se encontró que la mayoría de los hombres tienen niveles leves de depresión, ansiedad y ansiedad fóbica a diferencia de aquellos que obtuvieron un nivel patológico, además reportaron tener un nivel medio de resiliencia y a pesar de ello, son inconsistentes respecto al uso del condón durante sus relaciones sexuales, estando en condiciones normales y bajo el efecto de alguna bebida alcohólica o haber ingerido alguna droga.

Palabras clave: entorno carcelario, distrés psicológico, resiliencia, depresión, ansiedad, preservativo.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the difference between depression, anxiety and phobic anxiety, as well as the dimensions of resilience with sexual health care, focused on the consistency in the use of condoms of Mexican men deprived of freedom, to expand the knowledge we have about the sexual context of this population. 687 Mexican men deprived of liberty participated in the Center for Social Reintegration (CEVARESO) in Mexico City, who responded to the SCL-90 Symptom List to know the type and level of psychological distress, the Mexican Resilience Scale and the Questionnaire of the Pattern of Sexual Behavior. It was found that most men have mild levels of depression, anxiety and phobic anxiety as opposed to those who obtained a pathological level, also reported having a medium level of resilience and despite this, are inconsistent with the use of condoms during their sexual relations, being in normal conditions and under the influence of an alcoholic beverage or having ingested a drug.

Key words: prison environment, psychological distress, resilience, depression, anxiety, condom.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda el tema de salud emocional partiendo de tres tipos de distrés psicológico (depresión, ansiedad y ansiedad fóbica) y la diferencia que existe con la salud sexual, específicamente sobre el uso del condón en hombres mexicanos privados de la libertad, pertenecientes al Centro de Reinserción Social Santa Martha Acatitla desde un enfoque cognitivo conductual, con el propósito de analizar la situación actual de dicha población, utilizando un método deductivo con la intención de enriquecer la información que tienen las y los interesados sobre estos temas.

Por lo que se refiere a salud emocional, está involucra directamente a las emociones que siente cada individuo ya que son la reacción ante cualquier situación que cambie el estado de quietud de una persona permitiendo que se adapte o que evite la situación que se presenta. El cambio es de carácter afectivo (depende la experiencia de cada individuo ante una situación similar), permite cierta activación física (reacción adaptativa o evitativa) y tiene cierta reacción inmediata; las emociones pueden ser agradables o desagradables y permiten el establecimiento de relaciones con los demás (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Existen seis emociones básicas, felicidad, ira, alegría, asco, tristeza y miedo, las cuales son respuestas que permiten comunicarse e interactuar con las personas, también van a tener una duración e intensidad, dependiendo del estímulo que se presenta ante la persona (Vega, Muñoz, Berra, Nava & Gómez, 2012); cada emoción se encuentra en una de las dos clasificaciones de las emociones, las cuales se dividen en positivas y negativas. De acuerdo con Barragán, Ahmad y Morales (2014), las emociones positivas son las que se disfrutan y gozan, además de que agregan otras emociones a las seis básicas, entre ellas se encuentran: bienestar, el cual se presenta cuando existe un balance y satisfacción con la vida, elevación, es un sentimiento con gran intensidad de afecto, se puede presentar cuando se siente una gran felicidad por el bienestar de otra persona, la fluidez, se presenta cuando la persona se siente cómoda con la actividad que está realizando, y humor, presenta la risa.

Entendiendo que las emociones van ligadas a una reacción dependiendo la situación que se presente, se debe tener en cuenta que el cuidado de sí es de suma

importancia para que la reacción no afecte negativamente la integridad de cada individuo. Por ello es necesario desarrollar el autocuidado, el cual se entiende como aquellas actividades diarias, íntimas y personales que se orientan al cuidado de la salud. A lo anterior Muñoz, H. (2009), menciona que el cuidado de la salud se refiere a la conservación de la vida en condiciones óptimas que permitan el desarrollo de los individuos en todos los ámbitos; la persona tiene que resguardar su bienestar de todos los factores, tanto internos como externos, que se le presenten.

El autocuidado es algo importante para mantener el bienestar y la vida de las personas, este autocuidado requiere desde un cepillado de dientes, acudir al médico para una revisión de rutina, exploración del cuerpo, limpieza del cuerpo y destinar dinero a la compra de productos de limpieza y cuidado personal; para confirmar lo anterior, Escobar y Pico (2013), realizaron una investigación con 353 estudiantes universitarios, a quienes se les aplicó el “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios” y “Autocuidado de la salud”, en el cual se encontró que en general tenían un autocuidado saludable, sin embargo los hombres realizaban en menor medida el cepillado de dientes, baño diario, autoexploración física y ellos se auto medican con mayor frecuencia, por lo cual, las mujeres presentaron mayor incidencia en el autocuidado.

De ahí que Muñoz, H. (2009) refiere que el “cuidado de sí” involucra, además del cuidado del propio cuerpo, la relación que se establece con los demás, resaltando tres ámbitos principales, la dietética, es el cuidado del cuerpo, la economía, se refiere a la relación del individuo con la sociedad y la erótica que es el cuidado de sí mismo y de sus relaciones amorosas.

Tomando en cuenta que las emociones involucran cierta reacción ante el medio y se ve relacionado con el autocuidado de las personas para resguardar su salud, se considera de suma importancia mantener cierto nivel de resiliencia. García-Vesga y Domínguez-de la Ossa (2013), plantean que la resiliencia se genera a partir de la adaptación de las personas ante situaciones difíciles (pobreza, accidentes, factores biológicos de riesgo, etc.), esta cuenta con factores protectores, los cuales son los rasgos del temperamento, relaciones familiares y redes de apoyo, los cuales ayudarán a que la persona se adapte ante las situación o estímulos antes mencionados. A su

vez, Losada y Latour (2012), mencionan que la resiliencia es un sistema de protección que la persona tiene para mantener una perspectiva positiva de las situaciones difíciles. De igual modo, González-Arratia, Valdez y González (2011, como se citó en Piña, 2015) menciona que la resiliencia se compone de dos factores, por un lado los sentimientos, emociones que se tienen ante una situación y por otro las percepciones que se tiene de la situación dependiendo las experiencias previas ante una situación similar. Por tanto, la resiliencia es la unión de las cualidades de cada individuo y aquellas particularidades del ambiente familiar, social y cultural que permiten a las personas poder enfrentar, de manera positiva, aquellas adversidades que se le presentan (González-Arratia, Valdez, Oudhof & González, 2012, como se citó en Piña, 2015). Este concepto puede utilizarse en el ámbito educativo, social, empresarial, médico, psicológico, volviéndose multidisciplinario.

Los aspectos antes mencionados se refieren al cuidado de la salud íntegra de cada individuo, principalmente en el ámbito emocional, sin embargo, el conjunto de ellos puede intervenir en el cuidado de la salud sexual. Rodríguez-Shadow y López (2009) mencionan que la sexualidad es la integración de aquellas características, prácticas y hábitos que se realizan en una sociedad referente a la reproducción y a las relaciones que tienen las personas erótica y amorosamente.

A su vez, la sexualidad humana se refiere a la identidad, individualidad, género y ser de las personas; sin embargo, debido a los mitos y tabúes que se generan en la sociedad, las personas encuentran obstáculos en el desarrollo de su sexualidad, por ejemplo: a las mujeres se les asigna un rol femenino, colocándoles el color rosa desde que nacen, mientras que a los hombres se le enseña un rol masculino, no pueden mostrar sentimientos y deben usar el color azul y no el rosa; debido a ello, muchas personas no disfrutan plenamente su sexualidad dado que se les prohíbe experimentar con su sexualidad y en algunos casos, existen consecuencias, ya que las mujeres pueden desarrollar vaginismo, deseo sexual inhibido y los hombres no pueden disfrutar plenamente sus encuentros debido a que se les exige tener un pene de tamaño grande y ser masculino en todo momento (González, Miyar & González, 2002).

La percepción de los riesgos en la sexualidad, son asimilados dependiendo de las prácticas permitidas y establecidas por la sociedad. Cuando se establece una

relación con una persona, se establecen ciertas particularidades que permiten la confianza a la otra persona y la percepción de los riesgos sexuales son mínimos, por lo que contraer alguna ITS o VIH no es considerado, dado que existe exclusividad sexual como un acuerdo de pareja y esto influye en el cuidado de la salud sexual en sus relaciones (Gayet, Juárez, Pedraza, Caballero & Bozon, 2011).

Tomando en cuenta que para hacer uso del condón se requieren de conocimientos previos, De María, Galárraga, Campero y Walker (2009), realizaron encuestas a 27 países de Latinoamérica y el Caribe con el fin de obtener datos acerca de la educación sexual y la prevención del VIH, obteniendo en los resultados que México, se encuentra en un nivel bajo de educación sexual, sus docentes no obtienen una capacitación continua sobre sexualidad y VIH ya que esos temas están integrados en el nivel licenciatura. México, Argentina y Brasil son los únicos países que informan sobre la distribución de condones.

A lo largo del tiempo y debido a las nuevas tecnologías, han surgido diversos estilos de relaciones de pareja, entre ellos se encuentra la pareja sexual; por lo anterior, Stern (2007), realizó una investigación con población mexicana, la cual constaba entre 5 y 10 jóvenes de 15 a 21 años de edad, la investigación tenía el objetivo de identificar los estereotipos de género al iniciar las relaciones sexuales, el uso o no de anticonceptivos, embarazos adolescentes y nacimientos tempranos, se encontró que los hombres, buscan tener relaciones sexuales con el fin de confirmar su virilidad, por lo cual los hombres tienen parejas casuales debido a que el acceso sexual a las mujeres está más regulado por los padres, por ello, los hombres buscan *freers* para satisfacer sus necesidades sexuales.

Pasa algo similar en las prisiones, ya que el acceso a la pareja sexual puede ser perturbado dada la condición de privación de libertad, dado que el comportamiento de las personas que se encuentran privadas de la libertad depende de las características personales de cada uno y de la razón por la cual ingresaron, principalmente; en el mejor de los casos, los hombres o las mujeres que ingresan a prisión pueden adaptarse y lograr un estado de tranquilidad dentro de la institución, aunque el ambiente sea tenso, exigente e inestable emocionalmente; respecto a la sexualidad, sufren un cambio de suma importancia, ya que ingresan a un lugar donde

la población es del mismo sexo, sin embargo el ingreso no significa que la persona va a cambiar su orientación sexual, por lo que la privación de la libertad puede conllevar a la falta de prácticas sexuales en pareja, pero no anula la capacidad sexual (Echeverri, 2010).

Respecto a lo anterior, Rivas y Ortiz (2013), realizaron entrevistas a 102 hombres privados de la libertad, uno de los apartados de la entrevista incluía el tema de salud sexual en el cual se obtuvieron los siguientes datos: la mayoría de los participantes tienen de 1 a 3 parejas, las prácticas sexuales más comunes son los besos, caricias, seguido de la relación sexual coital y oral, masturbación mutua e individual, la auto caricia varía en cuanto a frecuencia pero la realizan de una a dos veces por semana y algunos todos los días, la mayoría considera sus relaciones sexuales placenteras, algunos mostraron temor a ser rechazados o ser víctima de infidelidad, reportaron haber tenido entre 1 y 10 parejas sexuales en los últimos 6 meses y la mayoría experimenta orgasmo en sus encuentros sexuales.

En lo que a la población mexicana se refiere, la salud sexual en los adolescentes y jóvenes es desconcertante, en la actualidad el país enfrenta serios problemas en este ámbito, ya que la falta de salud en cuanto a la sexualidad se pone de manifiesto en las incidencias de personas infectadas con alguna ITS, entre ellos el VIH/SIDA y a los embarazos no deseados en las personas de entre 15 y 49 años de edad; la manera de prevenir la infección de alguna de estas enfermedades consta de protegerse durante las relaciones sexuales con el uso del preservativo o la abstinencia sexual, lo cual puede llevarse a cabo mediante la información clara y oportuna sobre este tema (CONASIDA, 2008, como se citó en Jiménez, 2010).

En cuanto a la perspectiva sobre el uso del condón difiere entre hombres y mujeres, lo cual se demostró en el estudio realizado por Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2012), en donde participaron 273 hombres y mujeres con una edad entre 19 y 25 años, a los cuales se les aplicaron instrumentos que median la percepción del uso del condón, en donde encontraron que los hombres tienen menos conocimientos acerca del cuidado sexual, por lo tanto tienen menos conocimiento sobre el uso del condón, sin embargo, algo relevante fue que se encontró que si el hombre utilizaba

condón en su primer encuentro sexual tenderán a usarlo en sus futuras relaciones con cualquier tipo de pareja.

Mientras tanto un estudio realizado por De Jesús y Menkes-Bancet (2014), tuvo por objetivo conocer las prácticas y profundizar en los significados que los hombres adolescentes de dos contextos de México, le dan al uso del condón en sus relaciones sexuales; la investigación fue realizada en dos contextos de México; el Área Metropolitana de Monterrey y en un Municipio y tres comunidades del Estado de Guerrero, los participantes fueron hombres menores de 20 años que ya hubieran iniciado sus prácticas sexuales; se encontró que en ambos contextos, el uso del condón en la primera y consecutivas relaciones sexuales de los hombres fue muy reducido o casi nulo; según estos hombres, el uso del condón va en función de la información que se tenga sobre los diversos métodos para prevenir embarazos e ITS, así como de la reproducción, mientras que los significados que construyen socialmente por la influencia del contexto sociocultural, de los estereotipos de género, de la desigualdad entre hombres y mujeres, pero sobre todo, de la imagen que el hombre tiene de la mujer es lo que determina el tipo de relación y el uso de preservativos en la primera y siguientes relaciones sexuales.

A su vez Berbesí-Fernández, Montoya-Vélez y Segura-Cardona (2013), hicieron un estudio con 540 participantes mayores de 18 años que utilizan drogas inyectables, en el cual el objetivo era obtener datos sobre el uso del condón en personas que consumían droga inyectable; se pudo observar que la mayoría reconoce que tener relaciones sexuales sin protección aumenta el riesgo de contraer VIH, sin embargo, algunos no hacían uso del preservativo en sus encuentros sexuales a pesar de que la información está disponible a nivel universal; es necesario mencionar que los participantes que no habían reducido la incidencia de inyecciones de droga, tenían más probabilidad de no usar el condón.

Por lo que se refiere a la toma de decisiones Vargas, Henao y González (2007), mencionan que es importante para la vida cotidiana, dado que la mayoría de los adolescentes no logra tener decisiones planificadas, lo cual indica que no tienen confianza en sí mismo y tampoco autodeterminación; la mayoría de las decisiones que

toman determinarán su futuro, por ejemplo, cuando no se proponen tener una carrera, aumenta la probabilidad de que exista un embarazo a temprana edad.

Respecto a la toma de decisiones de manera libre e informada sobre temas de salud sexual, la OMS (1993, como se citó en Pérez, 2013), ha recomendado los programas basados en: *“aquellas destrezas que permiten que los adolescentes adquieran aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria”* (p.p. 37), a partir de ello, se enseña a los jóvenes a tomar decisiones, comunicarse de manera asertiva, a desarrollar la empatía y controlar las emociones, además de encontrar ciertas conductas de riesgo, por ejemplo, algunas conductas sexuales y el consumo de drogas.

De acuerdo a lo anterior, esta Tesis abordará en el capítulo uno, el concepto de salud emocional, tomando en cuenta el término emoción, haciendo referencia a las emociones negativas y positivas que se presentan en las personas. También se explicarán tres tipos de distrés psicológico, los cuales son depresión, ansiedad y ansiedad fóbica.

En el capítulo dos, se abordará el concepto de resiliencia y las dimensiones en las cuales se clasifica éste concepto, así mismo los factores de riesgo y protección que pueden tener las personas en su vida.

En el capítulo tres se abordará el tema de salud sexual, tomando en cuenta el término de sexualidad humana, así como factores de autocuidado, toma de decisiones, uso del condón, parejas sexuales, también se mencionará un panorama general de la sexualidad de los hombres privados de la libertad y los factores que se asocian al uso del condón durante las prácticas sexuales.

Posteriormente, se presenta el método de la investigación realizada, así como los resultados encontrados y la discusión en comparación con la literatura.

CAPÍTULO 1. SALUD EMOCIONAL

La historia de las emociones comienza con los aportes de Aristóteles, el cual habla sobre *la sensación de emoción*, observó que las emociones (tristeza, miedo, coraje, alegría, etc.) pertenecen al alma y son herramientas útiles para una persona, estas emociones se pueden sentir y están relacionadas a una sensación por lo que están acompañados de placer y dolor; posteriormente, René Descartes habla sobre la existencia de las *emociones básicas*, las describe como un tipo especial de cogniciones (cualquier acto mental que proporciona información sobre lo que pasa en el exterior) lo cual se puede entender con las bases de Aristóteles ya que, si la persona siente tristeza, miedo o alegría, se queda pensando en el dolor o placer que le producen; el tercer autor que habló sobre el tema fue William James, quien se adueñó de la teoría aristotélica, y argumenta que las emociones son percepciones de estados corporales internos, por ejemplo, los latidos, el sudor, las lágrimas, que puede producir nuestro cuerpo cuando tenemos una emoción, dejando en claro que una emoción es una sensación, por lo cual una persona no puede estar emocionado sin sentir algo al mismo tiempo; tiempo después, la escuela conductista, plantea que las emociones *son un tipo especial de comportamiento*, por lo cual Skinner, afirmaba que las emociones era tener disposición a comportarse directamente, desencadenando respuestas operantes dependiendo de la emoción que esté actuando en ese momento; años después, el constructivismo social, define a las emociones como *reglas sociales*, ya que estas no son reacciones fisiológicas, más bien, se generan a partir de planteamientos culturales específicos (Casacubierta, 2000).

1.1. Las emociones

Al estudiar las emociones se debe tomar en cuenta que hay una historia detrás de ese concepto, en un principio se hablaba de los ideales sobre el amor y el deseo, sin embargo, no se tenía una definición para explicar esas palabras. Con el paso del tiempo, diversos científicos, describieron a las emociones como algo que experimenta una persona después de vivir una experiencia en su vida; actualmente, se considera

a las emociones una ayuda para formar la personalidad, salud mental y física de una persona (Romos, 2014).

Puesto que las emociones humanas permiten y favorecen la adaptación a los diferentes entornos, debido a su poder de respuestas automáticas ante situaciones nuevas; son innatas, desatan patrones conductuales, por ejemplo, aceleración del pulso, cambios faciales o sudoración, y promueven estrategias cognitivas, por ejemplo mayor capacidad de atención y mayor creatividad, por lo tanto no siempre son controlables (Charro & Carrasco, 2013).

De acuerdo con Romos (2014) existen tres etapas del sentir en una emoción: 1) estímulo-respuesta, para que una persona sienta, se requiere de un estímulo y una respuesta los cuales ofrecen una sensación de protección, bienestar y afecto; 2) asociación, a partir de los dos años el pensamiento lógico y la razón, comienzan a distinguir las necesidades básicas del cuerpo de la persona, sus respuestas físicas y emocionales, por lo cual esta nueva asociación se describe como necesidad- deseo-búsqueda, la cual genera la primera emoción en la persona que se conoce como enojo, representada a través de berrinches y 3) correlación, el cerebro intenta incluir o excluir las experiencias mediante el juego, utilizando diferentes estrategias para lograr el objetivo principal, por ejemplo, llamar la atención para obtener una recompensa o castigo o iniciar una pelea y después fugarse.

Teniendo en cuenta que las emociones interactúan simultáneamente con los procesos cognitivos, influyendo sobre la toma de decisiones, el razonamiento o aspectos perceptivos y de memoria, se pueden identificar en diversos aspectos: los conductuales, ante una emoción se realizan gestos faciales y se pueden identificar por medio del lenguaje corporal, también en los signos corporales, como sudoración, aceleración del ritmo cardiaco, entre otros, o en los pensamientos, que son indicadores de la manera en la que se resuelven las situaciones (Núñez & Sell, 2013).

Ya que no son controlables, el cuerpo requiere de seis segundos para entender una emoción, por ello, como dicho coloquial, se le pide a la persona que cuente hasta 10 con el fin de dar tiempo para que entienda lo que está sintiendo en ese momento y no actuar precipitadamente, por ejemplo, las emociones con un valor negativo duran aproximadamente 110 minutos avisando a la persona de algún peligro, mientras que

las emociones con valor positivo duran alrededor de 40 minutos informando cómo vivir; para poder darse cuenta de una emoción, la conciencia tiene un papel importante para reconocer esas sensaciones, las cuales son reconocidas gracias a los cambios fisiológicos, llamados sentimientos, que indican el reconocimiento en el cambio de cuerpo (Aranda, 2014).

Para ilustrar mejor lo que son las emociones, Romos (2014), describe seis emociones de la siguiente manera:

- *Miedo*: Es un impulso negativo que va aumentando conforme ante la posibilidad de recibir un castigo, este temor, puede ser causado por una situación en donde esté presente la agresión o por la ausencia de una necesidad básica; esta emoción puede provocar un tic nervioso, tartamudeo, sudoración, etc.
- *Enojo*: Se genera cuando se priva a la persona de una situación o estímulo; esta emoción puede provocar irritabilidad, agresividad, cambio en la gesticulación adquiriendo un semblante de batalla, sadismo social o sexual, etc.
- *Felicidad*: Se presenta cuando desaparece un estímulo negativo, miedo o enojo lo cual genera el placer o satisfacción; se sabe que una persona está feliz ya que presenta risa, lagrimeo, movimientos musculares involuntarios, etc.
- *Bienestar*: La persona se siente complacida y saciada física y psicológicamente, lo cual se debe a la ausencia de necesidades, dolor o deseos; la persona muestra una sonrisa, exhalaciones profundas, reflexiona y se siente somnolienta.
- *Tristeza*: Hay una ausencia de felicidad o bienestar, en un principio la persona experimenta, apatía, insomnio, desilusión y en casos avanzados depresión; se manifiesta con exhalaciones profundas, racionalización, desinterés, apatía o desilusión.
- *Dolor*: Aunque no es una emoción, se considera como la base para dar origen a las emociones, es una manifestación física causada por una agresión lo cual produce una incomodidad, agobio o duelo; se reconoce ya que la persona muestra gesticulaciones, ansiedad, hiperactividad, gritos, lagrimeo o llanto.

Como se puede observar, la emoción es realizar algo, que se produce por un impulso que provoca una acción, es una estrategia de respuestas instintivas ante lo que ocurre; con el paso del tiempo, diversos investigadores, se dieron a la tarea de recopilar información sobre la historia de las emociones y a la conclusión que llegaron es que las emociones tienen un inicio en el sistema de supervivencia de los animales, tomando en cuenta que una de las emociones que están presentes en los animales es la ansiedad, ya que es una respuesta ante el peligro, después se produce la ira como un patrón que permite pelear por las necesidades básicas o el asco que es un sistema de defensa que ayuda a rechazar cosas venenosas (Aranda, 2014).

De acuerdo con lo anterior, se puede entender por emociones ciertas cosas que son producidas por una persona ante un evento, consciente o inconscientemente, ante un objetivo o meta que es importante para la persona, también se puede sentir una emoción positiva cuando se obtiene lo que se desea o negativa cuando es difícil o imposible obtener algo; la emoción es un estado mental, en ocasiones acompañado de cambios corporales, expresiones o acciones (Casacubierta, 2000).

Es imprescindible conocer e identificar las emociones que se sienten en determinada situación, con la finalidad de anticipar la acción que se debe tomar, dado que las emociones se pueden clasificar en positivas y negativas tomando en cuenta la reacción que desencadena cada una de ellas ante situaciones determinadas.

1.1.1. Emociones positivas y negativas

Como se menciona en el subtema anterior, existen dos tipos de emociones, positivas y negativas. En cuanto a las emociones positivas, ayudan a que la persona disfrute, tenga gratificación, creatividad, satisfacción y compromiso con las cosas cotidianas, ya que, en ellas está presente el placer y bienestar, tienen una duración mayor que las emociones negativas y conducen a la felicidad, estas tienen un papel importante en la evolución de la persona, ya que ayudan a ampliar los recursos intelectuales, físicos y sociales; estas van a aportar a la calidad de vida, ya que es un detonante del bienestar, aparte de ser un medio para lograr un crecimiento personal a largo plazo, ayudan a la salud, resiliencia psicológica, facilitando un pensamiento flexible y creativo, por lo cual

las emociones positivas influyen en la resolución de problemas y habilidades sociales, protegen contra la depresión, reducen tanto la ansiedad como los efectos que las emociones negativas pueden provocar (Barragán, et.al.).

Además, las emociones positivas, a pesar de sentirse bien, tienen como inconveniente que duran muy poco tiempo, esto depende de los aprendizajes y experiencias de cada persona; las emociones positivas harán más fácil pensar de manera flexible y esto ayudará a generar ideas y respuestas novedosas (Vecina, 2006).

De ahí que, Salmurri (2004) menciona que existen las siguientes emociones positivas:

- *Alegría*: Satisfacción, felicidad, tranquilidad, contento, diversión, euforia, deleite, dignidad, placer, éxtasis y en casos extremos, manía.
- *Amor*: adoración, devoción, confianza, cordialidad, afecto, ternura, cariño, pasión.
- *Sorpresas*: Susto, desconcierto, admiración.

Por otro lado, las emociones negativas, según Piqueras, et.al. (2009), son aquellas que se caracterizan por una experiencia desagradable, por ejemplo el miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco; las tres primeras son las más relacionadas con la salud-enfermedad, ya que permiten al individuo adaptarse al medio en donde se encuentra, sin embargo pueden transformarse en patológicas, en algunas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia o intensidad del estímulo, cuando esto ocurre puede desencadenar un trastorno de la salud, este puede ser físico o mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor o ira patológica); de modo que las emociones negativas son:

- a) Miedo: es una respuesta que se presenta ante una situación de amenaza, peligro físico o psíquico, le brinda energía al individuo para evitarla mediante conducta de huida o de agresión.
- b) Tristeza: recaba la atención y el cuidado de los demás, constituye un modo de comunicación con el medio en situaciones de pérdida o separación.
- c) Ira: es una emoción negativa generada por acontecimientos desagradables.
- d) Asco: genera respuestas de escape o evitación ante situaciones desagradables o sumamente dañinas para la salud.

Relacionado con lo anterior Salmurri, (2004) menciona otras dos emociones de la siguiente manera:

- *Aversión*: Menosprecio, asco, repugnancia, disgusto, desagrado y dolor.
- *Vergüenza*: Culpa, remordimiento, humillación, aflicción, pesar, rubor, turbación y bochorno.

Como se puede observar, las emociones sirven a las personas, para establecer comunicación con individuos que se encuentran en su entorno, sin embargo, cuando no existe un control o hay un desajuste en las emociones, la persona puede experimentarlas de manera patológica. Es necesario mencionar que la patología psicológica es un nivel alto y constante en la aparición de los síntomas de cualquier tipo de distrés psicológico entendiendo que esta es sinónimo de enfermedad, por ello es importante aprender a identificarlas, ya que, en algunos momentos al hacer la relación de una situación con una emoción, el individuo sabrá actuar adecuadamente.

1.2. Distrés psicológico

Como ya se mencionó, cuando no existe una regulación emocional adecuada, las emociones pueden generar trastornos psicológicos; la regulación emocional pretende controlar, evaluar y modificar las reacciones emocionales; existen tres procesos interpersonales que vulneran a las personas para desarrollar algún trastorno, el primero se refiere a que las personas expresan o comunican sus emociones de manera indirecta a través de sus relaciones de intimidad; el segundo es cuando las personas expresan sus emociones sin mostrar empatía con los otros; y cuando las personas se expresan pero los demás no comprenden el significado (Charro & Carrasco, 2013).

Con relación a lo anterior, el distrés psicológico puede ser origen de un desequilibrio emocional, cognitivo o conductual, ya que la respuesta prolongada e intensa ante el estímulo aversivo puede superar las capacidades de resistencia y de adaptación de la persona (Naranjo, 2009). Si el distrés es elevado, se puede generar una patología, la cual es la acumulación de síntomas evocados por las emociones negativas o desagradables.

En esta línea Núñez y Sell (2013) mencionan que es imprescindible controlar las emociones, para lo que es necesario desarrollar cinco habilidades; 1) conocer las propias emociones, 2) poder controlar lo que se siente en el momento que se presenta la situación, 3) motivarse a sí mismo, 4) reconocer las emociones de los demás, ser empático y 5) establecer relaciones con las demás personas tomando en consideración las emociones propias y ajenas.

Considerando que las emociones son reacciones espontáneas ante situaciones adversas, si no existe una regulación de ellas, éstas pueden desarrollar distrés psicológico que influye en su vida cotidiana, ya que conlleva un desequilibrio en el estado emocional de las personas, algunas de ellas son la depresión, la ansiedad y la ansiedad fóbica.

1.2.1. Depresión

Cuando una persona tiene depresión, en un principio, presentan síntomas de inutilidad, incapacidad y abatimiento y en casos más avanzados, las personas muestran temor, pena, angustia, sufrimiento físico o emocional, se culpa y se presenta la idea del suicidio, físicamente se miran con miedo, mirada fija, decepción y caminan lento, por lo cual se puede considerar que la persona está en un estado de reposo (Canto & Castro, 2004).

La depresión puede identificarse a través de cuatro síntomas principales: a) síntomas afectivos, las personas muestran humor bajo, tristeza y desánimo; b) síntomas cognitivos, que se refieren a aquellos pensamientos negativos contra sí mismo y hacia el mundo, baja autoestima y desesperanza; c) síntomas conductuales, que se pueden observar cuando la persona se retira de las actividades sociales, tiene una reducción en sus actividades habituales o se vuelve lento al caminar o hablar y d) síntomas físicos, entre los que se encuentra la pérdida o incremento de apetito, trastornos del sueño y falta de energía (Pérez & García, 2001).

En México la mitad de los casos de trastornos mentales aparecen antes de los 21 años, en el caso de la depresión, el estado civil, un nivel educativo y económico bajo, favorecen a la aparición de esta enfermedad lo cual hace un problema importante

en México, ya que, 1 de cada 8 personas presenta este problema, sin embargo, éste no afecta únicamente al individuo, también causa un efecto negativo en las personas que se encuentran a su alrededor, por ejemplo, padres que presentan depresión y a causa de ella, dejan de realizar actividades cotidianas, lo cual afecta a sus hijos y pareja (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012).

En resumen la depresión afecta física, mental y socialmente a la persona, además de tener relación con la muerte a temprana edad; por ello en México esta enfermedad es más común en desempleados, viudos, solteros, sin embargo, no reciben la atención necesaria ya que los centros de salud están estigmatizados con la tardanza y mala calidad en sus servicios, por ello se han propuesto métodos accesibles para atender ésta enfermedad, por ejemplo, líneas de emergencia en las cuales los usuarios que presentan depresión pueden marcar a estas líneas y recibir apoyo rápido y gratuito, también la terapia psicológica cognitivo conductual ha tenido un impacto favorable en los usuarios mexicanos (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Como se mencionó, este tipo de distrés psicológico, mantiene al individuo en un estado de reposo, lo que permite ser indiferente ante su bienestar físico y mental, mientras que el siguiente tipo de distrés llamado ansiedad, mantiene en alerta a la persona ante ciertas situaciones, sin embargo, en niveles mayores (distrés psicológico) la ansiedad puede afectar la vida de la persona que la presenta.

1.2.2. Ansiedad

La ansiedad puede confundirse con el miedo o ser generalizados, dado que ambos estados preparan al individuo para la evitación, sin embargo, la principal diferencia es que la ansiedad es un estado con el cual se puede prevenir o detectar anticipadamente una situación peligrosa o amenazante (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). La persona presenta temor, la cual es una señal de alarma para una situación peligrosa, sin embargo, la amenaza de peligro no se conoce o se ha visto, también se puede suscitar cuando se siente vergüenza y por ello afecta los pensamientos y aprendizaje, ya que, al prestar atención a esa vergüenza o temor no logran concentrarse en las actividades que están realizando (Virgen, Lara, Morales, Villaseñor, 2005).

La ansiedad se entiende como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación y se complementan con la activación del sistema nervioso, como función anticipatoria; las alteraciones pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre el cuerpo; las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones que provocan ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen respiración agitada, sequedad de boca, manos y pies fríos, mareos, palpitations cardiacas, elevación de la presión, sudor, tensión muscular e indigestión. La situación que pone al individuo ansioso puede ser respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginaria. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras (Sierra, et.al., 2003).

Dado que la ansiedad es un estado de alerta que permite generar una respuesta para defenderse de una agresión o huir de un peligro, se puede considerar patológica cuando se presenta sin la presencia de alguna situación aversiva para la persona o cuando se presenta de manera constante y con alta intensidad y/o con una magnitud, lo cual puede disminuir o eliminar las habilidades de protección; de la ansiedad se deriva otro trastorno, que se diferencia por la forma en que se presenta la ansiedad, el cual se llama trastorno de ansiedad fóbica (se presenta ante situaciones que no son consideradas peligrosas o no existen) (Universidad de Navarra, 2003).

Es necesario mencionar que diversos autores han investigado dicho trastorno denominado ansiedad fóbica. De acuerdo al CIE 10 (2000), ésta, se trata de un tipo de ansiedad que se genera únicamente en situaciones específicas, que por sí solas no representan algún peligro, sin embargo, estas situaciones se evitan o se viven con mucho miedo, por lo cual la persona puede experimentar síntomas como palpitations, desvanecimiento o miedo a morir, perder el control o volverse loco o loca.

No obstante, en México existen pocos estudios sobre la ansiedad fóbica, uno de ellos es el de Caraveo y Colmenares (2000), quienes realizaron un estudio sobre este trastorno con población mexicana adulta de 18 a 65 años de edad de 16 delegaciones de la Ciudad de México, en el cual se encontró que los hombres entre

18 y 34 años presentaban ansiedad fóbica, con un nivel educativo de menos de 10 años de estudio, también los que obtuvieron mayores resultados eran viudos, separados o divorciados y tenían un nivel económico bajo.

1.3. Relación entre emociones y uso del condón

Como se ha podido analizar, las emociones, desempeñan un papel fundamental en la vida de las personas, dado que influyen en la percepción, la salud física y mental; ya que las emociones permiten al ser humano crear un sistema afectivo que proporciona herramientas para la interacción positiva con los demás y con su entorno, permite anticipar reacciones que protegen su bienestar, así como reaccionar de manera constructiva ante situaciones que demanden su adaptación, ya que permiten obtener, almacenar, recuperar y analizar información relacionada con las características derivadas del medio y de sus contingencias (Arbinaga, 2008).

Con relación a lo anterior, en un estudio realizado por Caballero, Toro, Sánchez y Carrera, (2009), cuyo objetivo era estudiar en qué medida las emociones ayudan a que la persona decida usar o no usar preservativo, se evaluaron a 218 jóvenes, con los cuales se analizaron variables emocionales que incluían alegría, miedo y culpa en tres momentos (antes, durante y después del acto sexual sin usar preservativo); se encontró que la emoción percibida con mayor intensidad para los hombres fue la de alegría (antes del encuentro sexual sin protección), seguida del miedo (durante el acto sexual sin protección) y por debajo de estas la emoción de culpa (después del encuentro sexual sin protección).

Algo que se debe considerar es que en México las escuelas difunden información sobre temas de sexualidad segura (uso del condón) y de riesgo (transmisión de VIH/SIDA, ITS y embarazos no planeados), por ello, Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt, (2013), realizaron un estudio en donde el objetivo principal era encontrar si existe relación entre el uso del condón y el enamoramiento, para ello se evaluaron las prácticas sexuales y frecuencia del uso del condón durante las relaciones, de 1719 adolescentes entre 15 y 18 años; se encontró que los hombres hacen uso del condón con mayor frecuencia y esta decisión aumenta si el hombre tiene

intención de evitar una ITS y si presenta enamoramiento, por lo cual se puede observar que la emoción de enamoramiento tiene relación con la decisión de usar condón.

Sin embargo, no sólo se puede experimentar emociones básicas antes de tomar la decisión de usar o no usar preservativo, ya que, Hurtado de Mendoza, Veylia, Guadarrama, González y Wagner (2017), mencionan que se han realizado estudios nacionales e internacionales, los cuales indican que la depresión provoca comportamientos sexuales de riesgo, sin embargo a pesar de existir poca investigación en población mexicana, ellos realizaron un estudio en donde el objetivo era identificar la influencia de la depresión con el uso de métodos anticonceptivos en 8000 jóvenes a los cuales se les aplicó una escala de depresión y un cuestionario sobre sexo; en los resultados obtenidos, se encontró que las personas que presentaban síntomas de depresión tenían una probabilidad del 40% de hacer uso del condón.

Como se puede observar, las emociones pueden influir en el comportamiento de la persona, por ejemplo, el poder reaccionar de manera adecuada ante situaciones estresantes e incluso tomar decisiones correctas respecto a su salud sexual, dependiendo de la emoción que presenten, esta influirá en su decisión de cuidarse. Por ello es imprescindible, comprender el concepto de resiliencia y sus componentes, los cuales se presentan en el siguiente capítulo, ya que ayudan a tener factores de protección y la forma de sobrellevar situaciones negativas que pasa cada individuo.

CAPÍTULO 2. RESILIENCIA

La palabra resiliencia cuenta con muchas definiciones y analogías, por ejemplo, muchos se refieren a ella como la capacidad que tiene el acero para recuperar su forma sin importar los daños que se le haga, pero es importante revisar la etimología de la palabra; la palabra es de origen latín *resalire* que significa saltar y volver a saltar lo cual se relaciona con descripciones que se le da a la resiliencia como son la resistencia a traumas; esta resistencia es la capacidad que proviene de un proceso que cuenta con interacciones personales los cuales ayudan a proporcionar a las personas elementos que los ayuden a enfrentar sus problemas (Martínez & Vásquez 2006).

Se entiende entonces que la resiliencia hace referencia a un proceso de superación ante situaciones estresantes que tienen efectos negativos en la persona, debido a que se expone al peligro, es la capacidad de afrontar experiencias traumáticas y permite evitar situaciones negativas asociadas directamente al riesgo o peligro; para que la resiliencia se haga presente en una persona, se necesitan factores de riesgo, como factores de protección que ayuden a alcanzar un resultado positivo o reduzcan o eviten el resultado negativo que pueda propiciar alguna situación (Becoña, 2006).

De acuerdo con Melillo y Suárez (2005) en las áreas de intervención psicosocial, la resiliencia es una herramienta que ayuda a superar dificultades, adaptarse a la sociedad y a tener una mejor calidad de vida; estas herramientas se muestran cuando la persona es afectada por el estrés o dificultades de la vida diaria, puesto que busca la manera de superar y afrontar las adversidades, por ello se requiere de tres componentes:

1. Noción de adversidad que amenaza al desarrollo humano.
2. Adaptación o superación de las adversidades.
3. Dinámica entre aspectos personales (emociones, pensamientos y socioculturales) que influyen en el desarrollo humano.

Acorde con lo anterior, la resiliencia es la utilización de recursos para enfrentar situaciones difíciles, al tener resiliencia, la situación estresante o perturbadora aporta

un aprendizaje a la persona, en este sentido, la resiliencia como factor de protección ayudará a fortalecer las habilidades para solucionar y enfrentar problemas con las que cuenta la persona y así disminuir los factores de riesgo (Castillo- Arcos & Benavides-Torres, 2012).

Por ello, la resiliencia dentro del ciclo de vida permite tener una guía respecto de lo que se debe hacer en cada etapa del desarrollo y promover nuevos factores de resiliencia sobre la base de aquellos factores ya desarrollados en etapas anteriores; por ejemplo, en el caso de los jóvenes, la resiliencia tiene que ver con fortalecer la autonomía y aplicación, es decir, con la capacidad de realizar sus propios proyectos de manera responsable, ya que a esta edad se muestran ciertas características que se asocian directamente con la capacidad de afrontar adecuadamente los problemas, mayor autonomía, habilidad para tener apoyo de los demás y confianza en uno mismo; y por un lado en el caso de los adultos se refiere a aquellos quienes se perciben integrados en el mundo laboral y que han desarrollado o sienten la demanda de cultivar vínculos afectivos, laborales y sociales que aseguren el cuidado de quienes están en proceso de crecimiento, por lo cual la tarea de la adultez es la generatividad, el sentimiento de producir o crear algo con el propio esfuerzo y verlo crecer y desarrollarse (González- Arratia & Valdéz, 2015).

2.1 Factores de la resiliencia

La resiliencia se caracteriza por ser un recurso en constante renovación, así como un medio para adquirir factores protectores, especialmente fuerza del ego, intimidad social y enriquecimiento del ingenio; se considera como la suma de factores individuales que tienen la función de proteger individual, familiar y socialmente. (Becoña, 2006). Estos factores se pueden presentar en distinto orden dependiendo la edad de las personas, así como las necesidades que exige el ambiente, de tal forma que los niños poseen en mayor medida factores protectores internos al igual que los adultos jóvenes, mientras que los adolescentes y las personas que se encuentran en la adultez media disponen más de factores protectores externos (González-Arratia & Valdéz, 2015).

Algo importante, es que existen ciertos pilares de la resiliencia, que son habilidades y fortalezas con las que cuentan las personas para enfrentarse a las situaciones estresantes, de riesgo y les ayudan a tomar decisiones favorables; de acuerdo con Benavides, Castillo, López y Omofre (2013) estos pilares son los siguientes:

- Humor: contar con habilidades para hacer reír a otras personas, reírse de las limitaciones y encontrar nuevas maneras para ver las cosas.
- Confianza: Pedir ayuda, expresar las emociones, establecer relaciones positivas y desarrollo de habilidades para comunicación verbal y no verbal.
- Iniciativa: Probar cosas nuevas y proponerse algo.
- Valores: Ayudar, hacer algo por otras personas, empatizar y emplear valores familiares y personales.
- Independencia: Respetar normas y límites, tener responsabilidad y hacer algo con beneficio personal.
- Identidad: Autoimagen positiva, sentido de pertenencia, conocimiento de la cultura a la que pertenecen y auto descripción.
- Creatividad: Imaginación, proporcionar alternativas de solución, crear cosas nuevas y concentración.
- Espiritualidad: Hablar sobre un mejor futuro, metas a corto plazo, creer en algo o alguien y descubrir la belleza de la vida.

Relacionado con lo anterior, Melillo y Suárez (2005) proponen un modelo para el desarrollo de los pilares antes mencionados, indican que debe existir una transformación del narcisismo con el fin de que la persona desarrolle su autoestima y amor a sí mismo, la creatividad ayudará a crear condiciones satisfactorias para vivir, la empatía servirá para acceder a la experiencia de la otra persona.

Mientras que Becoña (2006) menciona que existen seis características principales de la resiliencia: atributos psicosociales, atributos físicos, roles, relaciones características de solución de problemas y creencias filosóficas, dando como resultado cuatro patrones de la resiliencia:

- a) Patrón disposicional: Se refiere a las características físicas y las características psicológicas relacionadas con el ego.

- b) Patrón relacional: Se refiere a las características de los roles y relaciones que influyen la confianza y por ende permiten la resiliencia.
- c) Patrón situacional: Se refiere a la aproximación a las situaciones estresantes y se presenta como habilidades de valoración y evaluación cognitiva, habilidades de solución de problemas y características que permiten una reacción inmediata frente a una situación.
- d) Patrón filosófico: Se refiere a las creencias personales, además de una creencia de que la vida vale la pena y tiene significado, funcionando como factor protector.

Ahora bien, Aguiar y Acle-Tomasini (2012) distinguen cinco dimensiones de la resiliencia: a) existencia de redes sociales informales, la persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado, tiene en general una buena relación con los adultos; b) sentido de la vida, trascendencia, la persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida; c) autoestima positiva, la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valioso y merecedor de atención; d) presencia de aptitudes y destrezas, es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas y d) sentido del humor, la persona es capaz de jugar, reír y gozar de las emociones positivas, es capaz de disfrutar de sus experiencias.

En términos generales, la resiliencia es la capacidad que tienen las personas para hacer frente a las adversidades y aprender de ellas además de obtener fortalezas (Henderson, 2006). Una persona resiliente cuenta con ciertos recursos externos e internos que permiten un desarrollo óptimo de su vida, ya que lo protegen de situaciones de riesgo, sin embargo existen factores que vulneran y ponen en riesgo a las personas que no cuentan con los factores resilientes.

2.2 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo incrementan la probabilidad de experimentar una situación de riesgo en el futuro próximo en la vida de la persona, el hecho de que un factor de riesgo

se encuentre presente no significa que exista un resultado negativo, pero si puede funcionar como un agente predictor; estos factores se clasifican en: a) individuales, que se refieren a antecedentes familiares como alcoholismo, drogadicción; b) interpersonales, que se relacionan con una inapropiada comunicación familiar, conflictos entre padres e hijos y nulo o débil apego, estilos de crianza deficientes, bajo desempeño y compromiso escolar, así como relación con personas conflictivas y c) ambientales que se refieren al contexto en el que se vive, por ejemplo pobreza, marginación, inseguridad, entre otros (Aguar & Acle-Tomasini, 2012).

Por otro lado, Manciaux (2003), divide los factores de riesgo en cuatro categorías:

1. Una situación familiar difícil: No está presente uno o ambos padres, existe violencia en la familia o peleas.
2. Factores sociales o ambientales: Pobreza, casas en malas condiciones, etc.
3. Los problemas crónicos de salud.
4. Guerras, catástrofes naturales.

2.3 Factores protectores, comportamientos preventivos y salud sexual

Los factores protectores son aquellos que evitan o reducen los efectos negativos de la presentación u exposición ante situaciones de riesgo que generan estrés a una persona, esto puede explicar que algunas personas a pesar de haber vivido en contextos desfavorables, así como de haber sufrido alguna experiencia adversa, pueden conseguir una vida favorable, esto se refiere a que los recursos internos y externos protectores disminuyen las consecuencias negativas de la exposición a estas situaciones (Aguar & Acle-Tomasini, 2012).

Los factores protectores no son necesariamente una situación o alguna característica positiva, en este sentido puede ser que un evento traumático se convierta en un factor protector, dado que la experiencia que se adquiere al pasar por él permite fortalecer al individuo, además de que los factores protectores pueden entenderse como mecanismos o procesos de interacción con otros elementos,

pudiendo ser protectores o no, dependiendo de las consecuencias que tenga para el bienestar del individuo (Restrepo, 2015).

Como menciona Vanistendael (1997, como se citó en Aguiar & Acle-Tomasini, 2012) los factores de protección pueden ser: a) personales, que involucra la autoestima, la convivencia positiva, la asertividad, el altruismo, el pensamiento flexible, la creatividad, el autocontrol emocional, la independencia, así como la confianza en sí mismo; b) familiares, que incluyen el apoyo y la comprensión que se obtiene o se brinda a un integrante de la familia; c) los escolares, que implican la participación en actividades de recreación como talleres artísticos, científicos o deportivos y d) los sociales, que implican a la comunidad, las normas sociales y el contexto en donde se desenvuelve la persona.

Se pueden encontrar factores de protección en la persona, la familia y el ambiente (Manciaux, 2003):

- Capacidad de resolución de problemas
- Eficacia personal
- Comprensión de sí mismo
- Empatía
- Capacidad de buscar ayuda
- Tener buena relación con amigos y familia

Siguiendo esta misma línea, un comportamiento preventivo requiere de afrontamiento al riesgo, el cual es útil para dar frente a situaciones de riesgo sexuales (acoso, agresión y violación) y un afrontamiento defensivo, el cual ayuda a evitar problemas (Benavides, et. al., 2013).

Es necesario mencionar que un problema de suma importancia social, se refiere a la salud sexual de las personas, ya que está íntimamente relacionado con los factores preventivos, protectores y de riesgo de la resiliencia. Castillo-Arcos, Alvarez-Aguirre, Bañuelos-Barrera, Valle-Solís, Valdez-Montero y Kantún-Marín (2017), mencionan que es importante saber que existe la resiliencia sexual, la cual ayuda a que exista una conducta segura, ya que al tener influencia de esta, es más fácil que las personas realicen comportamientos responsables al desarrollar la capacidad de responder de forma crítica y con la intención de resolver diversas situaciones de riesgo

sexual; al mismo tiempo, se estimula la necesidad de mejorar las condiciones de salud; por lo anterior desarrollaron una investigación que tuvo por objetivo comparar las conductas sexuales de riesgo en jóvenes y las diferencias por edad, género y nivel de resiliencia sexual; participaron 182 jóvenes de Campeche, México y los resultados mostraron que los de menor edad presentan niveles de resiliencia más bajos que los mayores, al comparar por género se encontró que los hombres mostraron niveles más altos de resiliencia sexual que las mujeres; de acuerdo con lo anterior se menciona que un factor protector para prevenir las conductas sexuales de riesgo es el apoyo de la familia y en relación con la resiliencia se encontró que un nivel alto de resiliencia favorece la prevención de conductas sexuales de riesgo.

Considerando que el tema de interés en este trabajo es reconocer la relación entre salud emocional y salud sexual, se ha plasmado información para reconocer las emociones y las herramientas que proporciona la resiliencia, sin embargo, también es necesario describir los factores que influyen en la salud sexual de una persona, en especial en los hombres privados de la libertad, por ello el siguiente capítulo se hablará exclusivamente sobre este tema.

CAPÍTULO 3. SALUD SEXUAL

Antes de conocer la definición de salud sexual, es necesario presentar la definición sobre salud y sexualidad. De acuerdo a Zamberlin y Portnoy (2007), salud consiste en no tener alguna enfermedad o que duela algo, sentirse bien, poder tener acceso a los servicios de salud y educación, una vida digna y alimentación adecuada; por otro lado, la sexualidad no se refiere únicamente a tener encuentros sexuales, también abarca el tema del cuerpo, sentimientos y emociones de las personas, relaciones con otros individuos, elección de estilo de vida y vestimenta.

De acuerdo con la OMS (2018): *“la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” p. 1.*

Por lo anterior salud sexual incluye la búsqueda de bienestar tanto en el hombre como en la mujer, el desarrollo de la vida de las personas y la interacción con otros. Es la capacidad que tienen el hombre y la mujer de disfrutar su vida sexual sin tener riesgos, esto con el fin de cuidar y disfrutar su sexualidad, lo cual se puede lograr haciendo uso del condón, por ello tener salud sexual ayuda a que las parejas fomenten el buen trato entre ellos y personalmente, también que se muestren amor, comunicación y responsabilidad. Los factores que pueden afectar la salud sexual son los embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual (ITS), violaciones, matrimonios forzados y transmisión de VIH.

3.1 Sexualidad humana

Se entiende por sexualidad humana a las dimensiones de personalidad y características biológicas, sociales y espirituales de la persona con las cuales nace, crece y se expresa ante otras personas creando vínculos emocionales y sexuales, erotismo y reproducción; también tienen gran importancia las habilidades cognitivas y

emocionales, las cuales ayudan a expresar la sexualidad en cada etapa de la vida y desarrollo (Carballo, 2002).

Considerando que la sexualidad involucra características, roles y conductas aceptadas por la cultura en donde el individuo se desarrolla, se compone por expresiones del deseo sexual, emociones, valores, actitudes y sentimientos mediados por el sistema de creencias adoptados por la sociedad; esto desarrolla la capacidad del individuo de establecer y mantener relaciones, de comunicar necesidades, gustos y conflictos, de elegir la pareja que desea tener y la relación que desea establecer, así como el nivel de aceptación de la imagen corporal y la forma de obtener el disfrute sexual; esta tiene tres componentes básicos: el biológico, que hace referencia a la anatomía de las personas, el psicológico, que comprende la concepción que el individuo posee sobre sí mismo; y el social, que es la relación que establece dependiendo las características que él tiene, estos factores interactúan a lo largo de toda la vida y formarán las distintas etapas del desarrollo (Pérez, 2008).

Respecto al componente psicológico se crea la identidad sexual, que es el auto concepto que cada ser humano tiene de acuerdo a su sexo, género, orientación sexual, identidad de género y el conjunto de habilidades y comportamientos con las que se desenvuelven en su vida, se relaciona con los demás y expresan su sexualidad (Vega, 2014).

Tomando en cuenta lo anterior, los cuerpos femeninos y masculinos, comienzan a sexualarse, desde el núcleo familiar, ya que es el lugar en donde el niño o la niña conocen el primer paso para la socialización ya que comienzan a explorar su sexualidad mediante la convivencia cotidiana con sus parientes y van aprendiendo cómo el hombre y la mujer deben relacionarse; en la adolescencia se obtiene información sobre la convivencia entre iguales y es el segundo aprendizaje sobre los papeles masculinos y femeninos; cuando se han aprendido las reglas sociales en cuanto a la sexualidad humana, las personas comienzan a percibir su respuesta sexual y erotismo, la mujer y el hombre, conocen sus zonas erógenas y detectan las respuestas sexuales; la interacción con la pareja es importante ya que se enseña y aprende de cada miembro de la pareja en una relación íntima que ayuda a pensar, amar y crear hábitos, preferencia y gustos sexuales (Carballo, 2002).

Además es importante diferenciar entre orientación homosexual y conducta homosexual: la *orientación homosexual* es la preferencia en cuanto al deseo sexual de forma preferente, hacia personas del mismo sexo, mientras que las *conductas homosexuales* son actos sexuales llevados a cabo entre personas del mismo sexo, que pueden ser manifestaciones de la orientación homosexual, contactos casuales o dependiendo el contexto en el que se encuentra la persona, quien tiene una orientación heterosexual; hay que hacer énfasis en que las actividades homosexuales episódicas o circunstanciales son practicadas por personas habitualmente heterosexuales, en situaciones especiales de la vida que favorecen dicho comportamiento; por ejemplo el caso de los actos homosexuales que ocurren durante la adolescencia, y el de los individuos que por su oficio o fuerza mayor permanecen alejados del otro sexo durante lapsos de tiempo prolongados; debido a que el deseo sexual no desaparece por el hecho de no tener a la persona con la que se desea tener relaciones sexuales, busca satisfacerse de algún modo, no obstante cuando las causas que impiden el contacto con esa persona desaparecen, el individuo continúa con sus relaciones heterosexuales (Vega, 2014).

3.2 La pareja sexual

Las personas buscan establecer relaciones que permitan el ejercicio de la sexualidad, las cuales deben seguir las normas para preservar y fortalecer las estructuras sociales; la sexualidad es reconocida como algo importante, aunque también se considera como algo problemático o angustioso, dado que la sociedad ha creado ciertas estructuras para poder contenerla, ya que sólo se pueden realizar ciertas conductas permitidas por la misma sociedad; cuando la persona está preparada para sus encuentros sexuales desarrolla deseo por otro ser, éste puede ser producto del aspecto biológico, se refiere al instinto de reproducción y conservación, y de la conceptualización que la sociedad ha impuesto sobre la sexualidad, que incluye la manera de buscar erotismo y alcanzar la satisfacción sexual (Miranda, 2008).

En cuanto a lo anterior, Kusnetzoff (2003) menciona que la vida sexual de la pareja es una respuesta sexual masculina y femenina natural, la cual consta de cuatro fases:

1. *Deseo sexual o excitación*: Es la atracción que se tiene por otra persona y puede incluir fantasías eróticas; es necesario mencionar que las emociones pueden influir en éste, ya que la ansiedad, ira, depresión y enojo son emociones inhibitorias para el deseo sexual; otro factor que puede influir es la edad y personalidad del individuo; la educación sexual también es importante debido a que los hombres se excitan más con los estímulos visuales y las mujeres con los estímulos táctiles.
2. *Meseta*: Se logra la excitación sexual y los genitales femeninos y masculinos se vuelven más sensibles; el hombre alcanza una acumulación sanguínea en el pene y genera una erección, mientras que la mujer genera humedecimiento intenso en la vagina en genitales internos y externos.
3. *Orgasmo*: Es la culminación del placer sexual, en los hombres el sentir caricias y frotación cada vez más rápidas y constantes ayuda a que llegue a un estado de clímax (punto de mayor excitación sexual en las zonas erógenas) y en las mujeres el clímax se produce con caricias y frotación, pero también al estimular el clítoris y la parte anterior de la vagina; algo importante es que la mujer puede tener más de un orgasmo y el hombre sólo puede tener uno por acto sexual.
4. *Resolución*: Es la etapa de relajación para las personas en la que el organismo vuelve a la tranquilidad, sin embargo para los hombres existe otra fase llamada *refractario* en la cual, si desea tener otro orgasmo dependiendo de la edad, debe esperar cierto tiempo; un hombre joven debe esperar entre 20 y 30 minutos para lograr otro orgasmo y hombres mayores entre 50 y 60 años deben esperar de 24 a 48 horas para lograrlo.

Dado lo anterior, Caride y Pereyra (2009), mencionan que existen tres razones por las que tanto hombres como mujeres toman la decisión de tener relaciones sexuales, la razón afectiva que se relaciona directamente con el amor y la atracción que sienten por su pareja estable, la razón procreativa es la que lleva al hombre y a la mujer a tener un hijo para dejar descendencia y la razón biológica, que se refiere a satisfacer la necesidad básica aunque no exista ningún lazo afectivo, en este caso son las

parejas casuales; por ello, también reconocen que es indispensable tener cuidado para no correr riesgos innecesarios, como pueden ser los embarazos no deseados, contraer alguna ITS o ser infectados de VIH y desarrollar SIDA, además de tener claros los sentimientos y los motivos por los que se tuvo el encuentro sexual, estar completamente seguro (a) de la decisión que se tomó, además de tener confianza, comunicación y respeto con la pareja sexual.

La pareja sexualmente feliz, tiene una buena comunicación, intercambia opiniones, deseos, gustos, fantasías, etc. y el encuentro sexual se vuelve un momento especial para ambos, ya que se cuidan, dan ternura y satisfacción al otro miembro de la pareja. Sin embargo, la pareja que no es sexualmente feliz, tiene desconfianza, rencor, se culpan por cosas sin sentido (Kusnetzoff, 2003).

Respecto al cuidado durante las relaciones sexuales, Rojas (2002) desarrolló un estudio sociodemográfico en la Ciudad de México, que tuvo por objetivo describir la relación entre los cambios ocurridos en el proceso de fecundación de las parejas mexicanas y los cambios en las actitudes y comportamientos de los hombres sobre su reproducción, tomando en cuenta diversos factores (sociales, culturales, educación y uso de anticonceptivos); se realizaron entrevistas a 16 hombres (4 padres jóvenes y 4 padres mayores de sector popular; y 4 padres jóvenes y 4 padres mayores de sector medio); se encontró que los padres mayores de sector popular no contaron con la información mínima para el cuidado de su sexualidad, ellos tenían en mente tener los hijos que “Dios les mandara” y además tenían que demostrar su hombría con el nacimiento de su primer hijo, por lo tanto la toma de decisión respecto a la sexualidad era única de los hombres, además mencionaron que sus primeros encuentros sexuales fueron con prostitutas y en cabarets, mientras que los padres mayores del sector medio si contaron con mayor información al alcance de sus manos, sin embargo reportaron que no tomaron ninguna precaución en sus relaciones sexuales; por otro lado, los padres jóvenes de clase popular mencionaron no haber contado con información suficiente respecto a la sexualidad en su infancia o durante su estancia en la escuela, la información les llegó una vez que comenzaron a vivir en la Ciudad de México a través de sus amigos o compañeros de trabajo, aunque en sus primeros encuentros sexuales no ocuparon ningún método anticonceptivo; por último, los padres

jóvenes de clase media, reportaron que sí tuvieron la información adecuada sobre temas sexuales y control de natalidad, sin embargo, la mayoría de ellos no utilizó los métodos anticonceptivos y si lo hicieron, no fue de la manera correcta, reportando embarazos a temprana edad y algún aborto a lo largo de sus vidas.

3.3. Autocuidado

Es indispensable conocer los derechos sexuales que tiene cada individuo con la finalidad de tener un panorama amplio para ejercer con responsabilidad sus relaciones sexuales; de acuerdo con la ONU (2008, como se citó en Caride & Pereyra 2009) los derechos sexuales incluyen el derecho a decidir tener o no relaciones sexuales libres de todo tipo de presión o violencia, además de tener la libertad sobre las decisiones y expresiones de la sexualidad; así como recibir información adecuada sobre el tema, tanto en la escuela como en la familia, vecindario o instituciones sociales y participar en la planificación y ejecución de programas sobre sexualidad y tener acceso a los servicios de salud que ofrezcan y garanticen un clima de confianza, privacidad y confidencialidad.

Al conocer los derechos sexuales que tiene cada individuo, es su responsabilidad ejercer de manera saludable su sexualidad; según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2004, como se citó en Arango, 2008) una persona adulta sexualmente sana valora su propio cuerpo, busca información y entiende que el desarrollo del ser humano comprende la sexualidad, tanto la reproducción como la experiencia sexual, conoce y afirma su orientación sexual y respeta la de los demás, expresa su amor e intimidad de manera apropiada, por ello crea y mantiene relaciones estables y significativas, además de tomar decisiones considerando las consecuencias, por ende es capaz de reconocer aquellos comportamientos sexuales que podrían perjudicar en su vida o en la de los demás, busca información actualizada sobre el tema, evita el abuso sexual, así como contraer o transmitir infecciones de índole sexual, entre otras el VIH, ya que practica comportamientos que promueven la salud, tales como chequeos médicos regulares,

autoexámenes de los testículos o de los senos, que permitan identificar de manera oportuna posibles problemas.

Todos los puntos anteriores, se relacionan con lo investigado por Quandt, Ceolin, Echeverría- Guanilo y Costa (2015), quienes realizaron un estudio en el cual participaron seis hombres con una edad de 20 a 59 años del Sistema de Registro y Acompañamiento de Hipertensos y Diabéticos (HiperDia); se les realizó una entrevista semiestructurada, en donde se buscó obtener información acerca de la concepción de salud y enfermedad, percepción del cuidado de su salud, práctica o no de estos cuidados, motivo que los llevó a participar en el grupo de salud, recibimiento de información de los profesionales de salud en el grupo al que pertenecían, cómo cuidar de la salud, realización de actividades de ocio, existencia de espacios de recreo en el barrio, participación en actividades en la comunidad y acerca de cómo consideraban el acceso a los servicios de salud; con ayuda de esa entrevista surgió el tema de percepción del autocuidado a la salud, en el cual encontraron que la población considera el autocuidado como algo indispensable y requiere de estrategias de prevención, conocer el cuerpo, tener buena alimentación y tener chequeos médicos, sin embargo, en este autocuidado van a incluir cuestiones sociales y económicas, ya que si no se tiene dinero para acudir al médico o tener buena alimentación no puede ser llevada a cabo adecuadamente.

Es necesario mencionar que la salud sexual, puede identificarse igualmente en el plano de la sociedad; en un consenso sobre estrategias para la promoción a la salud sexual, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2004, como se citó en Arango, 2008), identificaron ocho características que debe tener una sociedad sexualmente sana:

- *Compromiso político:* En donde se reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de su promoción.
- *Políticas explícitas:* Las instituciones sociales formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que involucran información clara y precisa destinada a la protección y promoción de la salud sexual.
- *Legislación:* Es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger los derechos sexuales, tanto de hombres como de mujeres.

- *Buena educación:* Acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.
- *Infraestructura suficiente:* Es necesario contar con una infraestructura de profesionales especializados en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual, lo que incluye preparar a los profesionales con programas de especialización en salud sexual.
- *Investigación:* Apoya las investigaciones destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública, con un enfoque preventivo.
- *Vigilancia adecuada:* Es necesaria para supervisar los indicadores biológicos, médicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.
- *Cultura:* Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual; algunos indicadores tales como calidad de la información que se le da a la sociedad y la seriedad que se da al tema.

3.4 Uso del condón

Existe un método de protección para el momento de las relaciones sexuales, el cual es conocido con diferentes términos, como “preservativo”, “condón” y “profiláctico”, éste último de manera formal; en la actualidad se utiliza el término condón, ya que este dispositivo tiene una efectividad del 98% en su función de preservativo (contener la concepción) y la misma como profiláctico (prevención de las ITS o VIH) (Caride & Pereyra, 2009).

A su vez, el condón al contar con un 98% de efectividad el 2% depende de las habilidades para colocarlo, cuidarlo y usarlo, ya que si se utiliza correctamente el virus de VIH, no puede penetrar el látex dado que el virus es demasiado grande para pasar por los poros del material y adicionalmente, los condones tienen un proceso de fabricación muy riguroso; los fabricantes utilizan distintos métodos para su fabricación y los parámetros de seguridad están impuestos por la FDA (organismo estadounidense para el control de medicamentos y alimentos), por ejemplo, todo condón para ser aprobado por la FDA, debe pasar la prueba eléctrica de no perforación, en la cual la

goma del condón al no ser conductora de electricidad, técnicamente no debería perforarse, pero si existe alguna diminuta perforación, un indicador se activa y marca el defecto, es entonces que el lote de dónde proviene ese condón es desechado; asimismo se realiza una prueba de resistencia en donde se evalúa la anchura, longitud y grosor del condón, también se realizan pruebas de estallido por aire, examen de filtración (líquidos pre seminales y seminales) y de integridad del empaque (Swenney, 2013).

Como mencionan Rodríguez y Suárez (2005), el que toda la población conozca el uso correcto y practique las relaciones sexuales con el uso del condón facilitaría el control sobre los casos de infectados por el VIH, tomando en consideración que las relaciones sexuales entre hombres son de alto riesgo si se llevan a cabo sin protección; el condón es el producto más efectivo para, además de controlar la natalidad, evita el contagio de VIH, sin embargo, el margen de error al utilizarlo se debe a que no se hace correctamente, porque no se ha educado o instruido al uso adecuado del mismo; por ello desarrollaron una investigación que tuvo por objetivo identificar el conocimiento, las actitudes y el uso del condón masculino en una población de jóvenes entre 15 y 34 años pertenecientes a 10 regiones de Cuba; se encontró que el 94.3% de la población tiene claro que el uso correcto del condón protege ante la adquisición de VIH, además el 92.3% de los jóvenes tiene una vida sexual activa, sin embargo sólo el 35.7% de ellos utilizó condón en su primer encuentro sexual y actualmente, en sus relaciones con parejas estables solo lo utiliza el 24.3% de los jóvenes, señalando que el uso del condón significa desconfianza y desamor con su pareja, por lo que no lo utilizan, mientras que el 20.5% de ellos utiliza condón con las parejas inestables y solo por precaución de un embarazo; estos resultados demuestran que existe una escasa deficiencia en cuanto a la promoción de los condones, dado que sólo se le da importancia por ser un anticonceptivo y no como un medio de protección, para lo que es necesario establecer campañas que enfoquen los beneficios hacia la salud que tiene el uso correcto del preservativo.

Tomando en cuenta lo anterior, algunos aspectos que considera Swenney (2013), a favor para el uso del condón son los siguientes:

- Se encuentran fácilmente

- Evitan un embarazo no deseado
- Te protegen del VIH e ITS
- No pierden su efectividad si se fuma
- No te hacen engordar
- No se deben llevar puestos con anticipación
- Pueden ayudar al juego previo
- Carecen de efectos secundarios
- Son económicos
- Se almacenan fácilmente
- No requieren de receta médica o intervención quirúrgica
- No mancha como el gel o espermicidas
- No altera los periodos menstruales
- Se puede utilizar a cualquier edad
- Tiene 98% de eficacia

Es necesario mencionar que la primera vez que se utilice un condón no debe ser la primera en colocarlo, por ello es importante la difusión de información para que se tome la decisión de hacer uso de él, ya que el hecho de saber poner un condón no incita a tener relaciones sexuales todo el tiempo o con cualquier persona.

3.5 Toma de decisiones sobre el uso del condón

Para favorecer la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de salud sexual y reproductiva la Organización Mundial de la Salud (1993, como se citó en Pérez, 2013) recomienda programas basados en el desarrollo de habilidades que fortalezcan las destrezas que permitan a las personas adquirir las aptitudes necesarias para su desarrollo personal e integral y para que puedan enfrentar de manera positiva los obstáculos de la vida diaria; además de una educación referente a los métodos anticonceptivos y su uso correcto. Los hombres día a día se enfrentan a más riesgos que las mujeres ya que sus trabajos cuentan con más peligros físicos y psicológicos, también son más vulnerables a las ITS gracias a los estereotipos masculinos (Camacho, 2009).

Las personas por naturaleza misma se relacionarán sexualmente con otras personas, lo cual los hace vulnerables ante distintas enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH, por ello es indispensable que cuenten con herramientas para la toma de decisiones respecto a su salud sexual y la de su pareja; para ello existen distintas teorías y modelos psicológicos sobre las variables que influyen en la decisión de usar o no usar condón, los cuales Enríquez, Sánchez y Robles (2011), describen de la siguiente manera:

1. *Modelo creencias de salud*: La persona va a considerar sus intenciones de evitar la transmisión de VIH, si el condón es o no la mejor opción para protegerse y tomará en cuenta los obstáculos que existen para obtener este método de protección para que finalmente la persona perciba que capacidad tiene para lograr su uso.
2. *Modelo autoeficacia*: En este modelo la persona considera los factores personales (pensamientos, afectivos y biológicos), la conducta y las influencias que existen en el medio; la persona va a realizar una conducta sexual preventiva con base a sus creencias, la información que tiene acerca del tema, su expectativa de resultados y las intenciones de protección que tiene (uso de condón); las actitudes positivas de padres, amigos y familiares hacia el uso del condón, tendrán gran influencia en su toma de decisiones.
3. *Conducta planeada*: Se consideran las facilidades que existen para realizar la conducta preventiva, la cual tiene relación con las posibilidades y oportunidades de la persona; si una persona mexicana tiene la intención de utilizarlo, también va a influir como perciba la situación.
4. *Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales*: La información que tenga la persona del porqué se debe usar condón va a influir mucho, ya que esta información lo motivara a usarlo, aunado a que le dará seguridad para hacer uso de este.
5. *Manejo Integral*: Integrará las habilidades conductuales y los límites ambientales en cuanto al tipo de persona, lugar y actividad sexual que realizarán.

6. *Modelo ecológico* se divide en cuatro sistemas: 1) Un microsistema, el cual se refiere a las actividades, comportamiento sexual, conocimientos sobre salud sexual, actitudes e intenciones para usar el condón, autoeficacia para usar condón, creencias, autoestima, comunicación y relaciones interpersonales que tiene la persona frecuentemente; 2) El meso sistema se refiere a la relación que existe entre padres y grupo de pares, ya que si en ella se habla sobre actitudes positivas hacia el uso del condón, influirá en la persona; 3) El exo sistema se trata sobre las relaciones que no son tan cercanas a la persona pero que también influyen en su toma de decisiones; 4) El macro sistema está conformado por factores socioeconómicos, ideológico y culturales.

De ahí que, Pérez (2013) desarrolló una investigación que tuvo por objetivo identificar las diferencias en los conocimientos sobre sexualidad y creencias referentes a la misma, así como las habilidades en la toma de decisiones y comunicación asertiva en adolescentes, de acuerdo con el uso y frecuencia de métodos anticonceptivos por tipo de pareja sexual, ya sea regular u ocasional; en el estudio se identificó que los métodos anticonceptivos más utilizados por hombres y mujeres con ambos tipos de pareja son el condón, las pastillas, el ritmo y el retiro, tomando en cuenta que son los únicos métodos que los adolescentes conocen y es por ello por lo que los usan con ambos tipos de pareja sexual; los resultados ponen en evidencia la necesidad de ofrecer una educación sexual a los adolescentes que haga énfasis en el uso de anticonceptivos, principalmente del condón, como medida de prevenir los embarazos no planeados y el contagio de ITS y VIH, ya que si los adolescentes no cuentan con los conocimientos suficientes sobre ello (forma de uso, ventajas, desventajas y lugar donde adquirirlos), difícilmente los podrán usar y hacerlo de forma correcta y de manera frecuente cuando tengan relaciones sexuales; referente a las creencias conductuales, se encontró que los estudiantes que se protegen siempre que tienen relaciones con la pareja sexual regular o que no han tenido debut sexual poseen un nivel de creencias significativamente más alto a favor de la anticoncepción que aquellos que se protegen pocas veces; finalmente, se identificaron diferencias en la habilidad de comunicarse asertivamente entre los estudiantes que se protegen siempre de aquellos que tienen relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional

y los que no han tenido su debut sexual respecto a los que se protegen pocas veces; la habilidad para la comunicación asertiva es un predictor para el cuidado de la salud sexual mediante el uso de algún método de protección.

3.6 Sexualidad en hombres privados de la libertad y uso del condón

En las prisiones mexicanas, los internos comparten lugares, camas, baños y conviven todos los días espacios y estancias con sobrepoblación, en las cuales se desnudan, bañan y no cuentan con privacidad, lo cual provoca que su instinto sexual intente someter a algún compañero y genera peleas o violaciones; esta problemática se ha erradicado con las visitas conyugales las cuales existen en la Ciudad de México desde 1924; las cárceles de México se han asegurado de guardar al recluso, pero no se han preocupado por hacer estudios de personalidad del delincuente o educarlo dentro del penal, por lo cual solo se enfocan en mantener encerrado al criminal (Coca, 2007).

A su vez, hablar de sexualidad en un contexto penitenciario tiene mucha importancia, dado que este contexto tiene condiciones específicas como el aislamiento, la pérdida total de la intimidad y privacidad, la interacción forzada con personas del mismo sexo, la normatividad y el contexto rutinario que favorecen ciertos factores de riesgo que no permite el libre derecho de la sexualidad; existen circunstancias que influyen en las relaciones eróticas que se dan en la prisión, entre ellas las psicológicas, que se encuentran rodeadas de ansiedad, imposición, por lo tanto la disminución o ausencia total del deseo sexual, además de mucha tensión emocional, las físicas que involucran los bajos niveles de excitación, tensión muscular, problemas de erección o poca lubricación, y las circunstancias ambientales, es decir, que se lleva a cabo en un ambiente desfavorable, no hay estímulos eróticos, no hay intimidad, hay pocos momentos en pareja y cuando los hay son muy cortos y no hay un lugar apropiado por lo que no hay juegos de seducción (Eslava, Nieto & Villamil, 2015).

En México los presos, están expuestos al contagio del VIH gracias a los encuentros sexuales no protegidos, uso de drogas inyectables, traspaso de agujas y jeringas sin esterilizar de vena a vena, cortes con la misma navaja y tatuajes realizados con

instrumentos no esterilizados. En las penitenciarías de la Ciudad de México se aplican las pruebas de VIH a los internos que tienen síntomas o problemas que levanten la sospecha de que es portador del virus o cuando éste realiza la solicitud de la visita íntima ya que es un requisito no tener ITS para poder hacer uso de estas y todos los presos que obtienen un resultado positivo en la prueba de VIH, son ubicados en un mismo dormitorio; es necesario mencionar que en las penitenciarías de la Ciudad de México es poco común el uso de drogas inyectables, ya que la mayoría de los internos, provienen de familias de escasos recursos por lo cual estas drogas son de difícil acceso, por ello, las drogas más comunes son el crack (cocaína en piedra), marihuana, cocaína en polvo, inhalantes y tachas (pastillas psicotrópicas), pero al querer hacer uso de estas sustancias algunos internos recurren al intercambio sexual a cambio de dinero o drogas, sin embargo no hacen uso del condón (Castellanos & Flores, 2007).

Referente a lo anterior, Castellanos (2009) desarrolló una investigación que tuvo por objetivo describir las condiciones de vida de los internos que viven con VIH/SIDA en la Penitenciaría de la Ciudad de México, encontrando que la situación del interno con VIH/SIDA en prisión se puede presentar de dos maneras: la primera cuando el interno fue diagnosticado antes de ingresar al centro penitenciario; la segunda cuando el diagnóstico de SIDA ocurre estando en reclusión; cuando el interno llega a reclusión preventivo hace referencia al hecho de no tener SIDA en la entrevista que el personal le hace, posteriormente se notifica al área jurídica para que solicite al servicio médico que se lleven a cabo los estudios necesarios para identificar si tiene o no SIDA para confirmar el diagnóstico; es entonces trasladado a la penitenciaría y se le ubica en el dormitorio 10; mientras que en el segundo caso, cuando la persona privada de la libertad solicita constantemente atención médica y el médico considera que existe la posibilidad de que sea portador de VIH por sus antecedentes clínicos y su historia de vida, lo canaliza al laboratorio para la realización de los estudios pertinentes; si el resultado es positivo, se le traslada a la penitenciaría; si ya se encuentra en este centro se le envía del dormitorio en el que se encuentre al dormitorio 10; además se encontró que las condiciones para los internos no son óptimas, comenzando con que el derecho a la confidencialidad de su condición no es respetado, ya que ésta es conocida por el personal y por las demás personas privadas de la libertad, porque en el dormitorio 10

únicamente se encuentran quienes tienen SIDA, además de que la atención médica que les brinda la institución presenta algunas deficiencias: falta de personal o personal poco capacitado para su atención, no hay suficientes medicamentos para enfermedades asociadas al síndrome o faltan para la evaluación de cargas virales; respecto al tratamiento, en la enfermería hay tres horarios para que les sean proporcionados psicotrópicos, antirretrovirales y complementos nutricionales, mientras que en el ámbito preventivo solo existen medidas aisladas contra el VIH, como la difusión de información, la distribución ocasional de condones y las indicaciones para usarlos.

Por lo que respecta a las relaciones humanas de las personas encarceladas, pueden ser abordadas distinguiendo dos escenarios: el de las relaciones externas (con familiares, con el sistema judicial) y el de las relaciones internas (con otros presos/as, con familiares dentro de prisión, con los profesionales de la institución penitenciaria); el desarrollo de relaciones en ambos escenarios por parte de las personas privadas de la libertad son indispensables para el bienestar y condiciones de vida en prisión; la adaptación a un entorno tan característico y alejado de la vida en el exterior, provoca actitudes de dominio y/o sumisión en las relaciones interpersonales; las personas privadas de la libertad tienden a agruparse para tener una mayor fuerza, ya que sienten que la institución no tiene capacidad para proporcionarles seguridad, y así se generan relaciones de poder intrapenitenciarias; estas relaciones de poder entre los reclusos vienen marcadas por tres criterios: el tipo de delito cometido, la experiencia delincencial y carcelaria, y la conducta en prisión, de acuerdo con el sistema de valores establecidos; por otra parte, las relaciones se derivan de su necesidad de afecto tras el frecuente abandono de la familia y esto reduce su sentimiento de soledad emocional (García & Melendro, 2013).

Por otra parte, los centros penitenciarios que incluyen algún módulo de mujeres junto al de los varones, establecen una nueva posibilidad que es el contacto entre internos e incluso el establecimiento de relaciones de pareja entre ellos; por lo anterior Carcedo, López y Orgáz (2006) desarrollaron una investigación que tuvo por objetivo conocer cómo los hombres y las mujeres privados de la libertad perciben la satisfacción de sus necesidades amorosas y sexuales, se trabajó con 80 personas

privadas de la libertad (60 hombres y 20 mujeres); los resultados indican que el simple hecho de tener pareja influye sobre el sentimiento de soledad, los internos que no tienen pareja se encontraban entre los niveles “muchísima soledad” y “bastante soledad”, mientras que los que la tienen, independientemente si está fuera o dentro de prisión, se sitúan entre los niveles “soledad intermedia” y “poca soledad”, además, respecto a los hombres, se encontró que aquellos quienes tienen su pareja en prisión se encuentran en los niveles de “satisfacción sexual intermedia” y “poca satisfacción”, mientras que los hombres privados de la libertad que tienen a su pareja fuera de prisión y los que no tienen pareja se sitúan ligeramente por encima del nivel “ninguna satisfacción”; se concluyó que el hecho de tener pareja en prisión tiene efectos beneficiosos sobre el bienestar de los internos; tener una pareja cerca con la que además se pueden disminuir los efectos negativos de la privación sexual en la que viven es un factor que mejora la calidad de vida para ellos.

De acuerdo con lo anterior, se entiende que las personas privadas de la libertad tienen la necesidad de cubrir las demandas emocionales y biológicas como seres sexuados, sin embargo tener una vida sexual saludable dentro de la institución resulta difícil, ya que la política de uso del condón en las penitenciarías es preocupante debido a que en la mayoría, los condones no son distribuidos puesto que se cree que por ser población masculina no son requeridos y el hecho de distribuirlos apoyaría la homosexualidad, o porque simplemente puede ser utilizado como armas o medio de transporte para contrabando; por lo anterior, las prisiones son un gran foco de infección y transmisión de VIH, ya que los hombres a pesar de afirmar que son heterosexuales, muchos tienen experiencia homosexual en los penales y con frecuencia obtienen el virus del VIH y al salir, mantienen relaciones sexuales con sus parejas y así comienzan a distribuir el virus; la sociedad no ha permitido hacer difusión de información para usar adecuadamente el condón, ya que no aceptan que los niños de 10 o 12 años tengan relaciones sexuales o simplemente por la religión o pensamientos conservadores no permiten hacer distribución y uso de este, incluso en la televisión se restringe mucho su publicidad ya que solo se permite presentar ese tipo de publicidad en horario nocturno (Sweeney, 2013).

JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia de que las personas que son privadas de la libertad, tienen repercusiones negativas en su vida personal y de pareja, que involucra sus relaciones sexuales; por lo que incrementa sus niveles de soledad e insatisfacción sexual (Maeve, 1999, como se citó en Carcedo, et. al., 2006). Por lo anterior, la presente investigación servirá para identificar la situación que está pasando la población mexicana privada de la libertad, en cuanto a su salud sexual y emocional.

A su vez, la salud en las prisiones es a menudo olvidada o considerada de baja prioridad, dado que la población privada de la libertad es un grupo poblacional cuyo entorno evidencia alto nivel de sobrepoblación y hacinamiento en los sitios de reclusión, prácticas sexuales de riesgo desprotegidas, bajo acceso o disponibilidad de los servicios de salud, pobre nivel de información, educación y niveles considerables de ITS, violencia sexual, física y psicológica, así como la no inclusión de sus necesidades en la formulación de políticas y proyectos; a nivel mundial esta población registra prevalencia para VIH/SIDA, mucho mayor que la sociedad, convirtiéndose en una grave amenaza sanitaria para la población penitenciaria de numerosos países y plantea desafíos importantes para las autoridades carcelarias y de salud pública, así como a los gobiernos; en las cárceles o centros penitenciarios de la mayor parte de los países del mundo, el mayor contacto sexual entre hombres es un fenómeno habitual, además de otras prácticas sexuales de riesgo como la no utilización de preservativos, la rotación de pareja y 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 (Guerrero, 2012).

Los encuentros sexuales más comunes son entre dos personas, ya sea con una pareja sexual o casual, las campañas que ejemplifican el uso correcto del condón le enseñan a las personas de manera individual cómo se debe colocar correctamente, sin embargo, no sirve de nada enseñarles los pasos para colocar el preservativo si la persona no tiene habilidades para solicitar el condón para el encuentro sexual, por lo que es importante incluir los temas de negociación y asertividad; por ello se realizó un estudio con una población mexicana, en el cual implementaron un taller donde

proporcionaron información acerca del VIH, los papeles de hombres y mujeres en la sociedad mexicana, toma de decisiones, uso correcto del condón, negociación y comunicación asertiva sexual; se encontró que las personas que tienen mayor conocimiento sobre cómo se utiliza correctamente un preservativo, pueden negociar el uso del condón en sus encuentros sexuales (Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Días, Rodríguez & Hernández, 2006). Referente al tema de pareja sexual, Carcedo, et. al. (2006), afirman que no existe evidencia respecto a la satisfacción emocional y sexual de las personas privadas de la libertad, por lo que desarrollaron una investigación que tuvo por objetivo conocer cómo estas personas, pertenecientes al centro penitenciario de Topas (Salamanca, España), perciben la satisfacción de sus necesidades amorosas y sexuales; para lo que se realizaron dos hipótesis, la primera fue referente a si existen diferencias entre hombres y mujeres en soledad emocional romántica y satisfacción sexual, y la segunda es si el hecho de no tener pareja o tenerla fuera o dentro de prisión tiene alguna diferencia significativa con respecto a la soledad emocional romántica y la satisfacción sexual de los hombres y mujeres, se encontró que las mujeres muestran una menor soledad romántica y una mayor satisfacción sexual, esto puede deberse a que la mayor parte de las mujeres tiene su pareja dentro de la prisión y por ello ha tenido contacto sexual en los últimos seis meses, mientras que los hombres no tienen pareja o la tienen fuera de prisión, además no se encontró diferencia significativa en satisfacción sexual cuando sí se encuentran en soledad romántica, esto puede deberse a que mientras un interno o interna que no tiene pareja puede sentir con mayor facilidad un mayor nivel de soledad, pero puede tener otras maneras de resolver sus necesidades sexuales (masturbación o abstinencia).

Otro punto a considerar es que para que una persona tenga una buena toma de decisiones, es común que presente alguna dimensión de la resiliencia, como menciona González-Arratia y Valdez (2013), es la habilidad personal que permite adquirir y ejecutar procesos de protección ante las adversidades; en el caso de los adultos, por ejemplo, buscan un vínculo afectivo, laboral y social. Relacionado con esto, Castillo-Arcos, et. al. (2017), identifican que los hombres jóvenes tienen un nivel alto de resiliencia por lo cual tienen menores probabilidades de realizar conductas sexuales de riesgo.

Debido a lo anterior, es importante investigar acerca de la salud sexual de los hombres privados de la libertad, ya que no se le presta mucha atención en este aspecto, por lo cual los índices de VIH e ITS son más frecuentes en estos ambientes, esto con la finalidad de obtener información actualizada y poder brindar herramientas a futuros investigadores con la intención de propiciar una intervención con ayuda de talleres específicos y pláticas informativas tomando en cuenta las necesidades de la población.

A su vez es importante indagar sobre los tres tipos de distrés psicológico que son ansiedad, depresión y ansiedad fóbica y las dimensiones de la resiliencia que presentan los hombres de esta población para poder comprender la toma de decisiones referentes al cuidado de su salud sexual ya que, si no cuentan con toma de decisiones, autocuidado y resiliencia, es más probable que no cuiden el aspecto sexual, al recabar esta información se amplía el conocimiento sobre las necesidades y capacidades individuales y compartidas de la población.

Preguntas de Investigación

Las preguntas de investigación, del presente trabajo son:

1. ¿Qué distrés psicológico (depresión, ansiedad y ansiedad fóbica) presentan los hombres mexicanos privados de la libertad?
2. ¿Cuáles son las dimensiones de la resiliencia que presentan los hombres mexicanos privados de la libertad?
3. ¿Los hombres mexicanos privados de la libertad son consistentes en el uso del condón para el cuidado de su salud sexual?
4. ¿Qué diferencia existe entre el distrés psicológico (depresión, ansiedad y ansiedad fóbica) y el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad?
5. ¿Qué diferencia existe entre las dimensiones de la resiliencia y el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad?

Objetivo general de la investigación

Analizar si existe diferencia entre depresión, ansiedad y ansiedad fóbica y las dimensiones de la resiliencia con el cuidado de la salud sexual mediante el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para ampliar el conocimiento que se tienen sobre el contexto sexual de la población mexicana privada de la libertad.

Objetivos específicos

1. Identificar si los hombres mexicanos privados de la libertad presentan ansiedad, ansiedad fóbica o depresión, con el fin de conocer su estado emocional.
2. Distinguir las dimensiones de la resiliencia que presentan los hombres mexicanos privados de la libertad, con el fin de conocer su estado emocional.
3. Conocer si los hombres mexicanos privados de la libertad son consistentes en el uso del condón para el cuidado de su salud sexual.
4. Analizar la diferencia entre ansiedad, ansiedad fóbica y depresión con el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para conocer su toma de decisiones respecto a su salud sexual.
5. Analizar la diferencia entre las dimensiones de la resiliencia con el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para conocer su toma de decisiones respecto a su salud sexual.

MÉTODO

Población Universo: hombres privados de la libertad de la libertad de la CDMX.

Procedimiento de selección de la muestra: La muestra es no probabilística de tipo intencional, ya que se seleccionaron solo a los individuos que compartían cierta característica para el desarrollo de la investigación (Otzen y Manterola, 2017); los criterios de inclusión eran que hayan tenido mínimo un encuentro sexual y los criterios de exclusión que no hayan tenido un encuentro sexual en toda su vida.

Participantes: La muestra estuvo conformada por 687 participantes entre 19 y 40 años de los cuales el 11.4% tiene 27 años, el 62.6% es soltero, el 61.2% cuenta con estudios de nivel secundaria, antes de su ingreso el 23.3% vivía con su pareja, el 56.2% tiene hijos, el 36.1% cuenta con un hijo, el 95.5% afirma que sólo le gustan las mujeres, el 84.1% ingreso al CEVARESO por robo, antes de ingresar, el 27.5% ganaba menos de \$2000 al mes y el 16.6% debe cumplir 4 años de sentencia.

Escenario: Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla (CEVARESO): Calle Morelos S/N, Iztapalapa, Paraje Zacatepec, Santa Martha Acatitla, 09560 Ciudad de México, CDMX.

Tipo de investigación: De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), es una investigación no experimental, ya que se realizó un estudio sin la manipulación intencional de variables no influyendo sobre estas, debido a que ya ocurrieron y sólo se realizó recopilación de datos para posteriormente analizarlos; esta investigación es transeccional (transversal) descriptivo, ya que como se menciona, no hubo manipulación de las variables solo existió recolección de datos en un único momento, se describieron y analizaron los mismos con el fin de indagar sobre los niveles de ciertas variables de la población y finalmente hacer la descripción de los mismos.

Diseño de la investigación: Alcance descriptivo: De acuerdo a Hernández, et.al. (2010), este tipo de investigación tiene como propósito:

“especificar las propiedades, características y perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (p.p. 85).

Variables:

1. **Depresión:** las personas presentan síntomas de inutilidad, incapacidad y abatimiento y en casos más avanzados, las personas muestran temor, pena, angustia, sufrimiento físico o emocional, se culpa y se presenta la idea del suicidio, físicamente se miran con miedo, mirada fija, decepción y caminan lento (Canto & Castro, 2004). Se obtendrán los datos con ayuda de la Lista de Síntomas SCL-90 (Symptom Check List).
2. **Ansiedad:** se refiere a la combinación de revelaciones físicas y mentales de peligros que no existen, sin embargo, se manifiestan en forma de crisis; es un estado con el cual se puede prevenir o detectar anticipadamente una situación peligrosa o amenazante, por ello, se considera como un sistema de protección (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Se obtendrán los datos con ayuda de la Lista de Síntomas SCL-90 (Symptom Check List).
3. **Ansiedad fóbica:** La ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional de ansiedad a una situación particular (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Se obtendrán los datos con ayuda de la Lista de Síntomas SCL-90 (Symptom Check List).
4. **Resiliencia:** La resiliencia es un proceso de superación ante situaciones estresantes con efectos negativos dado a la exposición al riesgo, es el afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo (Becoña, 2006); los cinco factores que componen la resiliencia son: 1) fortaleza y confianza en sí mismo, indica sentimientos, eficiencia y competencias que tiene cada individuo, 2) competencia social que se refiere a la capacidad o habilidad de las personas para relacionarse positivamente con su ambiente, 3) apoyo familiar, refiriéndose al tiempo y la calidad que comparte con su familia, además de la lealtad y apoyo que percibe de su familia, 4) apoyo social, que involucra los vínculos

interpersonales que establece y 5) estructura personal que hace referencia a las reglas y a las actividades que llevan a cabo de manera organizada que permiten tener un orden en su vida (Palomar & Gómez, 2010). Los datos se obtendrán de la Escala de Resiliencia Mexicana, RESI-M.

1. **Uso del condón:** Este método de protección para el momento del acto sexual es conocido con los términos “preservativo”, “condón” y “profiláctico” de manera formal. Actualmente se prefiere el término “condón” ya que este método tiene una efectividad del 97% en su función de “preservativo” (impide la concepción) y la misma como “profiláctico” (prevención ante las ITS) (Caride & Pereyra, 2009). Los datos se obtendrán del Patrón de comportamiento sexual.

Instrumentos (Ver apéndice A):

- *Patrón de comportamiento sexual:* Consta de 13 ítems, sin embargo, para esta investigación sólo se utilizaron 6 ítems para obtener información sobre: uso de condón en primera y última relación sexual, consistencia en el uso del condón y frecuencia de relaciones sexuales y uso de condón habiendo consumido alcohol o drogas (Robles & Díaz-Loving, 2011).
- *Escala de Resiliencia Mexicana, RESI-M:* Está constituida por 43 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo) y que se agrupan en cinco dimensiones: (1) fortaleza y confianza en sí mismo, (2) competencia social, (3) apoyo familiar, (4) apoyo social y (5) estructura (Palomar & Gómez, 2010).
- *Lista de Síntomas SCL-90 (Symptom Check List):* Instrumento de 90 ítems, que se constituye por 9 dimensiones: somatización, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicoticismo. Ésta escala de tipo likert se califica del 0 al 4.

Procedimiento:

Para la obtención de los datos fue necesario que los hombres privados de la libertad otorgaran un consentimiento informado, se les explicaron los objetivos de la investigación únicamente a las personas que quisieron participar, además de que se les aseguró la confidencialidad sobre la información obtenida, posteriormente se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos.

Una vez obtenidos los datos, se seleccionaron las variables, distrés psicológico (depresión, ansiedad y ansiedad fóbica), resiliencia y consistencia en el uso del condón en el primer y último encuentro sexual, además de si estuvieron bajo los efectos de alguna droga o alcohol, sobre la población de hombres privados de la libertad con el fin de encontrar las diferencias entre estas.

Posteriormente se realizó un análisis de las variables por separado para conocer sus respectivas diferencias con el programa de análisis estadístico SPSS, para saber si los hombres mexicanos privados de la libertad presentan distrés psicológico (ansiedad, ansiedad fóbica o depresión) e identificar su nivel de resiliencia para entender la toma de decisiones respecto al uso o no del condón en sus relaciones sexuales, finalmente se compararon los resultados obtenidos con los resultados de las investigaciones que hasta la actualidad se han realizado sobre ésta población.

Análisis de datos:

Se realizó un análisis de las variables mediante la frecuencia de datos de salud sexual las cuales fueron consistencia en el uso del condón, uso del condón en la primera y última relación sexual y habiendo consumido alguna droga o alcohol, Distrés psicológico (ansiedad, depresión y ansiedad fóbica) y las cinco dimensiones de la resiliencia.

Posteriormente de acuerdo a las puntuaciones y respuestas obtenidas de cada instrumento, se clasificó en: Frecuencia del uso del condón, Distrés psicológico y dimensiones de la resiliencia, utilizando tablas de pastel para la descripción gráfica de los datos. Por último, se utilizó la prueba estadística de coeficiente de contingencia (χ^2) para analizar la existencia de diferencia significativa entre el tipo de salud emocional y

salud sexual de los hombres mexicanos privados de la libertad; dado que la investigación es descriptiva, se desarrolló el análisis de manera individual de las variables, para observar y analizar el comportamiento que tienen dichas variables en la población, para poder contextualizar sobre la situación que vive la población respecto a las conductas de riesgo sobre sexualidad, además de indagar sobre su estado emocional.

RESULTADOS

Objetivo 1. *Identificar si los hombres mexicanos privados de la libertad presentan ansiedad, ansiedad fóbica o depresión, con el fin de conocer su estado emocional.*

En la figura 1 se puede observar que 59% de los hombres mexicanos privados de la libertad, reportan tener un nivel leve de depresión, el 22% se encuentra en riesgo de tener una patología y el 19% ya tiene la patología, lo que indica que sí afecta a sus actividades cotidianas.

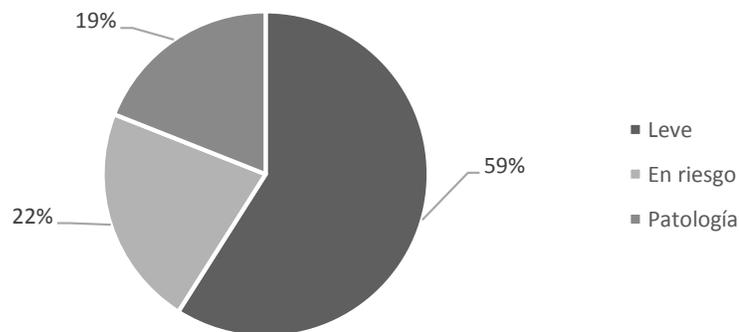


Figura 1. Nivel de depresión de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 2 se puede observar que 59% de los hombres mexicanos privados de la libertad, reportan tener un nivel leve de ansiedad, el 25% se encuentra en riesgo de tener una patología y el 16% ya tiene la patología.

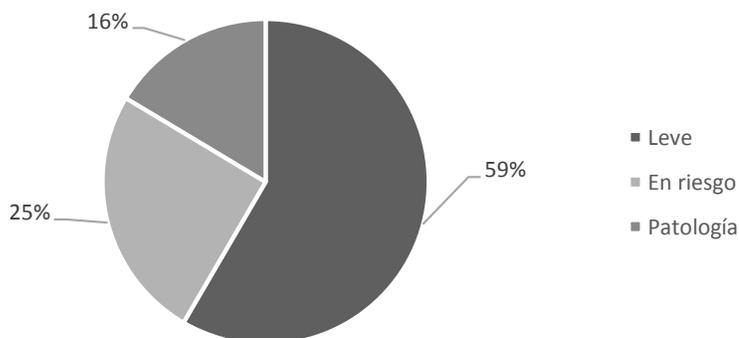


Figura 2. Nivel de ansiedad de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 3 se puede observar que 63% de los hombres mexicanos privados de la libertad, reportan tener un nivel leve de ansiedad fóbica, el 22% se encuentra en riesgo de tener una patología y el 15% ya tiene la patología.

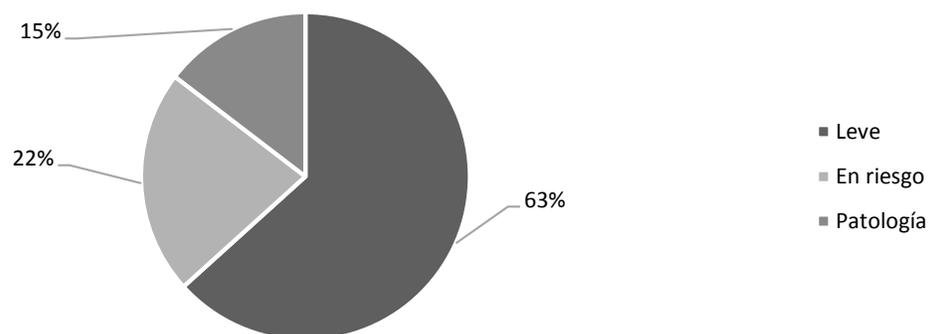


Figura 3. Nivel de ansiedad fóbica de los hombres mexicanos privados de la libertad.

Objetivo 2. Distinguir las dimensiones de la resiliencia que presentan los hombres mexicanos privados de la libertad, con el fin de conocer su estado emocional

En la figura 4 se puede observar que el 50% de los hombres mexicanos privados de la libertad, reportan tener un nivel medio de resiliencia, mientras que 25% reportan tener un nivel bajo y el otro 25% de la población tiene un nivel alto de resiliencia.

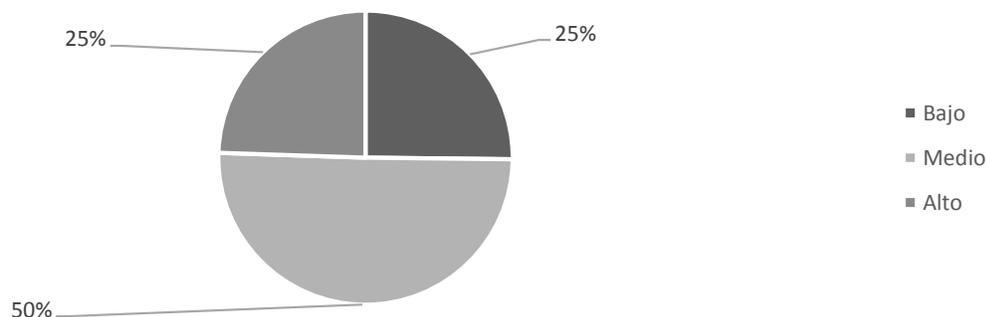


Figura 4. Nivel de resiliencia de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 5 se puede observar que el 52% de los hombres mexicanos privados de la libertad, reportan tener un nivel medio de fortaleza y confianza en sí mismos, mientras que 26% reportan tener un nivel bajo y el 22% de la población tiene un nivel alto de fortaleza y confianza.

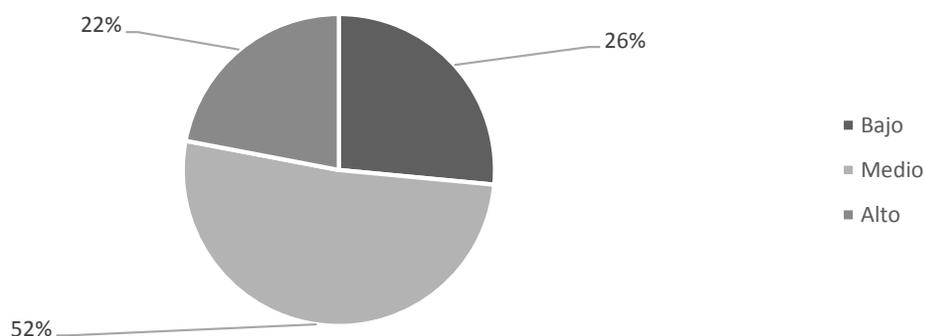


Figura 5. Nivel de fortaleza y confianza en sí mismo (factor 1 de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 6 se puede observar que el 50% de los hombres mexicanos privados de la libertad reportan tener un nivel medio de competencias sociales, mientras que 27% reportan tener un nivel bajo y el 23% de la población tiene un nivel alto de competencias sociales.

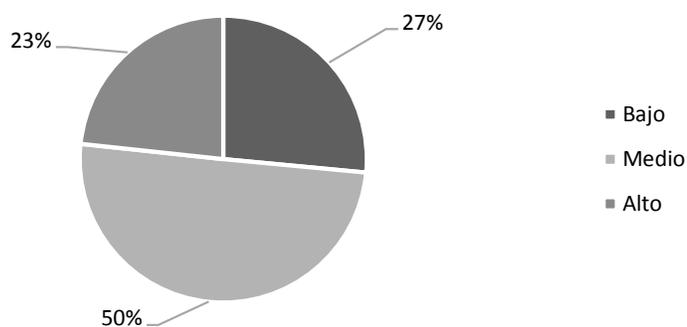


Figura 6. Nivel de competencias sociales (factor 2 de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 7 se puede observar que el 51% de los hombres mexicanos privados de la libertad reportan tener un nivel medio de apoyo familiar, mientras que 25% reportan tener un nivel bajo y el 24% de la población tiene un nivel alto de apoyo familiar.

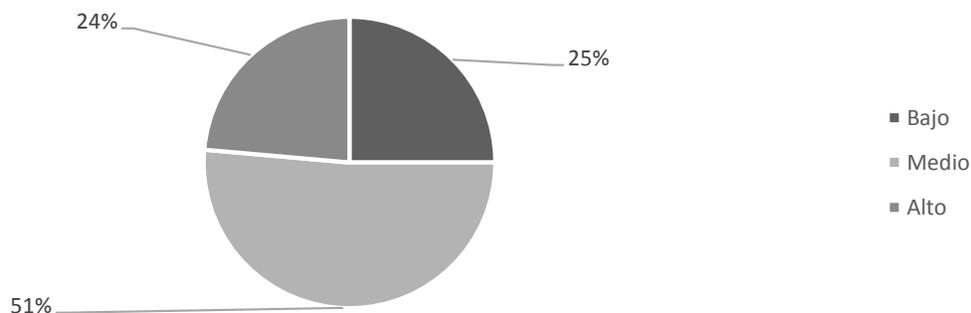


Figura 7. Nivel de apoyo familiar (factor 3 de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 8 se puede observar que el 73% de los hombres mexicanos privados de la libertad reportan tener un nivel medio de apoyo social, mientras que 27% reportan tener un nivel bajo.

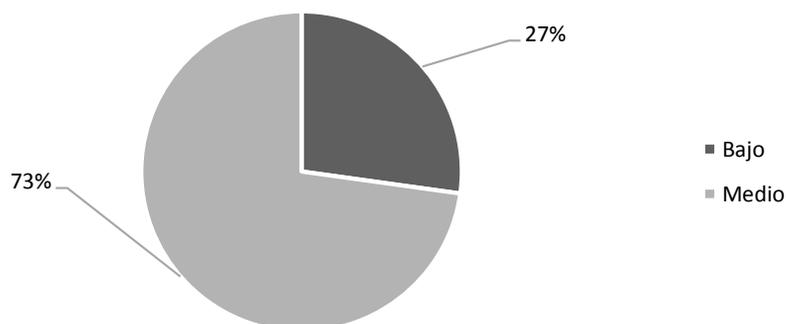


Figura 8. Nivel de apoyo social (factor 4 de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 9 se puede observar que el 53% de los hombres mexicanos privados de la libertad, reportan tener un nivel medio de estructura sobre sí mismos, mientras que 26% reportan tener un nivel bajo y el 21% tienen un nivel alto en cuanto a su estructura.

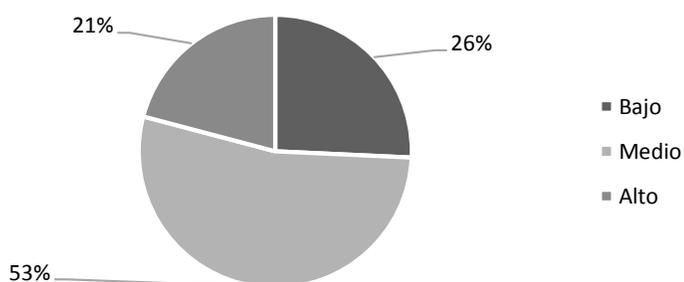


Figura 9. Nivel de estructura sobre sí mismos (factor 5 de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad.

Objetivo 3. Conocer si los hombres mexicanos privados de la libertad son consistentes en el uso del condón para el cuidado de su salud sexual.

En la figura 10 se puede observar que el 79% de los hombres mexicanos privados de la libertad son inconsistentes en cuanto al uso del condón, reportando que sólo algunas veces utilizan el condón en sus relaciones sexuales, el 21 % de la población si es consistente en cuanto al uso del condón.

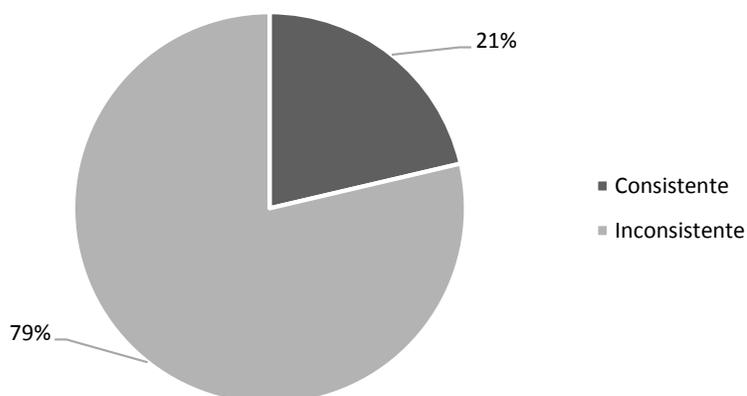


Figura 10. Consistencia del uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 11 se puede observar que el 66% de los hombres mexicanos privados de la libertad no utilizaron condón en su primera relación sexual, mientras que el 34% reporta que si lo utilizó.

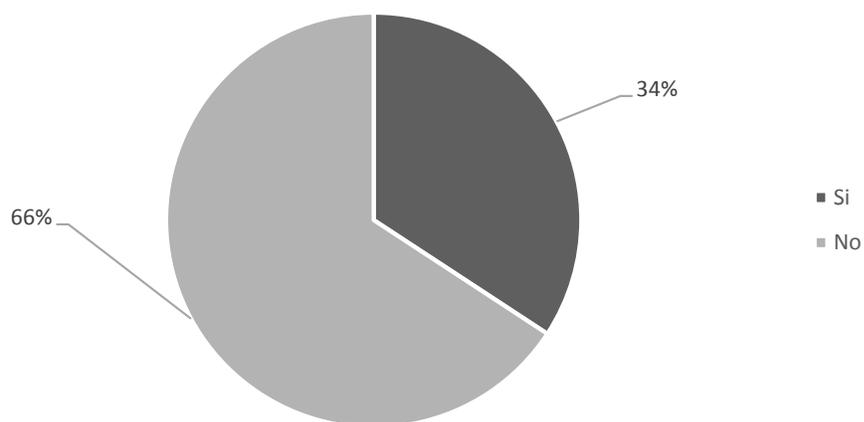


Figura 11. Uso del condón en la primera relación sexual de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 12 se puede observar que el 69% de los hombres mexicanos privados de la libertad no utilizaron condón en su última relación sexual, mientras que el 31% reporta que si lo utilizó.

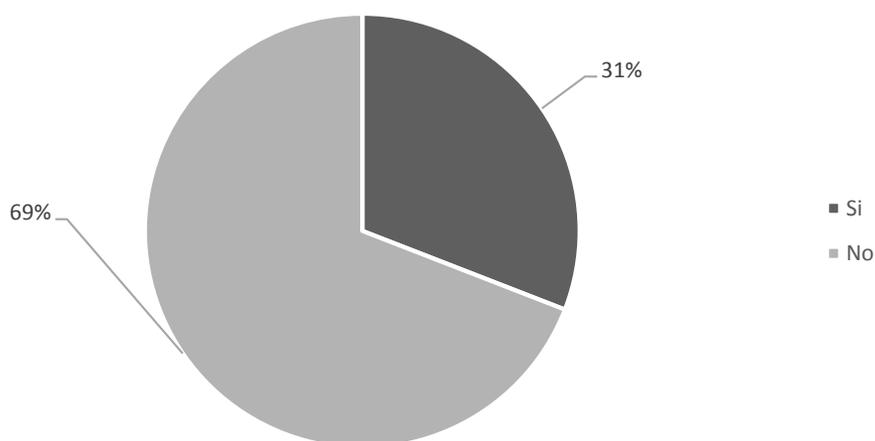


Figura 12. Uso del condón en la última relación sexual de los hombres mexicanos privados de la libertad.

En la figura 13 se puede observar que el 60% de los hombres mexicanos privados de la libertad nunca utilizaron condón en sus relaciones sexuales después de haber consumido alcohol, el 12% casi nunca de las veces, el 21% solo algunas veces, el 4% muchas veces y el 3% siempre lo utilizó.

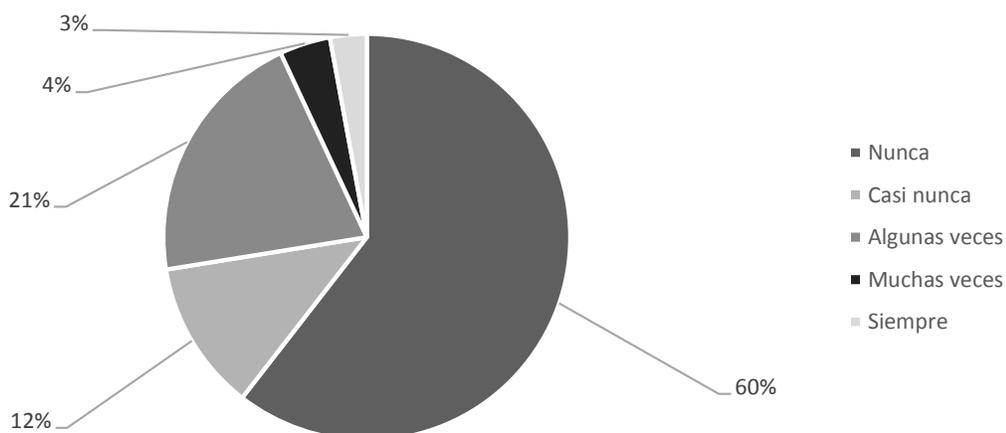


Figura 13. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad después de haber consumido alcohol.

En la figura 14 se puede observar que el 66% de los hombres mexicanos privados de la libertad nunca utilizaron condón en sus relaciones sexuales, después de haber consumido alguna droga, el 10% casi nunca de las veces, el 17% sólo algunas veces, el 4% muchas veces y el 3% siempre lo utilizó.

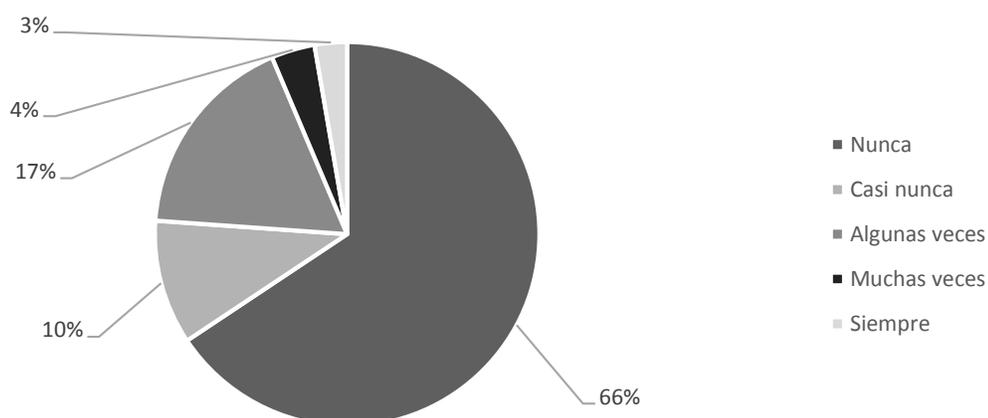


Figura 14. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad después de haber consumido drogas.

Objetivo 4. *Analizar la diferencia entre ansiedad, ansiedad fóbica y depresión con el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para conocer su toma de decisiones respecto a su salud sexual.*

En la tabla 1 se puede observar que el 58.2% de la población reportó tener un nivel de depresión leve del cual el 45.7% es inconsistente en el uso del condón y el 12.5% si es consistente en el uso; del 21.9% que reportó estar en riesgo de patología, el 19.5% es inconsistente en el uso del condón y el 2.3% es consistente; y del 19.9% que se encontró en un nivel de patología, el 13.7% es inconsistente y el 6.2% es consistente en cuanto al uso del condón.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón y depresión ($\chi^2=13.750$, $p \leq 0.001$), lo que indica que la mayoría de los hombres privados de la libertad que reportan tener un nivel leve, en riesgo o patología de depresión son inconsistentes en el uso del condón en sus relaciones sexuales.

Tabla 1. Consistencia del uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad según el nivel de depresión que reportaron.

	LEVE	RIESGO	PATOLOGÍA
INCONSISTENCIA	45.7%	19.5%	13.7%
CONSISTENCIA	12.5%	2.3%	6.2%
TOTAL	58.2%	21.9%	19.9%

En la tabla 2 se puede observar que el 62.5% de la población reportó tener un nivel de ansiedad fóbica leve del cual el 48.8% es inconsistente en el uso del condón y el 13.7% es consistente en el uso; del 22.5% que reportó estar en riesgo de patología, el 19.7% es inconsistente en el uso del condón y el 2.7% es consistente; del 15% que se encontró en un nivel de patología, el 10.4% es inconsistente y el 4.7% es consistente en cuanto al uso del condón.

Se obtuvo una diferencia significativa entre consistencia y ansiedad fóbica ($\chi^2=10.311$, $p \leq 0.006$), esto indica que los hombres que presentan niveles leve, riesgo o

patología de depresión son inconsistentes en cuanto al uso del condón, esto puede deberse al hecho de que están privados de su libertad.

Tabla 2. Consistencia del uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad según el nivel de ansiedad fóbica que reportaron.

	LEVE	RIESGO	PATOLOGÍA
INCONSISTENCIA	48.8%	19.7%	10.4%
CONSISTENCIA	13.7%	2.7%	4.7%
TOTAL	62.5%	22.5%	15%

Uso del condón en la última relación sexual y distrés psicológico

En la tabla 3 se puede observar que el 61.5% de la población reportó tener un nivel de ansiedad fóbica leve, del cual el 21.6% si utilizó condón en su última relación sexual y el 39.9% no lo utilizó; del 21.5% que reportó estar en riesgo de patología, el 4.7% si utilizó condón y el 16.8% no lo utilizó; mientras que del 14.5% que se encontró en un nivel de patología, el 4.7% sí utilizó condón y el 9.8% no lo utilizó.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón en la última relación sexual y ansiedad fóbica ($\chi^2 = 10.204$, $p \leq 0.037$), lo que indica que el nivel de ansiedad fóbica que tienen los hombres privados de la libertad es un factor que puede influir en la toma de decisión, o se puede desencadenar, del hecho de no haber utilizado condón durante su última relación sexual.

Tabla 3. Uso del condón en la última relación sexual de los hombres mexicanos privados de la libertad según el nivel de ansiedad fóbica que reportaron.

	LEVE	RIESGO	PATOLOGÍA
SI	21.6%	4.7%	4.7%
NO	39.9%	16.8%	9.8%
TOTAL	61.5%	21.5%	14.5%

Uso del condón habiendo consumido drogas y distrés psicológico

En la tabla 4 se puede observar que el 60.1% de la población reportó tener un nivel de ansiedad fóbica leve del cual el 43.2% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber consumido alguna droga, mientras que el 16.9% sí lo utilizó; del 21.1% que se encuentra en riesgo de patología, el 11.4% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga, mientras que el 9.7% sí utilizó condón; del 14.4% que se encontró en un nivel de patología, el 8.2% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber consumido alguna droga y el 6.2% si utilizó el preservativo.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido drogas y ansiedad fóbica ($\chi^2= 33.098$, $p\leq 0.001$), esto indica que la mayoría de los hombres privados de la libertad que reportaron un nivel de ansiedad fóbica leve no utilizaron condón durante sus relaciones sexuales después de haber consumido alguna droga.

Tabla 4. Uso del condón durante las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad después de haber consumido alguna droga según el nivel de ansiedad fóbica que reportaron.

	LEVE	RIESGO	PATOLOGÍA
SI	16.9%	9.7%	6.2%
NO	43.2%	11.4%	8.2%
TOTAL	60.1%	21.1%	14.4%

Objetivo 5. *Analizar la diferencia entre las dimensiones de la resiliencia con el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para conocer su toma de decisiones respecto a su salud sexual.*

En la tabla 5 se puede observar que del 22.7% de la población que tienen un nivel bajo en el factor de apoyo familiar, el 16.4% es inconsistente en el uso del condón, mientras que el 6.2% es consistente; del 53.5% de la población que tienen un nivel medio de

este factor, el 45.1% son inconsistentes en el uso y el 8.4% son consistentes; del 23.8% que tienen un nivel alto de apoyo familiar, el 17.4% son inconsistentes y el 6.4% son consistentes en el uso del condón en sus relaciones sexuales.

Se obtuvo una diferencia significativa entre la consistencia del uso del condón y apoyo familiar (factor 3 en escala de resiliencia) de los hombres privados de la libertad ($\chi^2= 10.338$, $p\leq 0.006$), lo que indica que la mayoría de la población, aunque tiene un nivel medio de apoyo familiar es inconsistente referente al uso del condón.

Tabla 5. Consistencia del uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad según el nivel de apoyo familiar que reportaron

	BAJO	MEDIO	ALTO
INCONSISTENCIA	16.4%	45.1%	17.4%
CONSISTENCIA	6.2%	8.4%	6.4%
TOTAL	22.7%	53.5%	23.8%

En la tabla 6 se puede observar que del 23.8% de la población que tiene un nivel bajo en el factor estructura, el 17.4% es inconsistente en el uso del condón, mientras que el 6.4% es consistente; del 57% de la población que tiene un nivel medio en el factor de estructura, el 47.7% es inconsistente en el uso y el 9.4% es consistente; del 19.1% que tiene un nivel alto en el factor estructura, el 13.9% es inconsistente y el 5.3% es consistente en el uso del condón en sus relaciones sexuales.

Se obtuvo una diferencia significativa entre la consistencia del uso del condón y estructura (factor 5 en la escala de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad ($\chi^2= 8.857$, $p\leq 0.012$), la mayoría de los participantes tienen un nivel medio en este factor y son inconsistentes en el uso del condón, por lo que se puede observar que, aunque tengan control de su rutina, planeen sus actividades, organicen su tiempo y se propongan metas, no usan condón.

Tabla 6. Consistencia del uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, según el nivel que obtuvieron en el factor estructura de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
INCONSISTENCIA	17.4%	47.7%	13.9%
CONSISTENCIA	36.4%	9.4%	5.3%
TOTAL	23.8%	57%	19.1%

Uso del condón en la última relación sexual y resiliencia

En la tabla 7 se puede observar que del 23.9% de los hombres mexicanos privados de la libertad que tienen un nivel bajo en el factor de apoyo familiar, el 8.2% sí utilizó condón en su último encuentro sexual y el 15.7% no lo hizo; del 50.3% que tiene un nivel medio en este factor, el 13.4% si utilizó condón y el 36.9% no lo utilizó; mientras que del 23.1% que tiene un nivel alto en el factor, el 9.3% si utilizó condón en su última relación sexual y el 13.8% no lo utilizó.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón en la primera relación sexual y apoyo familiar (factor 3 en la escala de resiliencia) de los hombres privados de la libertad ($\chi^2= 11.905$, $p\leq 0.018$), esto indica que la mayoría de los hombres mexicanos privados de la libertad, siguen teniendo un nivel medio de apoyo familiar a pesar de haber ingresado al penal, sin embargo, son inconsistentes en el uso del condón, reportando que no lo usaron en su último encuentro sexual.

Tabla 7. Uso del condón en la última relación sexual de los hombres mexicanos privados de la libertad, según el nivel que obtuvieron en el factor apoyo familiar de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	8.2%	13.4%	9.3%
NO	15.7%	36.9%	13.8%
TOTAL	23.9%	50.3%	23.1%

Uso del condón habiendo consumido alcohol y resiliencia

En la tabla 8 se puede observar que el 23.1% de la población reportó tener un nivel de resiliencia bajo, del cual el 13.4% nunca utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 9.7% si lo utilizó; del 49.3% que tiene un nivel medio de resiliencia, el 29% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 20.3% sí lo utilizó; mientras que del 23.7% que se encontró en un nivel alto de resiliencia, el 15.9% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 7.8% si lo utilizó.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido alcohol y resiliencia de los hombres mexicanos privados de la libertad ($\chi^2= 22.058$, $p\leq 0.015$), lo que indica que la mayoría de los hombres alcanzaron un nivel medio de resiliencia, sin embargo, cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol no utilizan condón.

Tabla 8. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna bebida alcohólica, según el nivel de resiliencia que obtuvieron.

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	9.7%	20.3%	7.8%
NO	13.4%	29%	15.9%
TOTAL	23.1%	49.3%	23.7%

En la tabla 9 se puede observar que el 24.7% de la población, reportó tener un nivel bajo en el factor fortaleza y confianza en sí mismo, del cual el 13.7% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 11% si lo utilizó; del 55.8% que tiene un nivel medio en este factor, el 30.9% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 24.9% si lo hizo; mientras que del 21.2% que se encontró en un nivel alto de fortaleza y confianza, el 13.7% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 7.5% si utilizó condón.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido alcohol y fortaleza y confianza en sí mismo (factor 1 en la escala de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad ($\chi^2= 19.492$, $p\leq 0.034$), esto indica que, a pesar de tenerse confianza y se sientan fuertes, la decisión de utilizar condón se ve afectada bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, dado que la mayoría de ellos no utiliza condón.

Tabla 9. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna bebida alcohólica, según el nivel que obtuvieron en el factor de fortaleza y confianza en sí mismo de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	11%	24.9%	7.5%
NO	13.7%	30.9%	13.7%
TOTAL	24.7%	55.8%	21.2%

En la tabla 10 se puede observar que el 22.8% de la población reportó tener un nivel bajo en el factor apoyo familiar, del cual el 13.5% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 9.3% si lo hizo; del 50.3% que tiene un nivel medio en este factor, el 31.4% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 18.9% mencionó si haberlo utilizado; mientras que del 22.5% que se encontró en un nivel alto de apoyo familiar, el 13.2% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 9.7% si lo utilizó.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido alcohol y apoyo familiar (factor 3 en la escala de resiliencia) de los hombres privados de la libertad ($\chi^2= 19.492$, $p\leq 0.034$), aunque la mayoría de los hombres tienen apoyo de sus familiares y se sienten cómodos con su familia, no utilizan el condón bajo los efectos de las bebidas alcohólicas.

Tabla 10. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna bebida alcohólica, según el nivel que obtuvieron en el factor apoyo familiar de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	9.3%	18.9%	9.7%
NO	13.5%	31.4%	13.2%
TOTAL	22.8%	50.3%	22.5%

En la tabla 11 se puede observar que el 23.3% de la población, reportó tener un nivel bajo en el factor estructura, del cual el 12.4% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 10.9% si lo hizo; del 52.7% que tiene un nivel medio en este factor, el 33% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 19.7% si lo utilizó; mientras que del 20.3% que se encontró en un nivel alto de estructura, el 12.8% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica y el 7.5% si utilizó el preservativo.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido alcohol y estructura (factor 5 de la escala de resiliencia), de los hombres privados de la libertad ($\chi^2= 22.905$ $p \leq 0.011$), esto indica que a pesar de organizarse y de proponerse metas, la mayoría de los hombres mexicanos privados de la libertad no cuidan su salud sexual con el uso del preservativo cuando ingieren alguna bebida alcohólica.

Tabla 11. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna bebida alcohólica, según el nivel que obtuvieron en el factor estructura de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	10.9%	19.7%	7.5%
NO	12.4%	33%	12.8%
TOTAL	23.3%	52.7%	20.3%

Uso del condón habiendo consumido drogas y resiliencia

En la tabla 12 se puede observar que el 22.9% de la población reportó tener un nivel bajo de resiliencia, del cual el 13.5% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 9.4% sí lo utilizó; del 48.9% que tiene un nivel medio de resiliencia, el 31.6% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 17.3% sí lo hizo; mientras que del 23.7% que se encontró en un nivel alto de resiliencia, el 17.6% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 6.1% sí utilizó el preservativo.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido drogas y la resiliencia de los hombres mexicanos privados de la libertad ($\chi^2= 26.460$, $p \leq 0.003$), esto indica que, aunque la mayoría de los hombres mexicanos privados de la libertad tienen un nivel de resiliencia medio, no utilizan preservativo cuando se encuentran bajo el efecto de alguna droga, lo mismo ocurre con los hombres que tienen un nivel bajo y alto de resiliencia, ya que en su mayoría no utiliza condón.

Tabla 12. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna droga, según el nivel de resiliencia que obtuvieron

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	9.4%	17.3%	6.1%
NO	13.5%	31.6%	17.6%
TOTAL	22.9%	48.9%	23.7%

En la tabla 13 se puede observar que el 24.1% de la población reportó tener un nivel bajo en el factor fortaleza y confianza en sí mismo, del cual el 13.8% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 10.3% si lo utilizó; del 50.2% que tiene un nivel medio en este factor, el 34.1% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 16.1% si lo hizo; mientras que del 21.2% que se encontró en un nivel alto de fortaleza y confianza,

el 14.8% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 6.4% si utilizó condón.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido drogas y el factor de fortaleza y confianza en sí mismo (factor 1 de la escala de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad ($\chi^2= 24.310$, $p\leq 0.007$), esto indica que la mayoría de los hombres mexicanos privados de la libertad tienen un nivel medio en este factor, ya que se sienten fuertes y confían en sí mismos, aunque a pesar de esto, no se cuidan durante sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga, lo mismo ocurre con el nivel bajo y el nivel alto.

Tabla 13. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna droga, según el nivel que obtuvieron en el factor fortaleza y confianza en sí mismo de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	10.3%	16.1%	6.4%
NO	13.8%	34.1%	14.8%
TOTAL	24.1%	50.2%	21.2%

En la tabla 14 se puede observar que el 22.9% de la población reportó tener un nivel bajo en el factor apoyo familiar, del cual el 13.4% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 9.5% sí lo utilizó; del 49.9% que tiene un nivel medio en este factor, el 33.9% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 16% menciona sí haberlo utilizado; mientras que del 22.8% que se encontró en un nivel alto de apoyo familiar, el 15.4% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 7.4% si utilizó el preservativo.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido drogas y apoyo familiar (factor 3 de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad ($\chi^2= 22.220$, $p\leq 0.014$), esto indica que, aunque tienen un nivel de apoyo familiar medio, cuando se encuentran bajo el efecto de alguna droga, no protegen su salud sexual mediante el uso del preservativo.

Tabla 14. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna droga, según el nivel que obtuvieron en el factor apoyo familiar de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	9.5%	16%	7.4%
NO	13.4%	33.9%	15.4%
TOTAL	22.9%	49.9%	22.8%

En la tabla 15 se puede observar que el 25% de la población reportó tener un nivel bajo en el factor apoyo social, del cual el 14.4% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 10.6% sí lo hizo; mientras que del 70.7% que tiene un nivel medio en este factor, el 48.3% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 22.4% si utilizaron condón.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido drogas y apoyo social (factor 4 de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad ($\chi^2= 18.796$, $p\leq 0.002$), esto indica que la mayoría de la población, a pesar tener un nivel medio en este factor, no utilizan condón cuando se encuentran bajo el efecto de las drogas.

Tabla 15. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna droga, según el nivel que obtuvieron en el factor apoyo social de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO
SI	10.6%	22.4%
NO	14.4%	48.3%
TOTAL	25%	70.7%

En la tabla 16 se puede observar que el 23.4% de la población reportó tener un nivel bajo en el factor estructura, del cual el 12.8% no utilizó condón en sus relaciones

sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 10.6% sí utilizó condón; del 52.3% que tiene un nivel medio en este factor, el 35.5% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 16.8% si lo hizo; mientras que del 19.9% que se encontró en un nivel alto de estructura, el 14.4% no utilizó condón en sus relaciones sexuales después de haber ingerido alguna droga y el 5.5% si utilizó condón.

Se obtuvo una diferencia significativa entre uso del condón habiendo consumido drogas y estructura (factor 5 de resiliencia) de los hombres mexicanos privados de la libertad ($\chi^2= 29.110$, $p\leq 0.001$), esto indica que la mayoría de la población, a pesar tener un nivel medio de estructura y organización, no protegen su salud sexual cuando se encuentran bajo los efectos de alguna droga.

Tabla 16. Uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres mexicanos privados de la libertad, después de haber ingerido alguna droga, según el nivel que obtuvieron en el factor estructura de la resiliencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
SI	10.6%	16.8%	5.5%
NO	12.8%	35.5%	14.4%
TOTAL	23.4%	52.3%	19.9%

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo general saber si existen diferencias entre depresión, ansiedad y ansiedad fóbica y las dimensiones de la resiliencia con el cuidado de la salud sexual mediante el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para ampliar el conocimiento que se tienen sobre el contexto sexual de la población mexicana privada de la libertad.

La investigación contó con cinco objetivos específicos, descritos a continuación. El primero de ellos fue identificar si los hombres mexicanos privados de la libertad presentan ansiedad, ansiedad fóbica o depresión, con el fin de conocer su estado emocional, por ello se puede comprender que, ante un desequilibrio emocional, como menciona Naranjo (2009), los hombres que son privados de la libertad tienden a desarrollar distrés emocional, debido a la intensa angustia con la que viven y esto provoca que no actúen de forma adecuada ante las situaciones que se les presentan y por ende tienen repercusiones en su vida cotidiana. Este primer objetivo se cumplió debido a que la Lista de Síntomas SCL- 90 (Symptom Check List), contaba con las categorías pertinentes para encontrar el nivel de ansiedad, depresión y ansiedad fóbica, de los hombres mexicanos privados de la libertad provenientes del CEVARESO. En el análisis de datos se encontró que la mitad de la población reporta tener un nivel leve de depresión y más de la mitad, ansiedad fóbica y ansiedad. Se puede agregar que, los datos obtenidos demuestran que más de la mitad de la población tienen un nivel de depresión, ya sea leve o en riesgo de convertirse en patología, mientras que el 19% de ellos presentan ya un nivel patológico, lo cual es preocupante que no se atienda dicho trastorno con el tratamiento adecuado. Además, se pudo constatar lo que mencionan Charro y Carrasco (2013), en cuanto a que las emociones son cualidades innatas que desencadenan acciones automáticas y estrategias cognitivas, dirigidas a obtener una adaptación en los diferentes entornos a los que se enfrente la persona.

Aunado a lo anterior, Carcedo, et. al. (2006), mencionan que el hecho de ingresar a prisión tiene efectos negativos en la vida persona y de pareja afectando el desarrollo de la sexualidad de los hombres y mujeres que se privan de la libertad,

además de que ésta situación provoca un aumento en los niveles de soledad e insatisfacción sexual de los internos. Lo que es evidente refiriéndose a la toma de decisiones que tienen los hombres mexicanos privados de la libertad, respecto al hecho de contraer una pareja dentro del centro penitenciario, así como a la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud sexual mediante el uso del preservativo en cada uno de sus encuentros sexuales, como mencionan Núñez y Sell (2013), las emociones interactúan con los procesos cognitivos, influyendo sobre la toma de decisiones, el razonamiento y en la percepción, atención y procesos de memoria de las personas, ante las diferentes situaciones; en la investigación se encontró que, la mayoría de los hombres mexicanos privados de la libertad, cuentan con un nivel leve de depresión, ansiedad y ansiedad fóbica, esto puede deberse al hecho de haber llegado al centro penitenciario, dado que el miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco tienen la función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta inmediata ante las situaciones aversivas que se presenten, por lo que se consideran respuestas adaptativas para el individuo (Piqueras, et. al., 2009).

Como segundo objetivo, se pretendía distinguir las dimensiones de la resiliencia que presentan los hombres mexicanos privados de la libertad, con el fin de conocer su estado emocional, dado que la resiliencia es un proceso de superación ante situaciones aversivas o de riesgo que generan efectos negativos, en otras palabras, es el afrontamiento exitoso frente a experiencias desagradables ante situaciones que pueden estar asociadas con el riesgo (Becoña, 2006), como lo es el perder la libertad e ingresar a un centro penitenciario. Dentro de la resiliencia existen factores protectores que son aquellas cualidades y redes de apoyo que reducen los efectos negativos ante situaciones desagradables que ponen en riesgo la integridad de las personas, estos factores se pueden clasificar como personales, familiares, escolares y sociales (Aguiar & Acle-Tomasini, 2012). Tomando en cuenta lo anterior, con ayuda del instrumento de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) se logró identificar el nivel de resiliencia que tienen los hombres mexicanos privados de la libertad, además del nivel que tienen respecto a cada una de las dimensiones de la resiliencia, para conocer con qué factores protectores cuentan los participantes. Se encontró que la mitad de los hombres mexicanos privados de la libertad, tienen nivel medio de

resiliencia, estructura sobre sí mismos (haciendo referencia a la organización y establecimiento de metas), fortaleza y confianza en sí mismos, competencias sociales (establecimiento de relaciones con los demás y adaptación ante diversas situaciones), de apoyo familiar (relación con la familia y apoyo en situaciones difíciles) y la mayor parte de la población cuenta con nivel medio de apoyo social (amigos o familiares que se preocupan por ellos y los alientan a salir adelante).

Llama la atención que la mayoría de los participantes presentan niveles medios y altos de resiliencia en los cinco factores, a pesar de estar privados de la libertad (tomando en cuenta su contexto social al estar privados de la libertad). Si bien, se evaluaron los cinco factores de la resiliencia, sin embargo, no se obtuvieron datos sobre la resiliencia sexual de los participantes; si se obtuviera información al respecto, se reforzarían los resultados obtenidos, ya que el presente trabajo buscaba las diferencias significativas entre resiliencia y uso del condón, por lo cual obtener información sobre resiliencia sexual, enriquecería la investigación en este campo ya que al analizar esas dos variables, se comprendería la inconsistencia en su uso; permitiría también saber en qué nivel de resiliencia sexual se encuentran los individuos para poder hacer una planeación que abarque más temas referentes a la sexualidad.

Como tercer objetivo, se buscó conocer si los hombres mexicanos privados de la libertad, eran consistentes en el uso del condón para el cuidado de su salud sexual, dado que la sexualidad es una necesidad básica de los seres humanos y los hombres privados de la libertad tienen todo el derecho de ejercer su sexualidad de la mejor manera posible. Tomando en cuenta que las relaciones sexuales, según Caride y Pereyra (2009), pueden ser por razones afectivas, razones procreativas y razones biológicas (para satisfacer una necesidad, aunque no haya vínculos afectivos), se entiende que los participantes tengan una vida sexual activa, aunque el contexto en el que viven no permite tener una salud sexual plena. Además es de suma importancia conocer el estado sexual de los hombres mexicanos privados de la libertad para la prevención ante el VIH-SIDA, ya que en México esta población está sumamente expuesta al contagio del virus, gracias a los encuentros sexuales no protegidos, uso de drogas inyectables, traspaso de agujas y jeringas sin esterilizar de vena a vena, cortes con la misma navaja y tatuajes realizados con instrumentos no esterilizados

(Castellanos & Flores, 2007), este objetivo se cumplió gracias a las respuestas en los ítems del Patrón de comportamiento sexual, en el cual se encontró que más de la mitad de los hombres mexicanos privados de la libertad son inconsistentes en cuanto al uso del condón, no utilizaron condón en su primera y última relación sexual, la mitad no utilizó condón durante sus relaciones sexuales después de haber consumido alguna bebida alcohólica y más de la mitad no utilizaron condón bajo el efecto de alguna droga. Por lo anterior, es necesario mencionar que el no usar preservativo, en especial en esta población, es un tema preocupante y que debe ser tratado con urgencia ya que como mencionan Castellanos y Flores (2007), se puede considerar a la población como un foco de infección debido a que, al salir de las prisiones mexicanas, sus parejas sexuales son propensas a contraer alguna ITS o VIH y sus parejas posteriores también, lo que significa que es una cadena de infección en el país.

Para el cuarto objetivo se analizó la diferencia entre ansiedad, ansiedad fóbica y depresión con el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para conocer su toma de decisiones respecto a su salud sexual, el cual se cumplió con ayuda de los resultados obtenidos en el objetivo uno y tres. Con dicho análisis se encontró que los hombres que presentaron mayor grado de depresión y ansiedad fóbica son inconsistentes en cuanto al uso del condón en sus relaciones sexuales, a diferencia de los que presentan ansiedad, con los cuales no se encontró una diferencia significativa; parecido a lo que encontraron Hurtado de Mendoza, et.al. (2017), quienes mencionan que la depresión provoca comportamientos sexuales de riesgo, sin embargo a pesar de existir poca investigación en población mexicana, ellos realizaron un estudio en donde el objetivo era identificar la influencia de la depresión con el uso de métodos anticonceptivos en 8000 jóvenes a los cuales se les aplicó una escala de depresión y un cuestionario sobre sexo; en los resultados obtenidos, se encontró que las personas que presentaban síntomas de depresión tenían una probabilidad del 40% de hacer uso del condón. También se encontró que los participantes que obtuvieron niveles altos de ansiedad fóbica no consumieron algún tipo de droga en su última relación sexual, a diferencia de los participantes que se encontraban en la misma situación, no obtuvieron niveles significativos en ansiedad y depresión.

Finalmente, en el objetivo número cinco, se buscaba analizar la diferencia entre las dimensiones de la resiliencia con el uso del condón de los hombres mexicanos privados de la libertad, para conocer su toma de decisiones respecto a su salud sexual, esperando que el resultado fuera favorable para dicha población. Dado que la resiliencia sexual favorece la conducta segura, ya que bajo la influencia positiva de esta, las personas ejercen comportamientos responsables y toman en cuenta su salud y los riesgos que enfrentarían al no protegerse, al desarrollar la capacidad de responder de manera crítica y resolutiva ante diversas situaciones de riesgo sexual e influencias negativas, respecto a la toma de sus decisiones (Castillo, et. al., 2017). Este objetivo se cumplió gracias a los resultados obtenidos en los objetivos dos y tres. De acuerdo con lo antes mencionado, se encontró que los hombres que tienen un nivel medio de apoyo familiar y estructura de la escala de resiliencia, tienen mayor inconsistencia en el uso del condón a diferencia de aquellos que obtuvieron niveles medios en fortaleza y confianza en sí mismo, competencias sociales y apoyo social los cuales no obtuvieron diferencias significativas, con la consistencia en el uso del condón. En la última relación sexual, mostraron niveles medios en solo uno de los cinco factores de la resiliencia, el cual fue apoyo familiar a diferencia de los otros factores, en donde no mostraron diferencias significativas. En el análisis de uso del condón habiendo consumido alguna bebida alcohólica, los que no lo utilizaron, tenían un nivel medio de resiliencia, fortaleza y confianza, apoyo familiar y estructura, sin embargo no se encontraron diferencias significativas en competencias sociales ni apoyo social; y por un lado, aquellos que no usaron condón habiendo consumido alguna droga, presentaron un nivel medio de resiliencia, fortaleza y confianza, apoyo familiar, apoyo social y estructura, sin embargo no se encontraron diferencias significativas en el factor de competencia social.

Por lo anterior, resulta interesante el hecho que existe un incremento en la inconsistencia del uso del condón entre su primer y último encuentro sexual, lo cual puede deberse a que estando dentro del centro no tienen fácil acceso a los condones o probablemente es a causa del distrés psicológico que se genera al estar privados de la libertad, el cual provoca su desinterés por su salud sexual. También resulta preocupante que a pesar de tener un nivel medio de resiliencia estando dentro del

Centro de Reinserción Social, los participantes no hayan tenido consistencia en el uso del condón en condiciones normales o bajo la influencia de alguna bebida alcohólica o de alguna droga, esto puede deberse al estado de inconsciencia que estas sustancias generan en el individuo como agentes inhibitorios en el ser humano, como mencionan García, García y Secades (2011) las drogas afectan en la toma de decisiones y en el control inhibitorio de la persona respecto a su conducta, produciendo alteraciones en la reflexión y originando la impulsividad; por otro lado, García, Calvo, Carbonell y Giralt (2017), mencionan que el consumo de alcohol, provoca un efecto inhibitor que ayuda a interactuar con otras personas y facilita la expresión de emociones, también es utilizado como una opción que facilita los encuentros sexuales, además, cuenta con elementos que en algunas ocasiones causa amnesia lo cual permite a las personas olvidar sus acciones o las consecuencias de estas antes, durante y después de las relaciones sexuales.

Se sugiere realizar un seguimiento a las necesidades básicas de los internos, con la finalidad de no tener los mismos resultados que obtuvo Castellanos (2009), quien encontró que las condiciones para los internos no son las esperadas, en primer lugar que el derecho a la confidencialidad de su condición no es respetado, ya que su información es conocida por el personal y por los internos, dado que se tiene un dormitorio destinado para las personas que tienen SIDA; por lo que se recomienda hacer más énfasis en los derechos de la población, así como solicitar más apoyo por parte de otras instituciones para mejorar la calidad de vida de los hombres mexicanos privados de la libertad.

Algunas limitaciones metodológicas fueron que algunos de los participantes no respondieron todos los ítems por lo cual existió pérdida de datos, respecto a esto, se sugiere dividir la aplicación de los instrumentos al menos en dos momentos para evitar el cansancio de los respondientes. Además, se puede considerar que la mayoría de los hombres tiene estereotipos sociales, entendiéndolo de esta manera que se hayan negado a responder ciertos reactivos.

Se sugiere que en futuras investigaciones se pida a los participantes que de manera escrita expliquen los motivos por los cuales hacen uso del condón, también que se pregunte a los participantes si su estrés psicológico (ansiedad, ansiedad fóbica

o depresión) provoca que se tome la decisión de utilizar o no el condón, esto con el fin de tener respuestas específicas que ayuden a entender mejor la relación entre estas variables, dado que no es posible confirmar que el estado de ansiedad, ansiedad fóbica o depresión sea en función al cuidado de su salud sexual. También se sugiere la generación de programas de intervención orientados a ello con la finalidad de intervenir y evaluar la salud emocional y sexual para informar sobre la importancia que tiene el uso correcto del preservativo, además de hacer énfasis en la disminución de los estereotipos, tabúes y creencias erróneas referentes a la sexualidad y al uso del condón, favoreciendo la toma de decisiones e incrementando la adquisición de los preservativos dentro de la institución.

Las aportaciones que proporciona la presente tesis son los datos sobre la población masculina mexicana privada de la libertad, ya que al hacer la búsqueda de información existen escasas investigaciones sobre el país, por lo cual es necesario investigar en otros centros de México. También es necesario hacer la investigación de salud sexual con población femenina mexicana con el fin de conocer su consistencia, creencias y habilidades de negociación que tienen para el uso de condón. Así mismo, realizar investigación con población femenina mexicana sobre salud emocional con el propósito de conocer su estado psicológico.

Estos temas son de suma importancia, ya que estas poblaciones requieren atención y se debe responder a sus necesidades sexuales y emocionales con la intención de darles apoyo y permitirles integrarse a la sociedad mexicana de una forma adecuada y digna.

REFERENCIAS

- Aguiar, A. & Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes Mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*. 15(2), 53-64.
- Aranda, I. (2014). Emociones capacitantes, sugestión en el desarrollo de personas: coaching, liderazgo y educación. *Que son las emociones*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Arango, M. (2008). Sexo saludable. *Sexualidad Humana*. México: Editorial Manual Moderno.
- Arbinaga, I. F. (2008). Modelos cognitivos en el estudio de la emoción. *Emoción y motivación. Una aproximación a su estudio*. España: Psimática.
- Barragán, E., Ahmad, R. & Morales, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología*. 19(1), 103- 118.
- Becoña. E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11(3), 125-146.
- Benavides, R., Castillo, L., López, F. & Omofre, D. (2013). *Resiliencia sexual*. Promoción de la salud sexual en jóvenes. México: Manual moderno.
- Berbesí-Fernández, D., Montoya-Vélez, L. & Segura-Cardona, A. (2013). Uso del condón y conocimientos sobre prevención del VIH entre los inyectadores de drogas de dos ciudades colombianas. *Adicciones*. 25(4), 321-326.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina- Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas, públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*. 55(1), 74- 80.
- Caballero, A., Toro, I., Sánchez, F. & Carrera, P. (2009). Las emociones y el género en la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Revista de Psicología Social*. 24(3), 349- 361.
- Camacho, S. (2009). Educación para la salud sexual. *Horizonte Sanitario*. 8(2), 8-18.
- Canto, H. & Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad:

- un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 9(2), 257-270.
- Caraveo, J. & Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*. 23(5), 10-19.
- Carballo, S. (2002). Educación de la expresión de la sexualidad humana. *Revista Educación*. 26(1), 29-46.
- Carcedo, G., López, S. & Orgaz, B. (2006). Estudio de las necesidades socio-emocionales y sexuales de los presos. *Boletín criminológico*. 1(92), 1-4.
- Caride, C. & Pereyra, R. (2009). Los derechos sexuales. *Salud y Sexualidad. Apuntes para promotores*. Buenos Aires: Librería de mujeres editoras.
- Casacubieta, D. (2000). Que es una emoción. *Historia de las emociones*. España: Crítica.
- Castellanos, G. & Flores, F. (2007). Representación social del VIH/sida en personas que viven y trabajan en dos centros penitenciarios mexicanos. *Psicología y Salud*. 17(1), 33- 43.
- Castellanos, L. (2009). Vivir con VIH/sida en prisión: el caso de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*. 19(1), 93-101.
- Castillo-Arcos, L., Alvarez-Aguirre, A., Bañuelos-Barrera, Y., Valle-Solís, M., Valdez-Montero, C. & Kantún-Marín, M. (2017). Edad, género y resiliencia en la conducta sexual de riesgo para ITS en adolescentes al sur de México. *Enfermería global*. (45), 168- 177.
- Castillo- Arcos, L. & Benavides- Torres, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan*. 12(2), 1-8.
- Charro, B. & Carrasco, G. (2013). Trauma social, afrontamiento comunitario y crecimiento pos-traumático colectivo. *Crisis, vulnerabilidad y superación*. España: Unión de Editoriales Universitarias UNE.
- CIE-10 (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10*. Editorial médica panamericana Meditor: España.
- Coca, J. (2007). El sistema penitenciario mexicano a un paso del colapso. *Revista del instituto de ciencias jurídicas*. 19, 168- 187.

- De Jesús-Reyes, D. & Menkes-Bancet, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de Población*. 20(79), 73-97.
- De Maria, L., Galárraga, O., Campero, L. & Walker, D. (2009). Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. 26(6), 485–93.
- Echeverri, V. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando Psicología*. 6(11), 158-166.
- Enríquez, R. & López, O. (2014). Las emociones como dispositivos para la comprensión del mundo social. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Escobar, M. & Pico, M. E. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 31(2), 178-186.
- Eslava, V., Nieto, S. & Villamil, E. (2015). Mitos y realidades sobre sexualidad de los internos en un centro penitenciario. *Psicología Jurídica y Forense*.
- García, C., Calvo, F., Carbonell, X. & Giralt, C. (2017). Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población Universitaria. *Health and Addictions*. 17(1), 63-71.
- García, G., García, O. & Secades, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*. 32(2), 159-165.
- García-Vesga, M. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 11(1), 63-77.
- García, M. & Melendro, E. (2013). El ambiente en prisión: la atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros. *Revista Interuniversitaria*. 22, 43-56.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedraza, N., Caballero, M. & Bozon, M. (2011). Percepciones de VIH/SIDA y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de Población*. (68), 10-40.
- González, L., Miyar, P. & González, S. (2002). Mitos y tabúes en la sexualidad humana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18(3), 226-229.

- González-Arratia L. & Valdez, J. (2015). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*. 5(2), 1996-2010.
- González-Arratia L. & Valdez, J. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*. 3(1), 941-956.
- Guerrero, M. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/SIDA en la población privada de la libertad. El caso de Cartagena. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- Henderson, E. (2006). *¿Qué entendemos por resiliencia? ¿Cómo promoverla? ¿Cómo utilizarla? La resiliencia en el mundo de hoy*. España: Gedisa editorial.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw- Hill.
- Hurtado de Mendoza, M., Veylia, M., Guadarrama, R., González, C. & Wagner, F. (2017). Sintomatología depresiva elevada y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México. *Acta Universitaria*. 27(4), 35- 43.
- Jiménez, G. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 15(1), 107-129.
- Kusnetzoff, J. (2003). Una aclaración de términos. *El hombre sexualmente feliz, del mito a la verdad científica*. España: Granica
- Losada, A. & Latour, M. (2012). Resiliencia, conceptualización e investigación en argentina. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 4(2), 84- 97.
- Manciaux, M. (2003). *La Resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Martínez, I. & Vásquez, A. (2006). *La resiliencia*. La resiliencia invisible. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Melillo, A. & Suárez, E. (2005). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos aires: Paidós.

- Miranda, A. R. (2008). Vínculo y sexualidad. *Sexualidad humana*. México: Editorial Manual Moderno.
- Muñoz, F. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*. 5(3), 391-401.
- Muñoz, H. (2009). Somatización: consideraciones diagnósticas. *Revista Médica*. 17(1), 55-64.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*. 33(2), 171-190.
- Núñez, T. & Sell, L. (2013). Vida y color. *Inteligencia y emociones cotidianas*. España: Delta.
- OMS. (2018). *Temas de Salud: Salud Sexual*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/topics/sexual_health/es/.
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio *International Journal of Morphology*. 35(1), 227-232.
- Palomar, L. J. & Gómez, V. N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la Resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*. 27(1), 7-22.
- Pérez, A. & García, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13(3), 493-510.
- Pérez, B. (2013). Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescentes. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 18(1), 35-49.
- Pérez, M. (2008). Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 24(1), 1-8.
- Piña, L. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología*. 31(3), 751-758.
- Piqueras, R., Ramos, L., Martínez, G. & Oblitas, G. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 16(2), 88-112.
- Quandt, X., Ceolin, T., Echevarría-Guanilo, M. & Costa Mendieta, M. (2015). Concepción de salud y autocuidado de la población masculina de una Unidad Básica de Salud. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*. 40, 44- 54.

- Restrepo, Ñ. J. (2015). Familia, género y resiliencia: factores protectores asociados a la promoción de la salud mental. *Revista electrónica Psyconex. Psicología. Psicoanálisis y conexiones*. 7(11), 1-9.
- Rivas, F. & Ortiz, A. (2013). Situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres privados de libertad del Centro de Atención Institucional de San José. *Enfermería Actual en Costa Rica*. 1(25), 1- 16.
- Robles, M., Moreno, R., Frías, A., Rodríguez C., Barroso, V., Díaz G., Rodríguez, C. & Hernández, P. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*. 22(1), 60-71.
- Rodríguez, A. & Suárez, L. (2005). Conocimiento, actitud y uso del condón masculino en riesgo de contraer VIH/SIDA. *Horizonte Sanitario*. 5(1), 12-27.
- Rodríguez-Shadow, M. & López, H. (2009). Antropología y arqueología de la sexualidad: premisas teóricas y conceptuales. *Contribuciones desde Coatepec*. (16), 77-89.
- Rojas, O. (2002). La participación de los varones en los procesos reproductivos: un estudio cualitativo en dos sectores sociales y dos generaciones en la ciudad de México. *Papeles de Población*. 8(31), 189-217.
- Romos, M. (2014). El origen de las emociones. *El origen de nuestro sentir*. México: Trillas.
- Salmurri, F. (2004). Libertad emocional. *Educación las emociones*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibéricas.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade/fortaleza*. 3(1), 10 - 59.
- Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios Sociológicos*. 25(73), 105-129.
- Sweeney, M. (2013). Por sentido común, usa el condón. *Guía de supervivencia sexual para el nuevo milenio*. México: Trillas.

- Universidad de Navarra. (2003). El cuerpo, la mente y sus enfermedades III. *Enciclopedia Médica Familiar*. Vol.5, pp. 1344-1345. España: ESPASA CALPE, S.A.
- Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 10(1), 481-494.
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías, X. & Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 15(2), 75- 92.
- Vargas, T., Henao, J. & González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*. 10(1), 49-63.
- Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*. 27(1), 9-17.
- Vega, A. (2014). Diversidad de la sexualidad humana. *Sexualidades: guía de conceptos y herramientas para aprender, vivir y compartir*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Vega, V., Muñoz, M., Berra, R., Nava, Q. & Gómez, E. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: propuesta del cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento (CEEAA). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15(3), 1051- 1073.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G. & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. 6(11), 1067-6079.
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C. & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 35(1), 3- 11.
- Zamberlin, N. & Portnoy, F. (2007). Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva. *Salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA.

APÉNDICE A

Encuesta para

HOMBRES (PPL)

sobre

FACTORES DE RIESGO

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

Sigue las instrucciones por parte del aplicador para elaborar tu clave

Clave de identificación:

1

2

3

4

5

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

Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____

Folio: _____

Día Mes Año

**Nombre de quien aplica el
cuestionario:**

INFORMACIÓN GENERAL

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

DATOS PERSONALES

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

DI2. ¿Cuál es tu estado civil?

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

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

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

DI4. Antes de tu ingreso ¿Con quién vivías?

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

DI5. ¿Tienes hijos?

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

DI6. ¿Qué edades tienen tus hijos?

DI7. Te consideras una persona con una orientación sexual:

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) No sé

DATOS JURIDICOS

DJ1. Delito por el que te encuentras en el Centro de 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?
**(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?
**(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 EMOCIONAL

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que se relacionan con situaciones a las que puede enfrentarse cotidianamente. Por favor, lea cuidadosamente cada frase e indique **cómo se ha sentido en la última semana** con cada una de ellas marcando con una **X** la opción que elija. No deje de contestar ninguna de ellas.

	Nada (N)	Muy Poco (MP)	Poco (P)	Bastante (B)	Mucho (M)
	N	MP	P	B	M
S1. Dolores de cabeza.					
S2. Nerviosismo.					
S3. Pensamientos desagradables que no se van de mi cabeza.					
S4. Sensación de mareo o desmayo.					
S5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
S6. Criticar a los demás.					
S7. Sentir que otro puede controlar mis sentimientos.					
S8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
S9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
S10. Estar preocupado por mi falta de ganas para hacer algo.					
S11. Sentirme enojada, malhumorada.					
S12. Dolores de pecho.					
S13. Miedo a los espacios abiertos o a las calles.					
S14. Sentirme con muy pocas energías.					
S15. Pensar en quitarme la vida.					
S16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
S17. Temblores en mi cuerpo.					
S18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
S19. No tener ganas de comer.					
S20. Llorar por cualquier cosa.					
S21. Sentirme incomoda con personas de otro sexo.					
S22. Sentirme atrapada o encerrada.					
S23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
S24. Explotar y no poder controlarme.					
S25. Tener miedo a salir sola de mi casa.					
S26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
S27. Dolores de espalda.					
S28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
S29. Sentirme sola.					
S30. Sentirme triste.					
S31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
S32. No tener interés por nada.					

S33. Tener miedos.					
S34. Sentirme herida en mis sentimientos.					
S35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
S36. Sentir que no me comprenden.					
S37. Sentir que no le caigo bien a la gente, que no les gusto.					
S38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar segura de que están bien hechas.					
S39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
S40. Náuseas o dolor de estómago.					
S41. Sentirme inferior a los demás.					
S42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
S43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
S44. Tener problemas para dormirme.					
S45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
S46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
S47. Tener miedo de viajar en tren, camión o metro.					
S48. Tener dificultad para respirar bien.					
S49. Ataque de frío o calor.					
S50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
S51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
S52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
S53. Tener un nudo en la garganta.					
S54. Perder las esperanzas en el futuro.					
S55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
S56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
S57. Sentirme muy nerviosa, agitada.					
S58. Sentir mis brazos y piernas muy pesadas.					
S59. Pensar que me estoy por morir.					
S60. Comer demasiado.					
S61. Sentirme incómoda cuando me miran o hablan de mí.					
S62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
S63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
S64. Despertarme muy temprano por las mañanas sin necesidad de hacerlo.					
S65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
S66. Dormir con problemas, muy inquieta.					
S67. Necesitar romper o destrozarse cosas.					
S68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					

S69. Estar muy pendiente de que los demás puedan pensar en mí.					
S70. Sentirme incómoda en lugares donde hay mucha gente.					
S71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
S72. Tener ataques de mucho miedo o pánico.					
S73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
S74. Meterme muy seguido en discusiones.					
S75. Ponerme nerviosa cuando estoy sola.					
S76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
S77. Sentirme sola aun estando con gente.					
S78. Estar inquieta; no poder estar sentada sin moverme.					
S79. Sentirme una inútil					
S80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
S81. Gritar o tirar cosas.					
S82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
S83. Sentir que se aprovechan de mi si los dejo.					
S84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
S85. Sentir que debo ser castigada por mis pecados.					
S86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
S87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
S88. Sentirme alejada de las demás personas.					
S89. Sentirme culpable.					
S90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

RESI

Totalmente en desacuerdo (TD) En desacuerdo (D) De acuerdo (DA) Totalmente de acuerdo (TA)

	TD	D	DA	TA
R1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir más confianza para enfrentar nuevos retos.				
R2. Sé dónde buscar ayuda.				
R3. Soy una persona fuerte.				
R4. Sé muy bien lo que quiero.				
R5. Tengo el control de mi vida.				

R6. Me gustan los retos.				
R7. Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
R8. Estoy orgullosa de mis logros.				
R9. Sé que tengo habilidades.				
R10. Creer en mi misma me ayuda a superar los momentos difíciles.				
R11. Creo que voy a tener éxito.				
R12. Sé cómo lograr mis objetivos.				
R13. Pase lo que pase siempre encontraré una solución.				
R14. Mi futuro estará bien.				
R15. Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
R16. Estoy satisfecha conmigo misma.				
R17. Tengo planes realistas para el futuro.				
R18. Confío en mis decisiones.				
R19. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				
R20. Me siento cómoda con otras personas.				
R21. Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
R22. Me es fácil hacer nuevos amigos.				
R23. Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
R24. Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
R25. Es fácil para mí hacer reír a otras personas.				
R26. Disfruto de estar con otras personas.				
R27. Sé cómo comenzar una conversación.				
R28. Tengo una buena relación con mi familia.				
R29. Disfruto de estar con mi familia.				
R30. En nuestra familia somos leales entre nosotros.				
R31. En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.				
R32. Aún en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
R33. En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.				
R34. Tengo algunos amigos/familiares que realmente se preocupan por mí.				
R35. Tengo algunos amigos/familiares que me apoyan.				
R36. Siempre tengo alguien que pueda ayudarme cuando lo necesito.				
R37. Tengo algunos amigos/ familiares que me alientan.				
R38. Tengo algunos amigos/ familiares que valoran mis habilidades.				
R39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
R40. Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				

R41. Prefiero planear mis actividades.				
R42. Trabajo mejor cuando tengo metas.				
R43. Soy buena para organizar mi tiempo.				

SALUD SEXUAL
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.

PS6. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?

(1) Sí (2) No

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

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

PS17. ¿Usaste condón en tu última relación sexual?

(1) Sí (2) no

SEXO Y ALCOHOL

PS26. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia **usaste condón** cuando tuviste relaciones sexuales habiendo consumido algún tipo de bebida alcohólica?

(1) Nunca (2) Casi nunca (3) Algunas veces (4) Muchas veces (5) Siempre

SEXO Y DROGAS

PS31. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales habiendo consumido drogas?

(1) Nunca (2) Casi nunca (3) Algunas veces (4) Muchas veces (5) Siempre

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!